



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA  
CARRERA DE PSICOLOGÍA

**Propuesta de taller psicoeducativo sobre  
VIH/SIDA dirigido a Personas Privadas de su  
Libertad**

**TESINA**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
**LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

**P R E S E N T A**

Estrada Avila Brigitte Iniani

**JURADO DE EXAMEN**

**DIRECTORA:** Lic. Servín Castañeda Ariadna  
**ASESORA:** Dra. Mestas Hernández Lilia  
**ASESORA:** Lic. García Moreno Catherine  
**SINODAL:** Dr. Robles Aguirre Bernardo Adrian  
**SINODAL:** Lic. Avalos Quiroz Xochitl Itzel



CIUDAD DE MÉXICO

ABRIL 2023



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.

## AGRADECIMIENTOS Y DEDICATORIAS

---

*Dedicado a todas aquellas Personas Privadas de su Libertad que no llegaron a ver un mundo libre de muertes por enfermedades relacionadas con el SIDA.*

*A mi madre, Olga Estrada por apoyarme, guiarme y brindarme todo lo necesario para crecer, gracias a ti soy.*

*A Chabela, quien se convirtió en la razón para seguir adelante.*

*Agradezco a la profesora Ariadna Servín Castañeda por toda la guía, ayuda, aprendizajes, tiempo, confianza y dedicación las cuales son parte fundamental de este proyecto, así como a las profesoras Lilia Mestas Hernández, Catherine García Moreno, Xochitl Itzel Avalos Quiroz y al profesor Bernardo Adrian Robles Aguirre por la misma labor. A la Universidad Nacional Autónoma de México por ser parte de mi desarrollo personal y profesional.*

## ÍNDICE

---

<b>Agradecimientos.....</b>	<b>I</b>
<b>Índice.....</b>	<b>II</b>
<b>Resumen.....</b>	<b>1</b>
<b>Introducción.....</b>	<b>3</b>
<b>Capítulo 1. Aspectos generales del VIH/SIDA.....</b>	<b>6</b>
1.1 Estructura viral.....	8
1.2 Replicación.....	9
1.3 Clasificación de la infección por VIH.....	11
1.4 Factores que facilitan la transmisión del VIH.....	18
1.5 Transmisión del VIH/SIDA.....	19
1.6 Diagnóstico.....	26
1.7 Tratamiento.....	32
1.8 Modelos de intervención psicológica propuestas por la Secretaría De Salud mexicana.....	36
1.9 Características asociadas de importancia neuropsiquiátrica, psicológica y psicosocial.....	39
<b>Capítulo 2. Aspectos sociales del VIH/SIDA.....</b>	<b>46</b>
2.1 Antecedentes históricos/primeros casos registrados en el mundo.....	46
2.2 Primeros casos en México.....	51
2.3 Factores de vulnerabilidad social que facilitan la infección o adquisición de VIH/SIDA.....	55

2.3.1 Ejemplo de factores vulnerabilidad social que facilitan la adquisición de VIH/SIDA.....	61
<b>2.4 Interseccionalidad.....</b>	<b>64</b>
2.5 Creencias.....	65
2.5.1 Creencias respecto al VIH/SIDA.....	71

**Capítulo 3. Atención psicológica para personas que viven con VIH/SIDA.....77**

<b>3.1 Terapia individual.....</b>	<b>80</b>
3.1.1 Terapia Cognitivo Conductual para personas con VIH/SIDA.....	82
3.1.2 Terapia Racional-Emotiva de Albert Ellis.....	84
3.1.2.1 Teoría de los ABC del pensamiento y la perturbación emocional.....	86
3.1.3 Terapia Cognitiva de Beck.....	87
3.1.4 Terapia Grupal Cognitiva.....	89
<b>3.2 Talleres psicoeducativos sobre VIH/SIDA.....</b>	<b>92</b>
<b>3.3 Ejemplos de actividades para realizar en un taller psicoeducativo.....</b>	<b>94</b>

**Capítulo 4. Sobre las cárceles y reclusorios mexicanos: antecedentes y características.....97**

<b>4.1 Antecedentes históricos.....</b>	<b>97</b>
4.1.1 Época prehispánica.....	99
4.1.2 Época colonial.....	102
4.1.3 México independiente.....	103
4.1.4 México moderno.....	107
<b>4.2 Características generales de los centros penitenciarios en México.....</b>	<b>109</b>
<b>4.3 Prisionalización: Características psicológicas de las personas privadas de su libertad.....</b>	<b>110</b>

<b>Capítulo 5. VIH/SIDA en personas privadas de su libertad.....</b>	<b>115</b>
5.1 Historia del VIH/SIDA en el medio penitenciario mexicano.....	116
5.2 Factores de vulnerabilidad que facilitan la adquisición de VIH/SIDA en personas privadas de su libertad.....	118
5.3 Características psicológicas de internos e internas de centros de reclusión que viven con VIH/SIDA.....	120
5.4 Importancia de la información sobre VIH/SIDA en el medio penitenciario.....	123
<b>Capítulo 6. Propuesta metodológica.....</b>	<b>128</b>
6.1 Justificación.....	128
6.2 Objetivos.....	130
6.2.1 General.....	130
6.2.2 Particular.....	130
6.3 Perfil de egreso.....	131
6.4 Metodología general del taller.....	131
6.4.1 Población.....	131
6.4.2 Número De Participantes.....	131
6.4.3 Materiales.....	132
6.4.4 Escenario.....	132
6.4.5 Duración.....	133
6.4.6 Instructor.....	133

<b>Capítulo 7. Desarrollo de actividades.....</b>	<b>134</b>
<b>Capítulo 8. Alcances y limitaciones.....</b>	<b>145</b>
<b>Referencias.....</b>	<b>148</b>
<b>Anexos.....</b>	<b>177</b>
<b>Glosario.....</b>	<b>185</b>
<b>Índice de siglas.....</b>	<b>186</b>

## RESUMEN

En el año 1983 en México se dieron a conocer públicamente los primeros casos de VIH/SIDA y tal como ha llegado a ocurrir en otras pandemias la información disponible respecto a la enfermedad era limitada o nula. González (2014) expresa que durante los primeros años de esta la enfermedad afectaba sobre todo personas vulnerables (hombres homosexuales, usuarios de drogas intravenosas, hemofílicos y otros receptores de sangre y derivados sanguíneos). Es por esta razón que hasta la fecha el VIH/SIDA se asocia con grupos vulnerables y discriminados.

Es decir, a 37 años del primer diagnóstico oficial en México de SIDA tal como lo menciona Robles (2017):

La enfermedad continúa siendo estigmatizada que se cubre bajo el anonimato, logrando con ello un bajo índice de prevención y provocando que los posibles infectados encuentren preferible padecer su diagnóstico en secreto por temor a ser señalados o rechazados de su grupo de convivencia cotidiana. (p.18)

Uno de estos grupos son las Personas Privadas de su Libertad en quienes las condiciones sociales, económicas y culturales aumentan la vulnerabilidad al VIH/SIDA.

En este sentido en las cárceles, centros de detención y reclusorios se pueden encontrar grupos poblacionales los cuales de acuerdo con CENSIDA y CONASIDA (2015) son más vulnerables al VIH/SIDA.

Ahora bien, en cuanto a investigaciones previas respecto al VIH/SIDA es posible encontrar diversas de distintas áreas del conocimiento (Medicina, Antropología, Pedagogía, etc.), sin embargo, esta información difícilmente se aborda desde la psicología y enfocada en la población de Personas Privadas de su Libertad.

En esta dirección, el presente trabajo ofrece una revisión teórica sobre las características generales del VIH/SIDA y las Personas Privadas de su Libertad y con base en esto se presenta una alternativa de intervención psicológica aplicada por medio de un taller psicoeducativo cuyo objetivo es sensibilizar respecto al

VIH/SIDA a las personas privadas de su libertad, acción que les permitirá desarrollar hábitos de autocuidado y minimizar conductas discriminatorias hacia sí mismos y hacia otras personas privadas de su libertad.

**Palabras clave:** VIH, SIDA, Personas Privadas de su Libertad, Terapia cognitiva Conductual, Factores de vulnerabilidad, Taller psicoeducativo.

## INTRODUCCIÓN

El interés por el tema surge a partir de mi servicio social el cual realicé en el Reclusorio Preventivo Varonil Sur (RPVS) en donde ejecuté un taller similar al aquí descrito. Durante el desarrollo de este me percaté que no poseo la información necesaria para abordar todas las dudas de las personas asistentes, el principal inconveniente al aplicar es que las y los internos poseen amplio conocimiento en cuanto a factores biológicos del VIH/SIDA se refiere, sin embargo, existían dudas respecto a porque la infección/enfermedad no se curaba, el funcionamiento del Tratamiento Antirretroviral, como es que el virus se replicaba en las células etcétera. Estos inconvenientes merecían ser resueltos debido a la falta de atención que reciben en los medios carcelarios en donde el tema del VIH/SIDA se caracteriza por la falta de sensibilidad para aceptar la infección/enfermedad, lo cual se traduce a escasas medidas de prevención y de autocuidado.

Es así que el presente trabajo tiene como objetivo general ofrecer una revisión teórica respecto al Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirido (SIDA) y Personas Privadas de su Libertad (PPL) y presentar una alternativa de intervención psicológica aplicada por medio de un taller psicoeducativo cuyo objetivo es sensibilizar respecto al VIH/SIDA a Personas Privadas de su Libertad, acción que les permitirá desarrollar hábitos de autocuidado y minimizar conductas discriminatorias hacia sí mismos y hacia otras Personas Privadas de su Libertad.

En este sentido la presente Tesina está compuesta por ocho capítulos, de los cuales el primero de ellos, describe que es el VIH y SIDA, su estructura viral, replicación, clasificación de la infección, factores que facilitan la transmisión del VIH, manera de transmisión, diagnóstico y tratamiento. Esta información permitirá que el profesional en psicología, tallerista, infectólogo, médico y todo aquel experto encargado de la atención a personas que viven con VIH/SIDA explique qué es la infección/enfermedad acción que se traducirá en eliminar información falsa y facilitará la adherencia al tratamiento.

El segundo capítulo aporta antecedentes históricos, señala factores de vulnerabilidad y detalla creencias sobre el VIH/SIDA, con ello se entiende la complejidad social de la infección/enfermedad y se ofrece un panorama amplio sobre los factores sociales y culturales en torno a la infección/enfermedad. Así mismo esta explica la importancia de realizar un taller de sensibilización sobre VIH/SIDA.

El capítulo tercero detalla tratamientos psicológicos enfocados personas que viven con VIH/SIDA, explicando con ello el trabajo actual del psicólogo y las características cognitivas a las que se puede enfrentar la persona encargada de llevar a cabo el taller de sensibilización.

El capítulo cuatro aborda los antecedentes y características históricas, sociales, culturales y psicológicas de los centros penitenciarios mexicanos y las personas privadas de su libertad albergadas en estos, esta información pretende otorgar al lector y a la persona encargada de impartir el taller un marco referencial que le permitirá comprender las características explícitas e implícitas de los centros penitenciarios.

El capítulo quinto describe las características de las personas privadas de su libertad que viven con VIH/SIDA, esta información proporcionará al lector y al facilitador del taller entender las cualidades de esta población.

La información vertida en estos cinco capítulos será de utilidad para la persona encargada de impartir el taller, ya que conocer las características sociodemográficas de las personas a quienes se va a atender proporcionará herramientas necesarias para poder establecer rapport.

Partiendo de esta información se detalla una propuesta de taller psicoeducativo dirigido a Personas Privadas de su libertad, que tienen sospechas de un posible diagnóstico positivo, que tienen un compañero que vive con VIH/SIDA o que simplemente están interesadas en el tema.

En este sentido el sexto y séptimo capítulo detallan la justificación del taller, así como sus objetivos, el perfil de egreso de las personas asistentes, metodología

general del taller y desarrollo de sesiones de este y especifica las actividades a realizar en cada una de las seis sesiones.

El presente trabajo finaliza con el capítulo ocho el cual describe los principales alcances y limitaciones y brinda alternativas para disminuir las dificultades para la buena ejecución de la propuesta.

## 1. Aspectos Generales del VIH/SIDA

---

Pero el VIH es como el genio malvado de los virus porque hace que el sistema inmunitario se perjudique a sí mismo

(Rawl y Benjamin, 2018, P. 70).

El Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) es el agente causante del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), es un Lentivirus de la familia Retroviridae, la cual se caracteriza por su periodo de incubación, este es muy largo (meses, incluso años) y su material genético está formado por células ARN y no de ADN. Los Lentivirus tienen una gran capacidad para evadir la inmunidad del huésped y que poseen un alto grado de mutación, características claves para entender porque el virus es tan resistente (CENSIDA, 2009; Chávez y Castillo, 2017; Ospina, 2006).

Existen dos tipos de VIH, el VIH-1 y el VIH-2, que tienen de un 40% a 50% de homología genética y una organización genómica similar. El primero de ellos responsable de la pandemia mundial, con mayor número de infectados y resulta ser más agresivo y el segundo como menciona Sardiñas (2010) más concentrado en la región de África Occidental.

Tanto VIH-1 como VIH-2 provienen de zoonosis o saltos interespecie de virus que infectan a poblaciones de simios en África. Se piensa que el origen del VIH-1 deriva del agente que infecta en la naturaleza a la variedad de chimpancé *Pan troglodytes* que habita en zonas poco accesibles del sur de Camerún (Tobón y Toro, 2008). El origen del VIH-2 es más sencillo de rastrear debido a que se encuentra condensado en regiones específicas en el mundo, se cree que su origen tiene relación con el Virus de Inmunodeficiencia de los Simios (SIV) del Sooti mangabey y el del Macaco (Chávez y Castillo, 2017).

Ambos tipos de VIH poseen a su vez diversos tipos de microorganismos infecciosos diferenciados según las sustancias que presentan en la superficie celular, las cuales permiten distinguir una célula de otra y clasificarla, a esta clasificación y diferenciación de los microorganismos se le llama serotipo, un microorganismo

(como el VIH) puede tener distintos serotipos (CENSIDA, 2009; Chávez y Castillo, 2017; Delgado, 2011).

El VIH-1 y sus serotipos son el M (Main) y el O (Outlier), y el grupo N. El primero de estos responsables de la pandemia actual y causante de la mayoría de las infecciones existentes y del cual se conocen los siguientes nueve serotipos, A, B, C, D, F, G, H, J y K y en cepas recombinantes entre ellos, denominados CRF (Formas Recombinantes Circulantes), el segundo serotipo localizado en cierta parte de África y no sensible a pruebas de laboratorio para su detección y el Grupo N uno de los últimos en descubrirse (Delgado, 2011; Lamotte, 2004; Lamotte, 2014).

El VIH-2 por ser de menor concentración a nivel mundial y posee pocos serotipos entre los que se encuentran A, B, C y E. Gracias a sus características poco patógenas, este serotipo del virus por VIH se ha registrado muy poco fuera de África Occidental, es menos agresivo y más difícil de detectar. Se estima que alrededor del 30% de los fármacos que frenan al VIH-1 funcionan también contra el VIH-2 (CENSIDA, 2009).

Por su parte CENSIDA (2009) explica que el VIH-1 posee una variabilidad genética vasta, la cual dificulta el desarrollo de una vacuna efectiva contra la enfermedad. Así mismo menciona que en las personas con VIH ha sido posible observar entre 1% y 6% de variación vírica, por esto algunas veces se habla de que existen cuasi especies (es decir, virus casi iguales). Esta variabilidad del VIH puede condicionar que en algunos casos existan virus resistentes a medicamentos, aun sin haberlos tomado.

## 1.1 Estructura Viral

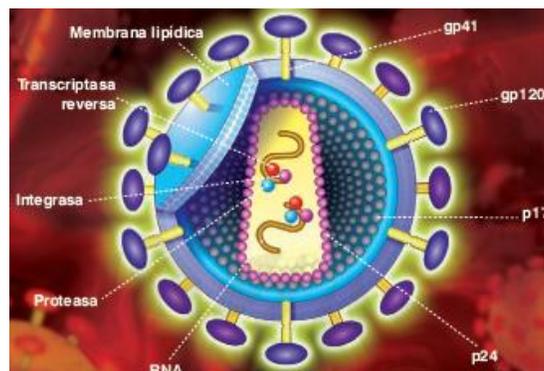
El virón (partícula vírica) del VIH tiene una forma esférica con un diámetro aproximado de 80-120 nanómetros (nm) y posee una estructura icosaédrica (CENSIDA 2009; Chávez y Castillo, 2017; Delgado, 2011; Sardiñas, 2010; Tobón y Toro, 2008).

El virus está integrado por tres capas, la primera o capa exterior, la cual es una cápside proteica que se une a la célula huésped con ayuda de las Glucoproteínas 120 y 41, que son necesarias para el proceso de identificación de la célula huésped.

La capa intermedia o capa lipídica que le da características de labilidad a la célula, esta capa se encuentra envuelta en proteínas propias del virus entre las cuales están la transcriptasa inversa (Convierte en ARN viral en ADN vírico) y la integrasa (facilita que posterior a la transcripción inversa, el recién creado ADN viral se agregue al ADN de la célula humana) y por último la capa Interna o nucleoide la cual tiene forma de cónica y está constituida por el ARN viral de doble cadena (En donde se localiza toda la información genética que será útil para la replicación y actividad del VIH) y núcleo proteína asociado por interacciones no covalentes a la nucleoproteína p7, así como las enzimas transcriptasa inversa, proteasa y la integrasa/endonucleasa. En esta capa de encuentra la proteína de bajo peso molecular p18, la proteína p24 (Chávez y Castillo ,2017).

**Figura 1**

*Componentes estructurales del VIH*



**Nota:** Imagen obtenida de Tobón y Toro, (2008).

## 1.2 Replicación

Una de las características más importantes del Virus de la Inmunodeficiencia Humana es que este es un parásito intracelular, lo cual significa que necesita infectar una célula para poderse replicar, dicha replicación se lleva a cabo en las células (Linfocitos CD4, Monocitos macrófagos, células dendríticas, Microglia, células del epitelio intestinal, Progenitores celulares, células de Langerhans y células hematopoyéticas) y tejidos (Medula ósea, intestino, cerebro, cuello uterino, ojo, corazón, articulaciones, riñón, hígado, pulmón, placenta, timo, próstata, piel, testículos y timo) que el VIH invade (CENSIDA, 2009;Chávez y castillo, 2017;Lamotte, 2004). El ciclo de replicación del virus se lleva a cabo en estos tejidos, pero no todos los fluidos procedentes de ellos tienen la capacidad de transmitir el virus.

Los órganos linfoides sobre todo los ganglios linfáticos constituyen su principal sede de replicación. El virus está presente en numerosos líquidos del organismo, en particular sangre y secreciones genitales.

La replicación del VIH comprende varias etapas, cada una de ellas es crucial para el éxito de su replicación y son el principal blanco de los medicamentos antirretrovirales. De acuerdo con CENSIDA (2009), CENSIDA (2015), Chávez y Castillo (2017), Delgado (2011), Sardiñas (2010) y Tobón y Toro, (2008) la replicación se desarrolla en las siguientes etapas:

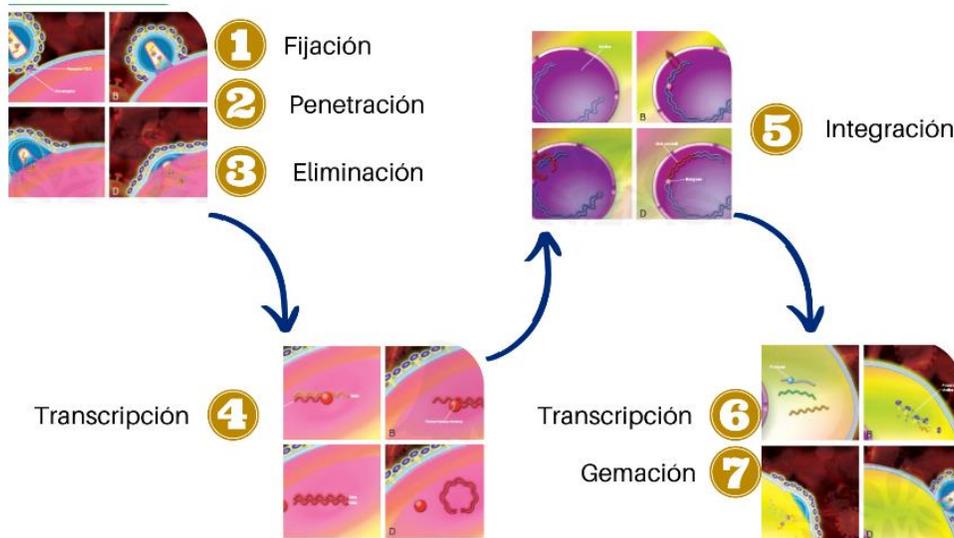
1. **Fijación:** representa la invasión del VIH a la célula. El VIH se une a la célula mediante las glucoproteínas 120 y 41, para ello es necesario la ayuda de los receptores CCR5 y CXCR4.

Cuando cada virus de VIH se aproxima a un linfocito CD4 la G120 se une a los receptores de la célula CD4 (proceso denominado acoplamiento o atracción) esta unión genera un cambio conformacional lo cual permite a la G141 que interaccione con los receptores CCR5.

2. **Penetración:** La matriz y la nucleocapside son digeridas por la célula y quedan libres las dos cadenas de ARN y las tres enzimas esenciales, la integrasa, la proteasa y la transcriptasa inversa.
3. **Eliminación:** Posteriormente se eliminan las cubiertas proteicas, capsid y nucleocapside, quedando el ARN del VIH libre en el citoplasma y listo para su replicación.
4. **Transcripción:** Una vez en el citoplasma de la célula, el ARN del VIH forma ADN proviral utilizando la transcriptasa reversa.
5. **Integración:** Es la entrada del provirus al núcleo y su incorporación al ADN del huésped, utilizando una integrasa.
6. **Transcripción:** Del ADN vírico por los mecanismos normales de la célula. El resultado de la transcripción es un ARNm (ARN mensajero)  
El ARNm debe ser procesado por cortes y empalmes antes de que la información que contiene pueda servir para fabricar las proteínas correspondientes. Una vez procesado, el ARNm puede salir del núcleo a través de los poros nucleares. Estas proteínas son cortadas por la proteasa para formar las proteínas constitutivas del virus. Mientras las proteínas víricas fabricadas se ensamblan, junto con ARN proviral, para formar los componentes internos de la estructura del virión, los que constituyen la cápsid y su contenido.
7. **Gemación:** Es el último paso; cuando los nucleoides víricos se aproximan a la membrana plasmática y se hacen envolver en una vesícula que termina por desprenderse, formando un nuevo virión o partícula infectante.

**Figura 2**

Ciclo de replicación del VIH



**Nota:** *Elaboración propia. Los elementos del esquema se obtuvieron de Tobón y Toro, (2008)*

Finalmente, se hace importante agregar que la infección por VIH es un proceso crónico que implica una producción elevada y constante de nuevos viriones, acompañada de la consecuente destrucción de linfocitos CD4+. Esta destrucción celular es compensada durante varios años, hasta que las reservas corporales se agotan, lo que desemboca en una pérdida importante de estos linfocitos, razón por la cual se produce una inmunodeficiencia adquirida (Soto, 2004).

### 1.3 Clasificación de la Infección por VIH

En México por cuestiones didácticas se utilizan dos sistemas de clasificación aprobados por la CDC/OMS, los cuales han demostrado ser de gran utilidad para poder comprender la evolución de la enfermedad para el médico no especialista, el médico especialista, el estomatólogo, trabajadores de la salud en general y personas interesadas en el tema (CENSIDA 2009; CENSIDA ,2015).

Díaz y Lubián (1998) explican la clasificación del Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC por sus siglas en inglés) de Atlanta en 1986 dividieron la infección en cuatro fases y está basada en las características clínicas de los pacientes. Esta clasificación facilita el cuidado de los pacientes con guías de seguimiento y tratamiento apropiados.

El segundo sistema de clasificación usado en México se deriva de la clasificación del CDC de 1993, la cual la divide en tres categorías (A, B y C) y se basa tanto en las características clínicas, como en el conteo de células CD4 (CENSIDA, 2015). Delgado (2011) señala que la clasificación de la CDC de 1993 tiene en cuenta elementos clínicos y marcadores de progresión, fundamentalmente el conteo total de linfocitos CD4.

Es importante señalar que los sistemas de clasificación para la infección por VIH utilizados en México son dictaminados por la Secretaría de Salud con apoyo de entidades como el Consejo Nacional para la Prevención y Control del Sida (CONASIDA), Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA (CENSIDA) entre otras y los sistemas de clasificación para la infección por VIH de la CDC de 1986 y 1993 son los utilizados en la actualidad en México (CENSIDA, 2015; Delgado, 2011)

### ***Sistema de Clasificación para la Infección por VIH del CDC De 1986***

La clasificación CDC del año 1986 fue desarrollada con fines epidemiológicos, por consiguiente, no facilita el manejo clínico ni proporciona información para el pronóstico. Mencionada clasificación es útil de manera didáctica para mostrar la evolución de la infección, es decir, si bien es un tanto limitada tiene como ventaja permitir visualizar de manera general el comportamiento más común de la evolución del VIH.

Secciona la infección en cuatro fases (Fase I/Infección aguda, Fase II/Infección asintomática, Fase III/ linfadenopatía generalizada persistente y Fase IV/SIDA) las

cuales no siempre se cumplen de la misma manera en todos los pacientes especialmente con los esquemas de tratamientos actuales.

Fase I/Infección aguda: Comprende la primoinfección. El virus entra en el organismo infectando las primeras células, lo cual hace rápidamente pues no existen anticuerpos que puedan controlar su replicación, en general no se presentan manifestaciones clínicas y solo algunos pacientes (35% aprox.) cursan por un cuadro similar al de una mononucleosis infecciosa (parecido a un cuadro gripal) que tiene una duración no mayor a dos semanas como máximo, y que cede fácilmente aún sin ayuda de medicamentos. Al no presentarse síntomas, o ser este un cuadro tan inespecífico, no es posible determinar el momento preciso de la infección, por lo que la mayoría de los pacientes no reconocen esta fase y solo se podrá determinar el tiempo de evolución de manera aproximada (CENSIDA, 2015).

Fase II/Infección asintomática: La característica principal de esta fase es que la persona carece de síntomas, teniendo un estado aparente de buena salud. Las personas en esta fase pueden permanecer de 5 a 10 años sin presentar manifestaciones clínicas. Se considera que esta es la fase más peligrosa para la transmisión, ya que en la mayoría de los casos la persona no sospecha siquiera que pueda tener el virus, al no presentar cambios significativos en su salud y no reconocer prácticas de riesgo en las que se pudiera haber infectado, por lo tanto, tampoco se reconoce como potencial transmisor.

La duración de esta fase depende de diversos factores entre los que se encuentran edad, estilo de vida, hábitos alimenticios, hábitos de higiene y si la persona se encuentra o no en tratamiento antirretroviral.

Ahora bien, el huésped alcanza un estado de equilibrio cuando el sistema inmunológico ha sido capaz de producir suficientes anticuerpos específicos contra el virus, situación que produce ese aparente estado de buena salud. En este sentido CENSIDA (2015) explica que en esta fase el sistema inmunológico del huésped ha alcanzado un estado de equilibrio, controlando esta actividad viral.

Fase III/ linfadenopatía generalizada persistente: En esta fase, el sistema inmunológico comienza a debilitarse como consecuencia de la actividad viral, produciéndose lo que se conoce como una segunda viremia, caracterizada por un aumento significativo en la carga viral, lo cual produce como respuesta la inflamación de ganglios linfáticos, situación que da nombre a esta fase (CENSIDA 2015).

En esta fase se pueden llegar a presentar infecciones oportunistas tales como infecciones bucales, dérmicas, de vías aéreas, digestivas, oftálmicas, etc., que generalmente ceden ante tratamientos convencionales y no reinciden a corto plazo.

La duración de esta fase también es variable y depende principalmente del apoyo médico y psicológico que reciba la persona cuando se le ha detectado la infección oportunamente. Dicho apoyo consiste en los tratamientos médicos específicos con antirretrovirales y preventivos en contra de estas infecciones oportunistas, además de la terapia psicológica individual o grupal (CENSIDA 2015).

Un paciente en estas condiciones, puede permanecer dos o más años en esta fase dependiendo de sus hábitos alimenticios, de higiene, seguimiento de tratamiento etc.

Fase IV/SIDA: Es el estadio final de la infección por VIH y se caracteriza por la aparición de infecciones oportunistas y tumores raros. Desde el punto de vista inmunológico representa una grave inmunodepresión, con una disminución notable del número de linfocitos CD4, cuya importante participación en la respuesta inmune es bien conocida. Hay una alta replicación viral, favorecida por la debilidad del sistema inmunológico (Lamotte, 2004).

Esta fase actualmente no se considera fase terminal pues gracias a los esquemas de tratamiento presentes las personas que la cursan, tienen probabilidades de vivir en condiciones más convenientes que al inicio de la pandemia (CENSIDA 2009; CENSIDA ,2015; CENSIDA ,2018; Lamotte, 2004).

CENSIDA (2015) describe que las manifestaciones que se presentan en esta etapa de la enfermedad suelen ser muy variadas y cambian de un paciente a otro, sin embargo existen síntomas comunes durante este periodo como fiebre

(principalmente nocturna o en estados de reposo, hasta 40°C o más, con duración mayor a un mes), síndrome de desgaste el (cual se caracteriza por diarreas de cinco o más evacuaciones líquidas o semilíquidas al día, que se presentan por más de un mes, debilidad y fatiga que van en aumento hasta que la persona no tiene fuerza para realizar sus actividades cotidianas y pérdida de peso (Igual o mayor al 10% del peso corporal total en menos de un mes). En general dicha sintomatología no cede sencillamente ante tratamientos convencionales.

### ***Sistema de Clasificación para la Infección por VIH del CDC de 1993***

Ahora bien, en la actualidad gracias a que se cuentan con pruebas de laboratorio como conteo de linfocitos CD4, PCR HIV Cuantitativa, conteo de CD8 entre otras, se utiliza un sistema de clasificación que combina por un lado la población de células CD4 y por el otro las condiciones clínicas o manifestaciones del paciente (CENSIDA 2015; CENSIDA ,2018)

Este sistema de clasificación también es una propuesta del CDC de Atlanta hecha en 1993 y que a pesar del tiempo que lleva, resulta de gran utilidad para determinar el estatus de los pacientes, así como para establecer un plan de tratamiento individualizado para cada caso (CENSIDA, 2015).

Este sistema de clasificación ubica al paciente en uno de los nueve estadios posibles (A1, B1 y C1; A2, B2 y C2; y A3, B3 y C3). Es importante mencionar que la fase A pertenece a es una fase inicial de la enfermedad, la fase B, es correspondiente a una fase intermedia de la enfermedad y la fase C, es una fase avanzada de la enfermedad (CENSIDA, 2015).

La sintomatología se muestra en tres categorías (A, B, C), categoría A para describir infección asintomática o con síntomas leves, de corta duración, no recurrentes y que ceden ante tratamientos convencionales con la condición de que las entidades listadas en las categorías B y C no se hayan presentado (por ejemplo infección asintomática por VIH, linfadenopatía generalizada persistente y síndrome retroviral agudo), categoría B (Antes llamada Complejo Relacionado con el SIDA) la cual se

define como la presencia de condiciones sintomáticas, en un adolescente o adulto, que no se encuentren incluidas en las condiciones listadas en la categoría C, en la categoría B la presencia de síntomas que pueden ser más severos pero que aún son controlables a mediano o corto plazo con tratamientos convencionales y que tardan un poco más en reincidir y finalmente la categoría categoría C (Son las incluidas en el grupo IV, C1 de la clasificación de 1986, la que incluye las condiciones que cumplen con los criterios para la definición de SIDA (como por ejemplo, neumonía por *Pneumocystis jiroveci*, síndrome de desgaste, infección por el virus del herpes simple que cause úlcera mucocutánea de más de un mes de evolución, encefalopatía por VIH, tuberculosis pulmonar, cáncer cervical invasivo, sarcoma de Kaposi, entre otros; CENSIDA, 2015; Tobón y Toro, 2008).

Posterior a lo anterior una vez la persona se encuentra clasificada de acuerdo a su sintomatología (categoría A, B, o C); se procede al conteo de las células CD4, por medio del cual se asignan las categorías 1, 2 o 3. Si se tienen >500 la persona pertenecerá a la categoría 1, Entre 200 y 500 pertenecerá a la categoría 2 y finalmente <200 pertenecerá a la categoría 3 (lo que indica el estado de deterioro del sistema inmunológico).

Las categorías de laboratorio tal como lo explica la tabla 1 se definen de acuerdo con el recuento de linfocitos CD4 en sangre periférica: categoría 1 con más de 500 células por  $\mu\text{L}$ ; categoría 2 con valores entre 200 y 499 células por  $\mu\text{L}$ ; y categoría 3 con menos de 200 células por  $\mu\text{L}$ . Las categorías clínicas son también mutuamente excluyentes.

**Tabla 1**

*Categorías del Sistema de clasificación para la infección por VIH del CDC de 1993.*

<b>Conteo de CD4</b>	<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>
<b>&gt;500</b>	A1	B1	C1
<b>Entre 200 y 500</b>	A2	B2	C2
<b>&lt;200</b>	A3	B3	C3

**Nota:** *Elaboración propia. Información tomada de CENSIDA (2009)*

Existe la probabilidad que un paciente pueda pasar de una categoría a otra sin cursar por una intermedia, por ejemplo de un estadio “A2” a un “C2”, o a un “B3”, esto se debe en general a la poca efectividad de los tratamientos, a la resistencia desarrollada por el virus, a problemas de conducta del paciente como desapego a los tratamientos, a seguir con prácticas de riesgo que lo lleven hacia una reinfección (Como prácticas sexuales de riesgo, no usar preservativo, compartir drogas inyectables etc.) o simplemente por no seguir las recomendaciones higiénico-dietéticas de su médico (CENSIDA, 2009).

Aunque poco frecuente, también es posible que un paciente pase de un estado de mayor complejidad a uno de menor gravedad, esto se puede deber a una intervención con tratamientos altamente efectivos y a una conducta disciplinada del paciente en cuanto a seguir todas las recomendaciones higiénico-dietéticas y demás cuidados preventivos (CENSIDA ,2015).

Serán considerados casos de SIDA todas las personas que presenten síntomas considerados en la categoría C, independientemente de si tiene más de 200 CD4,

o al estar asintomático, pero con un conteo menor a 200 células (CENSIDA 2009; CENSIDA, 2015).

Algunos países han modificado o ampliado estos criterios de acuerdo con su epidemiología. En 2004 Brasil incluyó en su clasificación de la enfermedad por VIH la reactivación de la enfermedad de Chagas, ya sea a nivel de sistema nervioso o cardiaco. En varias zonas de América Latina se plantean otras patologías como posibles enfermedades oportunistas, incluyendo infecciones endémicas: estrongiloidiasis extraintestinal, aspergilosis, leishmaniasis, microsporidiasis, enfermedad por *Rhodococcus equi* y microangiopatía trombótica (CENSIDA, 2009).

#### **1.4 Factores Que Facilitan la Transmisión del VIH**

Los factores que facilitan la transmisión del VIH, son diversos y muy variados, estos incluyen el estado de salud en general, la presencia de otra infección de transmisión sexual, la hemorragia de membrana mucosa genital durante la actividad sexual, la presencia de agentes que modifican el estado de ánimo entre otros (CENSIDA, 2015; Lupo, 2003)

Ahora bien, algunos tejidos son más propensos a dejar entrar a un virus o fuente de infección al organismo, sin embargo, aquellos sanos y en buenas condiciones no permiten la entrada del virus al organismo, empero aquellos con heridas, punciones o úlceras son permeables al virus (CENSIDA, 2015)

También es importante expresar que las fuentes de contagio corporales son distintas entre sí. La fuente de infección está compuesta por aquellos fluidos corporales que contienen fluidos del VIH y que al estar en contacto con ellos se está expuesto a contraer la infección (CENSIDA, 2015; Lupo, 2003).

No todos los fluidos corporales tienen la misma cantidad del agente patógeno por lo cual se ha observado que en la mayoría de los casos no es suficiente con cantidades muy pequeñas, como potencialmente sería el caso de la sangre que pudiera entrar

al organismo derivado de una punción accidental con una aguja contaminada (CENSIDA, 2009).

De igual forma es importante expresar que existen factores que influyen de manera directa en la transmisión del virus y estos incluyen características propias de la persona con VIH donante y del receptor del virus, que puede ser también una persona con VIH.

Esta característica de transmisión CENSIDA (2015) la describe como reinfección lo cual se refiere a contraer un distinto tipo de cepa de VIH, el cual se adquiere después de la seroconversión, es decir cuando la primera cepa del virus ya se encuentra establecida.

En esta misma línea la carga viral alta esta una característica importante y se encuentra ligada a lo anterior ya que, a mayor carga viral, mayor concentración de virus y mayor es su capacidad de transmisión. Las personas que poseen esta característica son aquellas que se encuentran en una infección por VIH clínicamente avanzada, lo cual se puede comprobar al observar una cuenta baja de células CD4 y una carga viral elevada.

## **1.5 Transmisión del VIH**

La transmisión del VIH es el fenómeno en el que el virus se traslada de una persona a otra (CENSIDA, 2009). Este virus se contagia mediante fluidos corporales que contienen VIH, fluidos tales como, la leche materna, sangre (incluyendo sangre menstrual) y derivados de la sangre como plasma y suero, fluido pre-eyaculatorio (pre-semen), secreciones vaginales, secreciones rectales. El VIH se transmite a través del contacto de estos fluidos con las mucosas o el torrente sanguíneo de otra persona.

No es posible infectarse en los contactos ordinarios cotidianos como los besos, abrazos o apretones de manos o por el hecho de compartir objetos personales, agua o alimentos

CENDIDA (2009); CENSIDA (2015); CENSIDA (2018) explican que el VIH se ha hallado en pequeñas cantidades en lágrimas, saliva, orina y secreciones bronquiales la transmisión a través del contacto casual con estos líquidos es posible teóricamente posible pero poco probable. Tal como se muestra en la tabla 2. No se han descrito transmisiones después de haber entrado en contacto con dichas secreciones o por picaduras de insectos.

**Tabla 2**

*Fluidos que corporales que contienen VIH*

<b>Fluidos que se asocian con la transmisión de VIH</b>	<b>Fluidos NO asociados a la transmisión</b>
<b>Leche materna.</b>	Lágrimas, fluidos asociados a los ojos.
<b>Sangre (Incluyendo sangre menstrual).</b>	Sudor.
<b>Semen.</b>	Orina.
<b>Líquido preeyaculatorio</b>	Saliva.
<b>Secreciones vaginales.</b>	
<b>Derivados de la sangre como plasma y suero.</b>	
<b>Secreciones rectales.</b>	
<b>Líquidos o fluidos corporales como: cefalorraquídeo, amniótico, peritoneal, sinovial y pleural, en general de secreción interna</b>	

**Nota:** *Elaboración propia. Información tomada de CENDIDA (2009); CENSIDA (2015); CENSIDA (2018)*

El CENSIDA (2015) refiere la existencia de otros fluidos corporales que también son potencialmente infectantes, pero que casi nunca se mencionan porque para estar en contacto con ellos, es necesario que existan condiciones muy especiales, y que en general son aquellas por las que puede pasar el personal de salud (médico o paramédico), por ejemplo en un acto quirúrgico o en la atención de lesionados en casos de emergencia, estos líquidos o fluidos corporales son: cefalorraquídeo, amniótico, peritoneal, sinovial y pleural, en general de secreción interna.

Desde el año 1983 año en que comenzó la epidemia en México hasta el tercer trimestre del año 2008 CENSIDA (2016 b) ha registrado diversas formas de transmisión entre las que se encuentran acumulados 121 mil 718 casos de VIH/SIDA, de los cuales 83% son hombres y 17% mujeres, es decir, una relación de 1.4 mujeres por cada 5 hombres en los menores de 15 años, en este sentido, 84.4% de los casos acumulados se relacionan con la transmisión perinatal, 11.9% con la transmisión sanguínea y 3.7% con la vía sexual.

ONUSIDA (2017) explica que dentro de los grupos de población clave entre quienes se han observado mayores números de personas infectadas por VIH se encuentran, hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, las y los trabajadores sexuales, personas transgénero, personas usuarias de drogas inyectables y personas bajo reclusión son también especialmente vulnerables al VIH, y con frecuencia carecen de un acceso adecuado a los servicios.

### ***Transmisión por Vía Sexual***

La transmisión del VIH por vía sexual es de las principales fuentes de contagio, sobre todo por contacto sexual sin protección, la transmisión ocurre cuando se ponen en contacto mucosas (anales, vaginales u orales) de una persona infectada con las mucosas de otra persona (CENSIDA, 2015; Cobo, 2007; Lamotte, 2004; Lamotte, 2014).

Tobón y Toro (2008) explican que la mayor probabilidad de transmisión en hombres que tienen sexo con hombres nos obliga a definir el término intercurso anal, que provee al menos dos modalidades de infección: (1) inoculación directa en el torrente circulatorio en casos de desgarros traumáticos en la mucosa anal y (2) infección de células blanco susceptibles, tales como las células de Langerhans, en la capa mucosa y en ausencia de trauma.

Al respecto CENSIDA (2015), Cobo (2007), Lamotte (2004), Lamotte (2014) y Tobón y Toro (2008) explican que las relaciones sexuales sin protección con penetración anal y vaginal se consideran las conductas de más alto riesgo debido a que se

incrementa la posibilidad de sufrir rotura de tejidos, hemorragia y lesiones en el epitelio vaginal o anal lo que facilita la entrada del virus al organismo. Sin embargo, lo anterior no se considera factor de riesgo si se toman las medidas pertinentes, como el uso del condón.

Referente a las transmisiones sexuales heterosexuales, Tobón y Toro (2008) mencionan que en la transmisión de hombre a mujer es aproximadamente ocho veces más efectiva que de mujer a hombre, debido probablemente a la exposición prolongada del líquido seminal infectado con la mucosa cervical y vaginal, así como con el endometrio.

Respecto a esto Lupo (2003) indica que para la relación anal receptiva existe un riesgo de 0.008-0.32, para la vaginal receptiva de 0.0005-0.0015, vaginal insertiva del 0.0003-0.0009. La relación oral entre mujeres (cunnilingus) no sería riesgo, mientras el sexo oral de mujer a hombre sería bajo.

Se hace necesario mencionar que las transmisiones por esta vía no solo se incrementan debido a los puntos anteriores. Existen algunas conductas que incrementan la posibilidad de contagio, por ejemplo, estar bajo influencia de drogas o alcohol que impidan la toma de decisiones responsables, utilizar juguetes sexuales y no proporcionarlos de una limpieza adecuada y presencia de úlceras genitales, orales o rectales causadas por otras infecciones de transmisión sexual.

### ***Transmisión por Vía Sanguínea***

Es la forma de transmisión en la cual una persona se contagia del Virus de la inmunodeficiencia humana por estar en contacto con sangre u hemoderivados, dicho contagio puede ocurrir a través del contacto con jeringas infectadas (como ocurre al usar ciertas drogas, mediante tatuajes etc.), a través de servicios sanitarios (como ocurre en menor porcentaje a trabajadores de la salud que estén expuestos a la infección; CENSIDA, 2015; Lamotte, 2004).

Algunas de las modalidades de esta vía de transmisión abarcan la inoculación percutánea (punciones), exposición de mucosas, contaminación de heridas abiertas y piel con pérdida de continuidad.

Correspondiente a lo anterior CENSIDA (2016 a) argumenta que las exposiciones percutáneas o por cortaduras causan la mayoría de las infecciones en los Trabajadores de la salud (TS). El riesgo promedio de infección posterior a estas exposiciones con sangre infectada con el VIH es de 0.3%, es decir, 1 por cada 300 trabajadores, a su vez, el riesgo después de una exposición de mucosas se estima en promedio en 0.1%. Hasta el momento no se han reportado casos debidos a una exposición en piel intacta con una pequeña cantidad de sangre. El riesgo es mayor si la piel está dañada o si el contacto involucra un área de tamaño considerable o si la exposición es prolongada

Por otro lado Tobón y Toro (2008) explican que la transmisión del VIH no requiere punción intravenosa, la vía subcutánea y la intramuscular son también rutas infecciosas y el menor o mayor riesgo de transmisión depende del tiempo de exposición, de las condiciones personales y sociales, así como de la ubicación geográfica; es decir, es más probable que la transmisión venosa compartida (por ejemplo en los heroinómanos) sea más frecuente en países desarrollados, mientras que en países subdesarrollados sea más frecuente la vía transfusional.

En México en el año de 1986 se tomó como decisión eliminar el comercio sanguíneo así como aplicar pruebas de detección de infecciones y enfermedades tales como el VIH y SIDA en la sangre y órganos donados, CENSIDA (2015) menciona que a partir de esta medida se estableció por ley la obligatoriedad en la aplicación de la prueba de detección del VIH en toda sangre que se use para transfusiones o para obtener hemoderivados, así como la de eliminar el comercio con sangre (donación remunerada), lo cual generó que desde el año 2000 se note una importante reducción en los casos nuevos de transmisión por esta vía en nuestro país. Para el 2012 los datos oficiales no registraron casos nuevos por esta vía de transmisión (CENSIDA, 2012).

## ***Transmisión por Vía Perinatal***

La transmisión de madre a hijo se puede dar a través de la placenta al momento del embarazo, durante el parto cuando el producto entra en contacto con mucosas vaginales y sangre o por la leche materna (CENSIDA, 2015; Lamotte, 2014).

El riesgo de transmisión es variable dependiendo de los siguientes factores: la fase o estadio de la infección en la que se encuentra la futura madre en el momento del embarazo, o la etapa del embarazo al momento de infectarse (CENSIDA, 2015)

El CENSIDA (2016) refiere que en menores de 15 años el 84.4% de los casos acumulados se relacionan con la transmisión perinatal, mientras que tan solo para el año 2015 CENSIDA tenía registradas 1, 395 mujeres embarazadas que estaban recibiendo Tratamiento Antirretroviral (TAR), cifra de la cual se estima alcanza en promedio 25% de las transmisiones, pudiendo llegar a 40% cuando no se suspende la lactancia materna. La transmisión vertical del VIH se produce en 35% de los casos durante el embarazo y aproximadamente en 65% durante el parto por exposición del recién nacido a sangre materna o secreciones cervicovaginales. Sin embargo, se han documentado intervenciones efectivas para prevenir la transmisión vertical del VIH como el uso de TAR.

Algunas de las formas de transmisión por esta vía incluyen recuento disminuido de linfocitos CD4 positivos en la madre, alimentación del seno materno (en caso de ser positiva para VIH y no estar recibiendo tratamiento), parto por el contacto del producto con los fluidos de la madre (en caso de ser positiva para VIH y no estar recibiendo tratamiento), corioamnionitis o Funisitis (Infección del líquido amniótico, inflamación del cordón umbilical) y recuento elevado de linfocitos CD8 positivos en la madre (CENSIDA, 2015; CENSIDA, 2016).

Cobo (2007) explica que existen factores que pueden llegar a modular la transmisión maternoinfantil entre los que se encuentran los maternos y los obstétricos. Los maternos hacen referencia a la situación clínica, inmunológica (cantidad de CD4 y virus presente en la sangre) se relaciona directamente con el riesgo de contagio al producto. Por una parte, las mujeres asintomáticas y aquellas que tienen un conteo

elevado de linfocitos CD4 presentan un menor riesgo de transmitir la infección. Del mismo modo los niveles de viremia plasmática durante el embarazo y el parto, así como infecciones virales (VHB, VHC) e infecciones de transmisión sexual están directamente relacionadas con el riesgo de transmisión.

Los factores obstétricos se refieren a algunas de las características de la placenta y algunos procedimientos obstétricos pueden facilitar la transmisión. Los procesos inflamatorios que incrementan la permeabilidad de la placenta, así como las medidas de monitorización invasiva y la manipulación fetal, se asocian con mayores tasas de transmisión.

Se ha observado que en los partos gemelares se da un mayor porcentaje de infección en el primero de los hijos, por transmisión durante el parto vaginal, la cesárea en cambio disminuye el riesgo a casi la mitad (Tobón y Toro, 2008). La rotura de membranas más de cuatro horas antes del parto incrementa al doble el riesgo de transmisión del VIH. Por último, el recién nacido antes de la semana treinta y cinco de gestación tiene mayor riesgo de infectarse debido a su menor madurez inmunitaria, la cual se refleja en una débil respuesta y de la misma manera ocurre con los niños con bajo peso para su edad gestacional (CENSIDA, 2009).

El riesgo de transmisión al feto varía entre 15 y 25 %, pero hoy en día se puede reducir a 4 % con la administración de TAR a partir de las 14 semanas de gestación, en el parto y luego durante 6 semanas al recién nacido, así como la ejecución de la operación cesárea y la no lactancia materna (Lamotte, 2004).

El riesgo de transmisión del VIH es elevado durante el parto, pero se puede minimizar siguiendo una serie de prácticas y principios básicos, tales como el reforzamiento de las consultas prenatales recomendadas, especialmente en los embarazos de alto riesgo durante el tercer trimestre; el fomento del parto en centros sanitarios, asistido por profesionales de obstetricia cualificados (OMS, 2013).

Por lo anterior es aconsejable conocer el estado serológico de la madre e iniciar el TAR de manera pertinente, así como monitorear el estado del embarazo para poder llevar a cabo un plan de acción para el parto, así como instruir respecto a que prácticas son recomendables durante la lactancia.

## 1.6 Diagnóstico

Si bien existen signos y síntomas de que una persona está infectada por el virus de la inmunodeficiencia humana es necesario realizar una serie de pruebas con el fin de detectar si se es un posible portador (CENSIDA, 2006; CENSIDA, 2015). Por ello a lo largo del tiempo se han diseñado diversas pruebas con el fin de garantizar un mejor diagnóstico, más exacto aún durante el periodo de ventana.

La detección oportuna del VIH/SIDA favorece la calidad de vida de los pacientes al iniciar el tratamiento y con ello frenar la evolución de la enfermedad, reducir la presencia de enfermedades oportunistas, lo anterior se puede traducir a muchos años de vida ganados, de buena calidad y al mismo tiempo significa la prevención de la transmisión del virus a otras personas.

Según datos de CENSIDA (2006), en México ocurren alrededor de 4,500 nuevas infecciones por año, de las cuales más del 50% de las personas se detectan en etapas tardías; debido a una serie de factores como poca accesibilidad a lugares que ofrezcan servicios de detección, retraso en la entrega de resultados, el estigma y discriminación que prevalece para las personas que viven con VIH/SIDA y las poblaciones vulnerables o el miedo que provoca el desconocimiento respecto a que es el virus, su modo de transmisión, tratamiento existente en la actualidad e incluso miedo respecto al tiempo y calidad de vida que tiene una persona infectada por VIH.

Es prudente advertir que cualquier persona a partir de los 15 años de edad que tenga vida sexual activa (sea perteneciente o no a una población vulnerable) debe realizarse una prueba de detección de VIH una vez cada seis meses, se hace especial énfasis a personas que pertenezcan a poblaciones clave como Hombres que tienen Sexo con Otros Hombres (HSH), Usuarios De Drogas Inyectables (UDIS), Trabajadoras y/o Trabajadores Del Sexo Comercial (TSC), Personas Privadas de su Libertad (PPL) y en personas con padecimientos asociados como tuberculosis y hepatitis B y C, de igual manera se recomienda realizar pruebas a aquellas personas como hombres y mujeres que tengan relaciones sexuales sin protección, personas con antecedentes de transfusiones sanguíneas antes de 1987,

víctimas de violencia sexual, migrantes, indigentes, mujeres embarazadas, que deseen embarazarse y que estén próximas a labor de parto, personas con alguna enfermedad definitoria de SIDA, parejas de personas con VIH o con sospecha del mismo, personas donantes de órganos o tejidos, personas con otras infecciones de transmisión sexual y personas con riesgo ocupacional a contraer VIH (CENSIDA, 2006; CENSIDA, 2015; OMS, 2017).

Ahora bien, para determinar qué tan buena es una prueba se deben de tomar en cuenta factores como, sensibilidad de la prueba y especificidad, la sensibilidad hace referencia a la capacidad que posee la prueba para determinar los casos verdaderos positivos y la especificidad a la proporción de individuos realmente sanos que dan la prueba negativa (CENSIDA, 2015).

Existen diversos tipos de pruebas para el diagnóstico del VIH. En México la Secretaría de Salud en sus diversas guías diseñadas para el personal de salud recomienda utilizar pruebas de tamizaje y pruebas confirmatorias. Lo anterior no significa que no existan otra clase de pruebas, solo significa que son las empleadas en la actualidad para la población mexicana.

Las pruebas de tamizaje son de carácter inicial y sirven para tener una idea de si una persona es portadora del virus de la inmunodeficiencia humana, son muy sensibles, específicas y de bajo costo. Siempre tienen que confirmarse en caso de ser reactivas con el fin de evitar confusiones al momento de afirmar que una persona está infectada, generalmente el modo de diagnóstico se obtiene al utilizar plasma o suero y las empleadas son el Ensayo de Inmunoabsorción Ligado a Enzimas (ELISA) y las pruebas rápidas (CENSIDA, 2006; CENSIDA, 2015; CENSIDA, 2018a).

Una de las pruebas más utilizadas es el Ensayo de inmunoabsorción ligado a enzimas (ELISA), CENSIDA (2018a) una de las principales características de esta prueba es que posee una alta sensibilidad, por lo que es más probable saber si una persona está contagiada del virus.

La sensibilidad declarada es mayor al 99%, sin embargo, el incremento de la sensibilidad conlleva un descenso de la especificidad (es decir, se pueden producir

falsos reactivos por lo que se recomienda que todo resultado reactivo sea confirmado (CENSIDA, 2018a).

Por su parte las Pruebas rápidas tienen como principal característica la detección anticuerpos contra el virus de la inmunodeficiencia humana, en suero, plasma, sangre y fluido oral, cuyo resultado se obtiene en un tiempo de veinte minutos. Mencionada prueba es similar a pruebas tradicionales como ELISA o Western Blot, detectan anticuerpos mediante aglutinación, membranas de flujo e inmunocromatografía.

Es importante destacar que dichas pruebas tienen limitaciones de periodo de ventana y que al igual que la prueba ELISA toda prueba reactiva debe confirmarse.

CENSIDA (2018a) explica que las pruebas rápidas ofrecen ventajas importantes entre las que destacan que detectan anticuerpos contra el VIH, el resultado presuntivo se obtiene en promedio entre 15 a 20 minutos y no requieren de ninguna infraestructura específica, para su aplicación se requieren equipo y reactivos mínimos, pueden utilizarse en estrategias extramuros, para acercar la detección a la población general. no requieren personal altamente capacitado para su aplicación, no se requiere equipo especial para su aplicación, el diseño de algunas permite realizar un tamizaje simultáneo con la finalidad de favorecer la detección del VIH de forma temprana y ampliar su acceso, especialmente para la población con mayor riesgo y vulnerabilidad, al llevarlas a los lugares de difícil acceso, no requieren condiciones de refrigeración para su almacenamiento, ni realizar el procesamiento en un laboratorio, se pueden utilizar individualmente, son simples de aplicar, la cantidad de muestra que se requiere es mínima en comparación con otro tipo de pruebas de detección de VIH y el tipo de muestra que requieren puede ser desde sangre total, suero, plasma o fluido oral.

Actualmente en México se cuenta con un protocolo para la aplicación de la prueba rápida y en general para la aplicación de pruebas definitivas de VIH/SIDA. Mencionado protocolo está basado en generar un clima de confianza para el paciente, asegurarse que el mismo cuente con la información necesaria sobre el

virus, todo lo anterior no olvidando sus derechos sexuales y reproductivos (CENSIDA, 2006).

La mayoría de las pruebas rápidas cuentan con una tira que con una tira reactiva que contiene el antígeno del VIH. Cada prueba tiene una línea en la parte superior, que corresponde a la línea o área de control y una prueba positiva dará una línea semejante en la parte inferior (CENSIDA, 2006).

La prueba rápida puede dar tres posibles resultados, resultado positivo, resultado negativo y resultado indeterminado o inválido. Un resultado positivo estará determinado si después de colocar sangre total, suero, plasma o fluido oral la prueba marca dos líneas, la de control y una debajo, un resultado negativo estará determinado si después de colocar sangre total, suero, plasma o fluido oral permanece únicamente la línea en el área de control. Un resultado indeterminado se obtiene cuando el resultado de la prueba no es positivo ni negativo, lo cual implica que por alguna razón dicha prueba no funcionó.

De acuerdo con la OMS (2013), muchos países han introducido como alternativa nuevas técnicas que permiten realizar autoanálisis con el fin de promover que se lleven a cabo pruebas diagnósticas de la infección por el VIH. La persona que quiere conocer su estado serológico debe recoger la muestra, realizar la prueba e interpretar los resultados en privado o con alguien en quien confíe. Estas pruebas no proporcionan un diagnóstico definitivo, sino que son un primer análisis después del cual se debe acudir a un profesional sanitario para realizar nuevos estudios.

Otro tipo de pruebas son las pruebas confirmatorias, como su nombre lo indica, están orientadas a confirmar la presencia de la infección por el VIH en un paciente. Se basan en la detección de anticuerpos contra el virus o sus componentes (Ospina, 2006). Dentro de las pruebas confirmatorias utilizadas en la actualidad en México podemos encontrar la Western Blot (WB) y de Inmunofluorescencia indirecta (IFI).

La prueba Western Blot (WB) está basada en el principio de inmunoelectrotransferencia, la cual es el método más empleado para la confirmación de los resultados reactivos por métodos de tamizaje, es una prueba confirmatoria altamente específica pero poco sensible, para la cual se requiere una

muestra de sangre. Su proceso a diferencia de los anteriores es más elaborado, por lo que se tiene que realizar en un laboratorio especializado (CENSIDA, 2018a).

La prueba WB detecta anticuerpos contra proteínas específicas del VIH como las glicoproteínas de envoltura gp160, gp120 y gp4. Tobón Toro (2008) argumentan que la prueba WB consiste en separar las proteínas de un extracto viral del VIH mediante electroforesis, de acuerdo con su peso molecular, para luego ser transferidas a una membrana de nitrocelulosa, dicha membrana es incubada con el suero del paciente con sospecha de infección por VIH. Si la muestra contiene anticuerpos, estos se unirán a las áreas correspondientes a los antígenos contra los cuales están dirigidos.

Posteriormente como lo explica CENSIDA (2018a) el anticuerpo contra el VIH, cuando está presente, se adhiere al antígeno en la tira y se detecta el complejo de antígeno y anticuerpo utilizando conjugado enzimático y sustrato. Si el suero posee anticuerpos frente a una proteína se produce una banda coloreada que define la reactividad en WB.

En la actualidad la realización de la prueba WB se ha semiautomatizado, por lo cual su realización es más sencilla, sin embargo, sus resultados pueden ser subjetivos ya que parte de su lectura se basa en la observación de la presencia de bandas coloreadas que corresponden a las distintas proteínas víricas.

La prueba WB puede dar tres posibles resultados, resultado positivo, resultado negativo y resultado indeterminado o inválido. El resultado negativo se determina cuando existe la ausencia total de reactividad, el resultado positivo se determina cuando se detectan al menos 2 bandas de p24, gp41, y gp160/gp120 y el resultado indeterminado o inválido es cualquier reactividad que no reúna los criterios necesarios para ser positivo, (existe controversias ya que las causas del WB indeterminado son diversas y pueden corresponder a fases tempranas o estadios avanzados de la infección con deterioro inmunológico grave, entre otros; OMS, 2017)

La prueba de Inmunofluorescencia indirecta (IFI) es una de las pruebas confirmatorias para la infección por VIH-1 más utilizadas además de la WB, es más

económica y consume menos tiempo, sin embargo, dicha prueba requiere instrumentos especializados, los cuales podrían no estar disponibles en todos los laboratorios y hospitales, especialmente en zonas con recursos limitados (CENSIDA, 2018a).

Una vez que una persona sabe que se encuentra infectada por el virus de la inmunodeficiencia humana y que ha iniciado Tratamiento antirretroviral (TAR) con el fin de detener la evolución de la infección y reducir la presencia de enfermedades oportunistas, es necesario realizar pruebas de monitoreo con el fin de detectar que tanto se ha cumplido mencionados objetivos, entre las pruebas utilizadas para estos fines están, el análisis de carga viral y el recuento de las poblaciones de linfocitos.

El análisis de carga viral mide la cantidad de VIH en la sangre, para obtenerlo existen diferentes técnicas como el método de reacción en cadena de la polimerasa el cual utiliza una enzima para multiplicar al VIH de la muestra de sangre. También se utiliza el método bDNA (en inglés, branched DNA) el cual combina la muestra con un material que emite luz. Este material se conecta con las partículas del VIH y el método NASBA (Amplificación Basada en la Secuencia del Ácido Nucleico) el cual consiste en amplifica las proteínas virales para producir un conteo (CENSIDA, 2018a).

El análisis de carga viral es de utilidad para el monitoreo de progresión de la infección independientemente del recuento de linfocitos CD4, los resultados se obtienen en copias virales por mililitro de sangre y son diferentes dependiendo del método que se utiliza, por lo cual se recomienda utilizar el mismo método de manera constante. Se ha observado que la carga viral tiende a aumentar a medida que el recuento de linfocitos CD4 positivos disminuye.

Esta prueba también es empleada para el monitoreo de la terapia antirretroviral, su eficiencia es evidente cuando se disminuyen los niveles de RNA del VIH en sangre y la resistencia a la terapia antirretroviral lo aumenta.

Es indispensable conocer la cantidad de linfocitos CD4, para poder llevar a cabo un exitoso monitoreo del TAR, saber si se está llevando a cabo un adecuado tratamiento etc. Para ello es indispensable aplicar pruebas.

## 1.7 Tratamiento

En la actualidad en México el TAR está disponible para todas las personas que viven con VIH, independientemente del conteo de células CD4 y de la presencia o no de síntomas, con el objetivo de reducir el riesgo de progresión de la enfermedad y prevenir la transmisión del VIH (CENSIDA, 2014).

Como toda infección el Virus de Inmunodeficiencia Humana requiere un tratamiento para mantener a raya al agente infeccioso, dicho tratamiento tiene como función mejorar la calidad de vida de la persona portadora de VIH, reducir la presencia de enfermedades oportunistas, detener la evolución de la infección, prevenir la transmisión de la infección a otras personas, disminuir la morbilidad y mortalidad relacionada con el VIH, disminuir la replicación y restablecer el sistema inmunológico. Una adecuada aplicación y seguimiento del tratamiento puede eliminar la replicación viral de forma indefinida, impidiendo que se desarrollen mutaciones de resistencia frente a los medicamentos (CENSIDA, 2009; CENSIDA, 20014; OMS, 2013; ONUSIDA, 2009)

Se denomina TAR a los medicamentos para el tratamiento de la infección por VIH, los cuales tienen la principal característica de actuar en las diferentes fases del ciclo vital y de replicación del virus (CENSIDA, 2014).

El objetivo principal del TAR es lograr que la persona llegue a niveles de carga viral plasmática bajos, lo cual se traduce a menos de 50 copias del virus por mililitro de sangre.

Es en este sentido que la OMS (2013) explica que el TAR es el uso de una combinación de tres o más Antirretrovirales (ARV) para lograr la supresión del virus. CENSIDA (2014) describe que los objetivos del TAR son el de reducir el riesgo de progresión de la enfermedad, prevenir la transmisión del VIH y llevar a la persona a la indetectabilidad de la carga viral plasmática.

Correspondiente a lo anterior ONUSIDA (2009) aporta que las personas que viven con VIH y siguen una terapia antirretrovírica efectiva pueden conseguir que su carga vírica (la cantidad de virus en fluidos corporales como la sangre, el semen o las

secreciones vaginales) sea indetectable en ciertas etapas del tratamiento, lo cual sugiere que cuando la carga vírica es indetectable en el organismo, el riesgo de transmisión del VIH se reduce.

Para que el tratamiento tenga un grado de efectividad alto es necesario cumplir con las prescripciones descritas por el médico. El olvido de dosis y la interrupción y reanudación del tratamiento puede provocar resistencia a los medicamentos, lo que a su vez podría permitir que el VIH se multiplique y dé lugar a la enfermedad (ONUSIDA, S/A).

Lo descrito con anterioridad se denomina apego o adherencia al tratamiento y se refiere al grado de cumplimiento de la persona a las indicaciones médicas, incluyendo acciones como toma de medicamentos en horarios prescritos, asistencia a citas de seguimiento, hábitos alimenticios, ejercicio físico, asistencia a terapia psicológica entre otros (CENSIDA, 2009; CENSIDA, 2014; OMS, 2013; OMS, 2013; ONUSIDA, S/A).

Cuando hay adherencia subóptima, es decir, menor al 95% de las tomas indicadas, sus consecuencias son importantes, no solo en la propia persona, sino también para el resto de la población, al seleccionarse virus resistentes que pueden ser transmitidos a otras personas (CENSIDA, 2014).

CENSIDA en su Guía de enfermería para la atención de las personas con VIH (2009) describe que para iniciar el TAR se recomienda realizar una valoración integral de la persona que incluya los siguientes aspectos: físico, psicológico y sociocultural, además estudios para estatificar su condición (estudios entre los que se encuentran determinación de carga viral del VIH, subpoblaciones linfocitarias (CD4; CD8; CD4/CD8) para valorar la etapa de la infección en que está la persona e iniciar profilaxis de enfermedades oportunistas, química sanguínea completa, estudio serológico, hepatitis B, C, sífilis, otras ITS, intradermorreacción de Mantoux, radiografía de tórax, citología cervicovaginal y anal en hombres).

Actualmente se disponen de 20 fármacos antirretrovirales que se utilizan en el tratamiento de pacientes que viven con VIH o SIDA en 32 presentaciones,

incluyendo presentaciones coformuladas que se proveen a la población adulta y pediátrica (CENSIDA, 2014).

Los antirretrovirales se clasifican de diferentes maneras entre las que se encuentran, Inhibidores de la Transcriptasa Reversa Análogos Nucleósidos (ITRAN), Inhibidores de la Transcriptasa Reversa Análogos No Nucleósidos (ITRNN), Inhibidores de la Proteasa (IP), Inhibidores de la fusión (IF), Inhibidores de la Integrasa (CENSIDA, 2009).

Los siguientes medicamentos ya se encuentran disponibles para uso clínico:

a) De clases ya conocidas:

- Inhibidores de proteasa: Darunavir y Tipranavir
- Inhibidores de transcriptasa reversa no nucleósidos: Etravirina

b) De clases nuevas:

- Inhibidores de integrasa: Raltegravir
- Inhibidores de CCR5: Maraviroc
- Inhibidores de Fusión: Enfuvirtida

Retomando el tema del TAR profiláctico, actualmente se manejan dos tipos de profilaxis, profilaxis preexposición (PREP) y la profilaxis postexposición.

De acuerdo con Hernández, Martínez y Vázquez (2016), estos conceptos hacen referencia a profilaxis preexposición, la cual se trata de una estrategia preventiva consistente en utilizar fármacos antirretrovirales antes de la exposición, ofrece una protección muy eficaz frente al VIH. Si se usa de forma correcta, puede reducir el riesgo de infección hasta en un 95%, La PREP permite que las personas sin VIH reduzcan el riesgo de infección tomando tratamiento antirretroviral y si se toma de forma adecuada, la efectividad de esta profilaxis es muy elevada, incluso cuando no se utiliza el preservativo y Profilaxis Postexposición (PPE) la cual se trata de una medida de prevención excepcional consistente en el uso de fármacos

antirretrovirales después de una posible exposición al VIH para reducir el riesgo de infección.

Cobo (2007) expone que además del TAR en cualquiera de sus modalidades en combinación con apoyo médico puede ser necesario un apoyo psicológico y social en caso de que una persona resulte portadora de VIH y esté a punto de iniciar el TAR, etc.

De igual manera refiere que la administración de antirretrovirales a las personas que acuden refiriendo una relación sexual reciente no protegida, es un tema controvertido debido a que puede repercutir negativamente en la educación para evitar las conductas de riesgo de exposición, aumentará la incidencia de efectos secundarios y la resistencia de las cepas por falta de adherencia a la medicación. Una situación especial es en el caso de violación, y en el recién nacido de madre seropositiva, casos en donde se administra, ARV y se desaconseja la lactancia materna (CENSIDA, 2006; CENSIDA, 2014; OMS, 2013).

El TAR, si bien garantiza una calidad de vida superior y en la actualidad se encuentra al alcance de muchas personas, es de difícil administración debido a que se requiere un régimen de toma estricto, pero sobre todo porque el mismo trae consigo cargas emocionales diversas (la mayoría de las mismas no causadas por los componentes de la medicación), debido al no aceptar del todo ser persona portadora de VIH, a la desconfianza que este puede generar o a la falta de información respecto al tema. Por ello se recomienda que a la par de tratamiento farmacológico se administre tratamiento psicológico, como terapia grupal o individual (CENSIDA, 2014; OMS, 2013).

## **1.8 Modelos de Intervención Psicológica/Tratamiento Psicológico Propuesto/A por la Secretaría De Salud Mexicana**

Pese a que en la actualidad ser portador de VIH o SIDA es más normalizado, común e incluso existen mejores y más medicamento, los cuales detienen el progreso de la infección. Muchas personas continúan siendo discriminadas debido a la falta de información, a la ignorancia respecto al tema o por las creencias sociales que se tienen de la infección.

Debido a estas creencias algunas personas se encuentran temerosas de realizarse una prueba rápida, una prueba confirmatoria o de comenzar a tomar el TAR, por esta razón la Secretaría de Salud, CENSIDA, CONASIDA, la OMS, entre otras hacen diversas recomendaciones respecto a protocolos a seguir para que una persona tenga acompañamiento psicológico, counselling o asesoría durante el proceso de diagnóstico, inicio de tratamiento y tratamiento.

El psicológico tendría como objetivo, educar a las personas respecto al tema, eliminar creencias falsas, proveer herramientas necesarias para entender, afrontar y vivir pleno con su nuevo estado serológico, brindar información a familiares, amigos o interesados en el tema, así como generar estrategias para lograr tener un índice menor de nuevos contagios y mayor número de personas con tratamiento.

Al respecto CENSIDA (2006) recomienda que antes de realizarse una prueba rápida es necesario recibir consejería previa a la realización a la misma para evaluar el riesgo de exposición –y de resultar positivo–, reducir el nivel de angustia en el usuario, y evitar un impacto psicológico negativo en quien se la realice (depresión, angustia, intentos suicidas, etc.).

De acuerdo con los lineamientos internacionales y a la normatividad vigente en México, la aplicación de la prueba de detección de VIH en cualquier centro que brinde atención a la salud debe cumplir los siguientes principios, Consentimiento, Confidencialidad, Consejería, Correcto, Conexión, principios que invitan a realizar un correcto servicio con el paciente (CENSIDA, 2018a).

La información brindada, así como la consejería deben estar adaptadas tanto a la tipología del paciente como al lugar en donde se está realizando el servicio y se debe incluir la información necesaria para cada situación, persona, etc.

La consejería es un proceso dinámico de comunicación interpersonal entre un paciente y un consejero experimentado que intenta resolver problemas y dificultades en el terreno personal, social o psicológico (CENSIDA, 2018a).

En el contexto del diagnóstico del VIH, la consejería pretende alentar al paciente a explorar determinados aspectos personales de importancia, identificar distintas formas de hacer frente a la ansiedad y el estrés, y hacer planes de cara al futuro. Cuando la consejería versa sobre un resultado negativo en el diagnóstico del VIH, el objetivo es explorar la motivación, las opciones y las habilidades de la persona para asumir y conservar su estado serológico de VIH-negativo (CENSIDA, 2018a).

Dentro de las características que debe poseer un consejero se encuentran, capacidad de escucha, capacidad para el manejo de emociones propias y de otros, debe ser empático, cálido, creativo, sensible, poseer actitud abierta y tener capacidad para reconocer sus limitaciones (CENSIDA, 2006; CENSIDA, 2018<sup>a</sup>; OMS, 2013).

CENSIDA y la Secretaría de Salud describen en la Guía para la detección del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (2018a) las actividades a realizar por parte de un psicólogo consejero en caso de atender una persona con resultado positivo o negativo.

Consejería ante un resultado negativo (CENSIDA, 2006; CENSIDA, 2018a): dar el resultado de la prueba de VIH de forma breve y clara, valorar la repetición de la prueba si se ha realizado en el periodo ventana o el resultado ha sido indeterminado e incidir sobre la necesidad de no tener práctica alguna de riesgo mientras no se tenga el resultado definitivo, informar sobre las formas de transmisión del VIH y otras IT y las medidas de prevención y de reducción del riesgo, la importancia de conocer el estatus de su (s) pareja (s), referencia o vinculación a servicios de prevención, recomendar repetir prueba solo en caso de que haya habido una exposición reciente

dentro del periodo de ventana (en particular a poblaciones clave) permitir expresar al usuario dudas e inquietudes.

Consejería ante un resultado positivo (CENSIDA, 2006; CENSIDA, 2018a): la información sobre el resultado de la prueba se hará personalmente, de preferencia por la misma persona que realizó la entrevista o entrevistas anteriores, para garantizar continuidad en las actividades informativo-educativas y de apoyo emocional y con tiempo de dedicación suficiente, explicar los resultados de la prueba y del diagnóstico (cuando el resultado sea de una prueba rápida informar de la importancia de pruebas suplementarias y confirmatorias), permitir un momento para que el usuario (a) procese el resultado y apoyarlo en el manejo de las emociones vinculadas a su diagnóstico, dar información clara sobre los beneficios de iniciar tratamiento, en su salud y en la reducción del riesgo de transmisión de VIH, hacer referencia activa a servicios especializados de atención a VIH, sida e ITS, dar información sobre cómo prevenir la transmisión de VIH, hablar sobre los riesgos y beneficios de revelar su diagnóstico, en particular a sus parejas, motivar y ofrecer los servicios de detección a las parejas sexuales de la/el paciente, evaluar el riesgo de suicidio, depresión u otra cuestión de salud mental vinculada al diagnóstico de infección de VIH, hacer referencias adicionales a otros servicios cuando se amerite (prevención, consejería, grupos de apoyo, programas de reducción del daño, etc.) y dar la oportunidad de aclarar dudas y hacer preguntas.

CONASIDA (1998) comenta que, si bien es importante que cada paciente reciba atención individualizada, es igualmente indispensable recibir terapia grupal o taller grupal los cuales permitirán que la persona identifique dificultades similares y comprenda que no está solo, desarrolle sentimientos de solidaridad e identificación con los otros.

Como se ha podido apreciar hasta este punto el VIH/SIDA es un trastorno el cual afecta principalmente el sistema inmune, pero es indispensable mencionar que también afecta en esferas psicológicas y sociales de la vida de un individuo e incluso se ha observado que puede llegar a afectar al sistema nervioso y puede llevar a una amplia gama de trastornos neurológicos graves.

## **1.9 Características Asociadas de Importancia Neuropsiquiátrica, Psicológica y Psicosocial**

El virus del VIH no invade directamente a las células nerviosas, pero pone en peligro su salud y función ya que afecta a las estructuras cerebrales cuando no se tiene el tratamiento adecuado y en tal caso llegan a suceder complicaciones como la inflamación cerebral y esta resultante puede dañar al cerebro y la médula espinal y causar síntomas como confusión y olvidos, cambios en la conducta, dolores intensos de cabeza, debilidad progresiva, pérdida de la sensación en los brazos y las piernas y accidente cerebrovascular, es común el deterioro motor cognitivo o el daño de los nervios periféricos. La investigación ha demostrado que la infección por VIH puede alterar significativamente el tamaño de ciertas estructuras cerebrales implicadas en el aprendizaje y el procesamiento de la información (NINDS, 2016).

Los trastornos neuropsiquiátricos relacionados con el VIH/SIDA, pueden ser causados por el virus o por ciertas infecciones o enfermedades oportunistas, como enfermedades causadas por hongos o bacterias (CENSIDA, 2018<sup>a</sup>; OMS, 2013).

El virus del VIH no afecta las neuronas Sistema Nervioso Central (SNC) pero si lo invade de manera temprana el con el fin de replicarse, penetrando mediante los macrófagos, microglía, astroglia, oligodendrocitos, incluso su presencia se puede identificar dentro de las primeras dos semanas luego de la infección (Quesada, 2015., Casanova y Casanova, 2005 y Villaseñor y Rizo, 2003).

Los trastornos neuropsiquiátricos revisten una extraordinaria importancia pues pudieran estar presentes en pacientes positivos al VIH en la etapa de linfadenopatías generalizada persistente crónica o incluso en el considerado período asintomático (Casanova y Casanova, 2005).

Considerando las posibles afectaciones a nivel cerebral, es importante considerar a aquellas personas quienes poseen trabajos los cuales requieren precisión, concentración, toma de decisiones rápidas, entre otras, ya que las anomalías neurológicas, cognoscitivas o del comportamiento en estas personas, podrían

provocar accidentes. Empero las personas que no poseen empleos con dichas características también podrían sufrir un cambio súbito en su vida cotidiana.

Por otra parte, Casanova y Casanova (2002) explican que existen evidencias experimentales las cuales sugieren que las proteínas víricas como gp120 y Tat pueden causar toxicidad a las neuronas dopaminérgicas, dicha toxicidad es sinérgica con compuestos tales como la metanfetamina y la cocaína, que también actúan sobre el sistema dopaminérgico.

Desde referidas hipótesis se puede postular que la conducta de despreocupación, falta de compromiso por el tratamiento (como no cumplimiento en tiempo y forma o no querer iniciar el TAR) así como la depresión y ansiedad que presenta gran porcentaje de las personas con VIH, podría estar relacionada con el propio virus y la manera en la que ataca en sistema inmune y específicamente el SNC.

Villaseñor y Rizo (2003) expresan que el VIH ha demostrado su efecto nocivo al causar una gran variedad de alteraciones cognoscitivas y motoras, aun en ausencia de infecciones oportunistas o procesos neuroinfecciosos. Las alteraciones psicológicas que causa la infección por VIH han recibido diferentes denominaciones, entre las que se incluyen: trastorno cognoscitivo menor/motor, complejo motor cognoscitivo, demencia asociada al sida, complejo demencia SIDA y Trastorno neurocognitivo mayor o leve debido a infección por VIH.

### ***Demencia Asociada al VIH/SIDA***

La demencia asociada al VIH/SIDA, fue uno de los primeros padecimientos descritos por la comunidad psiquiátrica y si bien en la actualidad no se encuentra en el actual DSM-V es importante mencionarla debido a que en su descripción se pueden vislumbrar enfermedades oportunistas más comunes en la década de 1980 debido a que no se contaba con un tratamiento para el VIH/SIDA.

A diferencia de la enfermedad de Alzheimer, que es una demencia cortical, la demencia asociada al VIH se clasifica como una demencia subcortical, y puede

producir diferentes combinaciones de una triada clínica constituida por un deterioro cognitivo progresivo, una disfunción motora y alteraciones (Iragorri, 2008).

La característica esencial de la demencia debida a la enfermedad por VIH es la presencia de una demencia que se estima como un efecto fisiopatológico directo de la enfermedad producida por el virus de la inmunodeficiencia humana (APA, 1995).

Es indispensable señalar que desde que se introdujeron combinaciones de ARV más eficaces, la incidencia de demencia asociada al VIH y de complicaciones oportunistas de SNC se redujo de manera importante.

Los síntomas principales son de tres tipos: cognoscitivos, conductuales y motores. El inicio de la enfermedad suele ser poco llamativo; aparece dificultad para realizar tareas habituales y déficit de concentración. Las alteraciones del comportamiento comienzan como apatía e indiferencia ante las relaciones familiares y sociales (frecuentemente diagnosticadas como depresión; Iragorri, 2008).

La sintomatología habitual de la demencia asociada al VIH/SIDA incluye enlentecimiento psicomotor, trastornos en la coordinación (alteración de los movimientos coordinados con las manos), alteración de los movimientos oculares, reducción en la velocidad de procesamiento de la información, afectación de la memoria verbal, afectación de la memoria de aprendizaje, afectación de la memoria de trabajo, afectación en las funciones ejecutivas, pérdida de la capacidad de concentración retardación mental global, defecto de memoria para hechos recientes, disminución en la atención y la concentración, hiperreflexia, temblor y disartria.

La American Psychiatric Association (APA; 1995) en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR explica que la demencia debido a enfermedad por VIH posee síntomas como deterioro de la memoria (deterioro de la capacidad para aprender nueva información o recordar información aprendida previamente) y una (o más) de las siguientes alteraciones cognoscitivas:

1. Afasia (alteración del lenguaje).
2. Apraxia (deterioro de la capacidad para llevar a cabo actividades motoras, a pesar de que la función motora está intacta).

3. Agnosia (fallo en el reconocimiento o identificación de objetos, a pesar de que la función sensorial está intacta).
4. Alteración de la ejecución (p. ej., planificación, organización, secuenciación y abstracción).

### **Trastorno Neurocognitivo Mayor o Leve Debido a Infección por VIH**

La terminología psiquiátrica referente al VIH/SIDA ha ido evolucionando a medida que las investigaciones han permitido entender cada vez mejor esta infección/enfermedad, inicialmente se hablaba de encefalitis aguda, desorden cognitivo motor asociado al VIH y demencia asociada al VIH/SIDA (Guevara, Custodio, Lira, Herrera, Castro, Nuñez del Prado y Montesinos, 2014).

Con el paso del tiempo y gracias al mayor entendimiento de la infección y con ayuda al tratamiento antirretroviral muchas de las infecciones oportunistas y falsas creencias relacionadas a dicho padecimiento han ido desapareciendo y se han sustituido por conocimiento más certero tal es el caso de las características asociadas de importancia neuropsiquiátrica, psicológica y psicosocial.

Referente a lo anterior Guevara, Custodio, Lira, Herrera, Castro, Nuñez del Prado y Montesinos (2014) explican que las manifestaciones neurocognitivas que reflejan la encefalopatía por el VIH han sido agrupadas en un solo término: trastorno neurocognitivo asociado a VIH, el cual comprende a su vez tres condiciones, el deterioro neurocognitivo asintomático, trastorno cognitivo leve asociado a VIH y la demencia asociada a VIH.

La American Psychiatric Association (APA; 2013), explica que para que sea considerado Trastorno neurocognitivo mayor o leve debido a infección por VIH es necesario que se cumplan una serie de requisitos entre los que se encuentran:

1. Se cumplen los criterios de un trastorno neurocognitivo mayor o leve.
2. Existe una infección documentada con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH).

3. El trastorno neurocognitivo no se explica mejor por otra afección distinta de un VIH, incluidas enfermedades cerebrales secundarias como una leucoencefalopatía multifocal progresiva o una meningitis criptocócica.
4. El trastorno neurocognitivo no puede atribuirse a ninguna otra afección médica ni puede explicarse mejor por otro trastorno mental.

### ***Otros Síndromes Psiquiátricos***

Si bien la demencia asociada al VIH/SIDA no es la única afección neurológica existente, si es la más mencionada en la comunidad científica, médica y psicológica. Por su parte Bernal (2008), indica y define algunos síndromes neurológicos comunes de la infección por VIH entre los que se encuentran, Síndrome de hipertensión intracraneal, Meningitis por VIH, Síndrome de reconstitución inmunológico inflamatorio (IRIS) y Toxoplasmosis cerebral.

Por otro lado, el Síndrome de hipertensión intracraneal es un cuadro clínico caracterizado por la presencia de cefalea global de carácter progresivo acompañado por alguno de estos síntomas: deterioro del estado de conciencia, náusea, vómito, papiledema, compromiso de pares craneales y síndromes de herniación cerebral.

La Meningitis por VIH es un proceso patológico usualmente monofásico que ocurre durante el primer estadio de la infección por VIH llamado periodo de conversión (síndrome retroviral agudo) o en menor proporción después de la suspensión de medicamentos antirretrovirales.

Continuando en la misma línea el Síndrome de reconstitución inmunológico inflamatorio (IRIS) es una entidad clínica producida por una rápida recuperación del sistema inmunológico a pocas semanas de haber iniciada la terapia antiretroviral altamente efectiva. Este síndrome resulta en un deterioro clínico paradójico explicado por un dramático aumento en el conteo linfocitario T CD4 y disminución de la carga viral del VIH en suero. Aunque el desenlace de este fenómeno puede

ser protector o nocivo, esta entidad puede estar asociada con alta morbilidad y mortalidad si no es detectada a tiempo

Y finalmente, la toxoplasmosis o infección por el protozooario toxoplasma Gondii es la entidad oportunista más común entre los pacientes con inmunosupresión por el VIH que se manifiesta clínicamente como una lesión ocupadora de espacio en el SNC.

Los síndromes neuropsiquiátricos si bien en muchos casos (sobre todo en fases finales de la infección por VIH) son inevitables, en la actualidad se pueden prevenir con ayuda del TAR.

El impacto de la terapia antirretroviral es innegable en los pacientes con enfermedad por VIH, de manera que prolonga la sobrevida y permite disminución de algunas infecciones, como el citomegalovirus, la neumonía por *Pneumocystis jirovecii* las infecciones por el complejo *Mycobacterium avium-intracellulare* (Quesada, 2015).

La terapia ARV no solo previene infecciones y enfermedades oportunistas como las mencionadas, también ayuda en el desarrollo de mecanismos protectores del SNC, contribuyendo a no desarrollar síndromes psiquiátricos (CENSIDA, 2018b).

Como se alude con anterioridad en la actualidad es más sencillo prevenir síndromes psiquiátricos relacionados con el VIH. Uno de los grandes avances el cual permitió prevenir casos de demencia asociada al VIH/SIDA, Meningitis por VIH, Toxoplasmosis, entre otros síndromes fue la implementación de Zidovudina en el TAR.

La Zidovudina, un inhibidor de transcriptasa reversa, fue el primer medicamento antirretroviral que demostró un efecto benéfico, pero temporal, en la afección del sistema nervioso central por VIH (Iragorri, 2008).

Si bien las complicaciones relacionadas al VIH/SIDA son elevadas debido a las características propias del virus y a nivel social, cultural, emocional y personal esta infección continúa siendo un tema para el cual se requiere generar estrategias enfocadas a eliminar prejuicios e informar a la población respecto a los avances científicos hechos en las últimas décadas. El tratamiento antirretroviral por un lado

se ha encargado de esto primero garantizando una mejor calidad de vida para la persona portadora del virus y el acompañamiento psicológico, counselling, terapia grupal, talleres etcétera, se encuentran encaminados a mejorar el terreno de lo personal en sus diferentes esferas.

La epidemia del VIH/SIDA en México ha ido cambiando de forma significativa, lo cual es reflejo de la información que se tiene de la misma desde inicios de la pandemia hasta la fecha, así como de los avances médicos y sociales que se han logrado, según CENSIDA (2016 b) en el año 1983 se tiene un conteo total de 6 casos notificados (casos de infección/enfermedad por VIH/SIDA dados a conocer de manera oficial a organismos gubernamentales) de VIH/SIDA y 67 casos diagnosticados (casos de VIH/SIDA reconocidos, pero no notificados) para el año 2016 se cuenta con un total de 5,803 casos notificados y 4,112 casos diagnosticados, para el primer trimestre del año 2018 (CENSIDA, 2018b) existen un total de 1,036 casos notificados y 876 casos diagnosticados. En nuestro país de manera histórica, social y cultural se han tenido dificultades para que las personas infectadas por VIH/SIDA sean consideradas sujetos de derechos, lo cual incluye atención médica, acceso a tratamiento de manera oportuna y precisa, atención psicológica, así como acceso a información correcta y libre de prejuicio.

## 2. Aspectos Sociales del VIH/SIDA

---

Había oído de...había oído de una cosa, la plaga homosexual, el cáncer homosexual, no sabíamos como se podía contraer o que era fatal (Demme, 1993).

La humanidad a lo largo de los siglos se ha visto afectada por pandemias que han dañado a pueblos y regiones enteras. Algunas de ellas han sido controladas, otras han sobrevivido el paso del tiempo e incluso, han mutado y nuevas han surgido. En la edad media aproximadamente entre 1347 y 1382, fue la peste negra (en México a partir de la llegada de los españoles la Viruela, el primer caso registrado es de 1520, se convirtió en una pandemia devastadora) y en el Siglo XX fue el VIH/SIDA (García, Celis y Carboney, 1992; Ledermann, 2003).

### 2.1 Antecedentes Históricos/Primeros Casos Registrados en el Mundo

En el presente Siglo XXI el VIH/SIDA continúa siendo una problemática de salud Pública a nivel nacional y mundial, sin embargo, esta ha cambiado con el paso del tiempo.

Para poder comprender cómo es que estos cambios han surgido y cómo la atención requerida para personas que viven con VIH/SIDA se ha tenido que modificar más allá del ámbito médico en la atención psicológica es necesario conocer de dónde proviene la pandemia y que cambios respecto a ella han surgido nivel social y cultural.

La epidemia del SIDA comenzó de manera oficial en la década de 1980 en Estados Unidos de Norteamérica tal como mencionan González, Arteaga y Frances (2015):

La era del SIDA empezó oficialmente el 5 de junio de 1981, cuando el Center for Disease Control (CDC) de los Estados Unidos convocó a una conferencia de prensa donde se describieron cinco casos de neumonía por *Pneumocystis carinii* (NPC) en Los Ángeles (p.99).

Así pues, Magis, R., Del Rio Zolezzi, A., Valdespino, G. y García (1995) hacen hincapié en que el primer impacto de la epidemia de SIDA se dio en grandes áreas urbanas y el primer reporte de casos en los EUA procede de la ciudad de Los Ángeles en el año 1981.

Pese a que existen datos concretos respecto a en qué fecha comenzó esta epidemia algunos autores la identifican años antes de que la CDC realizara el anuncio oficial. Por ejemplo, Hymes, Cheung, Greene, Prose, et al. (En, Tobón y Toro, 2008) refieren que, aunque no hay reportes oficiales acerca de la presencia del síndrome de inmunodeficiencia adquirida en el siglo XIX, mucho se especula en la literatura médica de aquella época sobre la aparición de la enfermedad, con descripciones explícitas que relataban el deterioro progresivo y fatal de personas que morían sin diagnóstico

En este sentido existen conjeturas que indican indicios del VIH en la sangre de un hombre que murió en el Congo en 1959 (Usdin 2004).

Grmek (1992) relata que desde finales de 1979 el doctor Joel Weisman, médico de los Ángeles había observado entre sus pacientes homosexuales el incremento de casos de síndrome mononucleico, con lapsos febriles, adelgazamiento y tumefacciones linfáticas, casos los cuales se presume que eran de SIDA.

Además, el Sector Salud y Comité Nacional de Prevención del Sida, (1987 b) expresa que:

Al parecer la transmisión del VIH se inició desde los años cincuenta en una pequeña región de África Central, según el resultado del análisis retrospectivo de sueros, durante varios años la transmisión estuvo muy limitada y hasta principios de los setentas empezó a diseminarse la infección en esta región de África Central de África pasó a Haití, Estados Unidos y Europa a finales de los setentas” (p.55).

En esta misma línea también señala que los primeros casos notificados de SIDA fueron en junio de 1981, sin embargo, se sabe que los primeros casos ocurrieron desde 1978.

Miranda y Nápoles (2009) Indican que a finales de 1970 en lugares como Portugal, Haití, Francia y Estados Unidos empezaron a detectarse casos esporádicos de una rara enfermedad, todos ellos con un denominador común, infección por *Cándida albicans* en la boca y el esófago, acompañada de sarcoma de Kaposi, neumonía por *Pneumocystis carinii* y en algunos casos, daños neurológicos y una supresión inexplicable del sistema inmunitario.

Las primeras personas que presentaban neumonía por *Pneumocystis carinii* eran hombres homosexuales, los cuales no tenían ninguna relación entre sí y padecían también otras enfermedades crónicas que más tarde se identificaron como enfermedades oportunistas (González, 2014; González, Arteaga y Frances 2015; Miranda y Nápoles, 2009).

Al ser hombres homosexuales las primeras personas identificadas con este cuadro de inmunodeficiencia se le otorgaron nombres como Peste Rosa, Peste Gay, Síndrome Gay, Cáncer Gay, debido a que se pensaba que eran las únicas personas propensas a desarrollar este cuadro infeccioso. Al respecto González, Arteaga y Frances (2015) refieren lo siguiente:

En un principio se identificó a la población homosexual como víctima de la deficiencia inmune, la prensa bautizó a la enfermedad como la peste rosa, aunque pronto se hizo notar que también la padecían los inmigrantes haitianos, usuarios de drogas intravenosas, receptores de transfusiones sanguíneas y mujeres heterosexuales (p.100).

Al respecto Miranda y Nápoles (2009) mencionan que:

A pesar de que ya se habían identificado casos entre mujeres, niños y la población heterosexual, llevó a pensar que el estilo de vida homosexual se relacionaba directamente con la enfermedad, es por eso que la primera denominación que se le da a esta es Cáncer Gay o síndrome Gay, también se le llamó Peste Rosa y Peste Gay (p.65).

Una vez que estos términos se hubieron popularizado la epidemia ya se encontraba bastante avanzada, sin embargo aún no se sabía que la ocasionaba o cuales eran concretamente los factores de contagio existentes para contraer este tipo de cáncer,

razón por la cual David Auerbach, William Darrow y otros investigadores de la CDC se dedicaron a buscar que es lo que tenían en común estos pacientes y fue así como notaron que nueve de los trece enfermos homosexuales formaban una especie de red sexual (Grmek, 1992).

Es mediante esta metodología como se llega al denominado paciente cero o paciente O cuyo nombre era Gaetan Dogas, quien debido a los estudios de distribución de la enfermedad se encontraba colocado en el centro de los casos detectados en Estados Unidos en una red de por lo menos 40 hombres (Grmek, 1992; Sida: la verdad detrás del llamado “paciente cero”, 2017, 01 de Diciembre).

Posterior a los anteriores eventos se logró descubrir que el virus era causado por un retrovirus de la familia Retroviridae, el cual ocasiona entre otras cosas que el sistema inmune falle, permitiendo que el portador sea blanco fácil de infecciones oportunistas.

Ortega Gonzáles comenta que el 24 de Septiembre de 1982, durante un encuentro de la Food and Drug Administration (FDA) sobre productos de sangre, Bruce Voeller, ex director de la National Gay Task Force, propuso llamar a la nueva enfermedad: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA; Miranda y Nápoles 2009).

En 1982 se evidenció que los linfocitos T CD4 eran el principal blanco para esta enfermedad y se concluyó que un nuevo retrovirus estaba involucrado (González, Arteaga, Frances, 2015).

Por un lado, el 20 de mayo de 1983 la revista Science publica el descubrimiento del profesor Montagnier, quien informó que había aislado el virus del SIDA y lo denominó LAV (virus asociado a linfadenopatías; Miranda y Nápoles 2009).

Por otro lado, en 1984, tras un intenso esfuerzo del equipo de Robert C. Gallo, lograron la purificación, aislamiento y cultivo, así como el desarrollo de una prueba diagnóstica para el virus, al cual denominaron virus linfotrópico T humano tipo III, mencionados resultados fueron publicados en la revista Science en mayo de ese mismo año (González, 2014; Miranda y Nápoles 2009).

A partir de este momento surge una disputa entre Estados Unidos de Norteamérica y Francia para saber quién había hecho el descubrimiento inicial, (Miranda y Nápoles, 2009) el presidente norteamericano Ronald Reagan y el primer ministro francés Jacques Chirac definieron una doble paternidad a Gallo-Montagnier, sin embargo González (2014) explica que pese a haber reconocido el doble descubrimiento quedó claro que Gallo había descrito el virus sólo después de haber recibido muestras de los franceses.

Es así como según Miranda y Nápoles (2009) en el año de 1986 el Subcomité de Retrovirus del Comité Internacional de Taxonomía Viral, presidido por Harold Varmus, publicó en Science una carta donde se propuso el nombre de Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), el cual fue ampliamente aceptado por la comunidad internacional.

Es de esta manera como para finales de 1986 se tiene toda una construcción respecto a que es y que no es el SIDA, por un lado se tenía bien en claro que era un virus que afectaba diversos grupos de personas (hombres, mujeres, niños, personas de diferentes naciones etc.) en especial a los hombres homosexuales, se sabía que era causado por un retrovirus, la enfermedad ya tenía nombre y ya se sabía que agente la causaba, empero aún se desconocía que tratamiento era pertinente seguir para frenar el avance de la infección y así evitar que las personas no fallecieran de enfermedades oportunistas.

Posterior a esto a mediados de 1996 apareció un nuevo tipo de antirretroviral, los denominados Inhibidores de la Proteasa, enzima responsable de la replicación del virus dentro del linfocito (Ballester, 2002).

Así pues, en este mismo año tras varios años de investigación se da a conocer en la Conferencia Internacional de SIDA la HAART (Highly Active Antirretroviral Therapy o terapia antirretroviral altamente activa), la cual combina tres drogas, es extremadamente efectiva en reducir la cantidad de actividad viral en la sangre y causa una significativa mejoría de la inmunidad en los pacientes tratados, como resultado el número de muertes debido a enfermedades relacionadas con el SIDA se redujo de manera considerable (Bravo y Ortiz, 2016; Miranda y Nápoles, 2009).

En definitiva, cuando se implementó la terapia antirretroviral altamente activa la calidad de vida de las personas que vivían con VIH/SIDA prometía ser mejor y en muchos casos así lo fue.

## **2.2 Primeros Casos en México**

Aunque los primeros datos de la epidemia se registraron hacia 1981 en Estados Unidos, no fue hasta septiembre de 1983 cuando México reportó los primeros casos coincidentes con los diagnosticados como SIDA en Estados Unidos y París (Cuevas, 2013; Rangel, 2015).

Respecto a lo anterior el primer caso de SIDA en México se diagnosticó en el Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán (INNSZ) en el año de 1983 (Ponce de León, Macías, M., Cruz, M., Calva, Tinoco, Ruíz, Ojeda, Bobadilla, Rolón, Villalobos, Castillo y Ruíz Palacios, 1988).

Ahora bien, en algunos de los datos muestran que existen algunas hipótesis o datos que indican que la epidemia pudo surgir años antes de los estipulado (Bermúdez y Teva, 2004). Mencionada hipótesis surge a partir de que se observó que el mayor impacto de la epidemia de SIDA se dio en grandes áreas urbanas y por tanto las primeras notificaciones tomadas en cuenta se reportaron en el año de 1983 (Magis et al., 1995).

Algunos autores como Magis, Loo y del Río (1996) describen que los primeros casos de SIDA en México aparecieron en 1981, aun cuando la vigilancia epidemiológica se inició en 1983, por lo anterior, se puede afirmar que el VIH fue introducido al país a mediados de los años setenta.

Descripciones como la anterior se basan en la propia historia natural de la enfermedad, mediante la cual se sabe que el período de incubación es de mínimo 5 años, por lo que los primeros casos reflejan la transmisión que ocurrió un lustro antes (Sector Salud y Comité Nacional de Prevención del Sida, 1987a).

El Registro Nacional de Casos de SIDA (CENSIDA, Dirección general de epidemiología, 2018b) muestra un total de 6 casos registrados para el año 1983, sin embargo, en el Boletín Mensual, SIDA Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (Sector Salud y Comité Nacional de Prevención del Sida, 1987a) se expresa que durante el primer trimestre del año 1980 existía un caso reportado de dicho padecimiento.

En este sentido en México a partir del año 1988 se comenzó a llevar a cabo por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) el registro oficial de muertes por SIDA, es decir que previo a este año las defunciones provocadas por enfermedades oportunistas relacionadas con el SIDA no se registraban (Cahuana, Chilian, Bautista, Contreras., et al. 2015).

Ahora bien, la llegada del VIH/SIDA a nuestro país posee relación con los datos de las primeras personas con mencionada infección. Al respecto Rangel (2015) expresa que se trataba de catorce sujetos, de los cuales cuatro referían prácticas homosexuales y cinco confirmaban el antecedente de movilidad migratoria hacia otros países.

En esta misma línea Inicialmente (en el año 1983) la mayoría de los pacientes atendidos en el Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán (INNSZ) habían tenido contacto con extranjeros, especialmente con individuos de EUA (Ponce de León, Macías, M., Cruz, M., Calva, Tinoco, Ruíz, Ojeda, Bobadilla, Rolón, Villalobos, Castillo y Ruíz Palacios, 1988).

En el año de 1986, tres años después del primer caso de SIDA reportado en la Ciudad de México, se notificaron cinco casos rurales procedentes de Guerrero, Jalisco. Nuevo León, Sinaloa y Veracruz; tres de éstos tenían como antecedente visitas a los EUA (Magis et al., 1995).

De esta forma se puede observar que durante los primeros años de transmisión los casos tenían como antecedentes viajes al exterior y/o contactos con extranjeros, en la actualidad la mayoría de los casos no tienen este antecedente, por lo que se considera que la transmisión ocurrió en México mediante el contacto con personas

precedentes de otros países (Sector Salud y Comité Nacional de Prevención del Sida, 1987 a).

Posterior a lo anterior en 1987 se dio a conocer la prevalencia de VIH/SIDA en donadores sanguíneos remunerados en México, este hecho originó modificaciones en la Ley de Salud en lo que se refiere a la obligación del estudio de la sangre donada para transfusión, investigando la presencia de anticuerpos contra el VIH, así como la prohibición del comercio de la sangre o sus derivados (Álvarez Suárez, Marín López, Lobato y Galindo Rodríguez, 1989).

Otra de las medidas de prevención llevada a cabo en México fue la distribución de un boletín mensual sobre SIDA el cual hizo que la información respecto al tema se distribuyera de mejor forma. El primer ejemplar fue editado por la Dirección General de Epidemiología en marzo de 1987 tal como lo mencionan Valdespino, García y Palacios (2008):

Se distribuyó durante ocho años para informar sobre la situación de esta nueva enfermedad. El último ejemplar se editó en noviembre de 1994 con el nombre de Boletín Mensual de SIDA/ETS por el Instituto Nacional de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos (p.28).

A partir de mayo de 1987, se publicaron en el Diario Oficial de la Federación y en el Boletín Mensual de SIDA/ETS los decretos por medio de los cuales se señala la obligación de detectar anticuerpos contra el VIH en todos los donadores sanguíneos, así como la prohibición del comercio con la sangre (Álvarez Suárez, Marín López, Lobato y Galindo Rodríguez, 1989).

Mediante la implementación de estas modificaciones a la ley se pudo llegar a reducir los contagios de VIH por esta vía, de tal manera que en la actualidad no existen registros de contagios por vía sanguínea. Empero, pese a estos esfuerzos por reducir el contagio durante esos primeros años de la epidemia la gente continuaba muriendo debido a enfermedades oportunistas.

Respecto a este último punto Gayet, Partida Bush y Dávila Cervantes (2014) manifiestan que en un inicio no existían medicamentos específicos para el SIDA y solo se atendían las enfermedades asociadas, es así que en el año 1987 se aprobó

en Estados Unidos el primer tratamiento médico con una droga para frenar la multiplicación viral, la cual puso a disposición de algunos pacientes en México casi de inmediato, sin embargo, al principio sólo los pacientes con seguridad social tenían acceso gratuito a los tratamientos.

Hasta 1995 la mayor parte de los tratamientos fueron monoterapias o tratamientos de una sola droga y pronto se descubrió que el virus se hacía resistente a ésta, por lo que a partir de 1996 se prescribieron en los países desarrollados tratamientos que combinan medicamentos antirretrovirales, denominados tratamientos antirretrovirales de gran actividad (Gayet, Partida Bush y Dávila Cervantes, 2014).

Es entonces cuando a partir del escalamiento del TAR se comenzó a observar una disminución en la mortalidad asociada con el SIDA (Silverman, Bautista, Serván y Lozano, 2015).

Posterior a la llegada del TAR a México, fue necesaria la creación de un sistema que permitiera automatizar y desarrollar con mayor eficiencia los procesos de suministro y distribución de los medicamentos antirretrovirales en las unidades de atención especializadas en VIH/SIDA e ITS así como permitir el seguimiento puntual de cada una de las personas con VIH en el TAR desde su diagnóstico y tratamiento hasta el monitoreo en tiempo real de su estado inmunológico y la respuesta a la terapia antirretroviral, es de esta forma como en el año 2006, surge el Sistema de Administración, Logística y Vigilancia de ARV (Gayet, Partida Bush y Dávila Cervantes, 2014; Magis, Villafuerte, Cruz y Uribe, 2015).

A partir de 2001, el Gobierno se comprometió a ofrecer tratamientos gratuitos a todas las personas que los necesitaran y en 2002 inició el programa Seguro Popular para quienes no estaban adscritos a algún sistema de seguridad social, posteriormente, a finales del año 2003 se logró ofrecer el acceso universal de medicamentos para el tratamiento de VIH/SIDA (Gayet, Partida Bush y Dávila Cervantes, 2014).

Magis, Villafuerte, Cruz y Uribe (2015) explican que con la llegada de tratamiento antirretroviral a México la calidad de vida de las personas portadoras de VIH/SIDA mejoró considerablemente sin embargo otros problemas salieron a flote:

Con la universalización de la terapia antirretroviral (TAR) en México en 2003, la supervivencia y la calidad de vida de las personas con VIH ha mejorado sustancialmente; sin embargo, el diagnóstico tardío de VIH y, en consecuencia, el inicio postergado de la TAR, aumentan la probabilidad de desarrollar Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (p.128).

### **2.3 Factores de vulnerabilidad que Facilitan la Infección o Adquisición de VIH/SIDA**

Desde los comienzos de la epidemia el VIH estuvo vinculado a los movimientos poblacionales los cuales incluían homosexuales, trabajadores y trabajadoras sexuales, hemofílicos, usuarios de drogas inyectables entre otros, poblaciones las cuales poseen aspectos sociales y culturales que las hacen vulnerables en esta epidemia (Bronfman y Leyva, 2008; Herrera y Campero, 2002).

De esta manera el SIDA se convirtió en un elemento adicional para reforzar las actitudes xenofóbicas, racistas y discriminatorias que ya existían contra estos grupos de población antes de la epidemia (Bronfman y Leyva, 2008), Al mismo tiempo, los viejos patrones de desigualdad racial, étnica y sexual aumentan la vulnerabilidad al VIH (Gala, Berdasquera, Pérez, Pinto, Suarez, Joanes, Sánchez, Aragonés y Díaz, 2007).

Como se puede observar durante los inicios de la pandemia por VIH/SIDA esta estuvo relacionada con las poblaciones e individuos.

Es desde esta construcción que la diseminación parecía depender de la actividad de las poblaciones o de los portadores para transmitir el agente infeccioso al resto de la población. Es así que el grueso de las investigaciones sobre el SIDA, a inicios de los años 80, se dedicó al entendimiento de su ocurrencia y presentación en las poblaciones y sus entornos (Gala, Berdasquera, Pérez, Pinto, Suarez, Joanes, Sánchez, Aragonés y Díaz, 2007).

El primer modelo de análisis al respecto permeó la manera de formular las estrategias de prevención, que se basaron en la identificación de los llamados

grupos de riesgo, los cuales se definieron como el Club 4-H, es decir, homosexuales, heroinómanos, hemofílicos y haitianos (Bronfman y Leyva, 2008).

De modo que la distribución como la concentración de VIH/SIDA se explicaban a través de los denominados grupos de riesgo, responsabilizando a conjuntos de personas que compartían características étnicas, raciales o de comportamiento, como portadores del padecimiento y en consecuencia se convirtieron en transmisoras de la infección (Bronfman y Leyva, 2008).

Estos discursos encontraron respaldo en el ámbito científico, cuando el CDC, publicó que el patrón de transmisión ocurría solo en relaciones de tipo homosexual (Ponce de León, Macías, M., Cruz, M., Calva, Tinoco, Ruíz, Ojeda, Bobadilla, Rolón, Villalobos, Castillo y Ruíz Palacios, 1988).

Entonces durante los primeros cinco años de la epidemia los grupos de riesgo más señalados se convirtieron en la principal fuente de información para realizar investigaciones respecto a que es y cómo se comporta el VIH, lo anterior se tradujo a recomendación de la abstinencia y el aislamiento como formas de prevención (Ponce de León, Macías, M., Cruz, M., Calva, Tinoco, Ruíz, Ojeda, Bobadilla, Rolón, Villalobos, Castillo y Ruíz Palacios, 1988; Herrera y Campero, 2002; Soberón, 1988).

De acuerdo con lo anterior Herrera, Kendall y Campero (2014) y Magis, Villafuerte, Cruz, y Uribe (2015) expresan que mencionada categoría creó una falta de percepción del riesgo entre las personas que no se consideraban miembros de estos grupos, a la vez que tenían comportamientos que, en términos generales, podían resultar en la transmisión del VIH, tales como relaciones sexuales sin protección.

Esta ubicación del riesgo y la culpa en algunos grupos tiene como consecuencia la falta de consideración del riesgo por parte de la mayoría de las personas y el cambio de comportamientos se presenta como algo difícil.

La percepción de riesgo de quien no se sienta parte del grupo será nula o casi nula y ello aumentará la probabilidad de infección, los afectados se alejarán cada vez más de las medidas de prevención que se adopten y se volverán cada vez más

renuentes a acudir a los lugares donde se les pudiera brindar ayuda, por miedo a ser discriminados (Gayet, 2015).

Es entonces cuando se observa que el estudio del VIH se debe fundamentar en pruebas con rigor metodológico, las cuales señalan que no son los grupos sino las prácticas consideradas de riesgo aquellas que se deberían de priorizar para su prevención, atención y seguimiento (CONAPRED, 2008).

Con el objetivo de sustentar lo anterior se explicaba que no era necesario señalar a poblaciones específicas, ya que los nuevos casos continuaban aumentando y las políticas públicas y programas diseñados con el fin de evitar nuevos contagios no daban ningún resultado concreto.

La movilización social de grupos organizados, en un marco de lucha contra el estigma y la discriminación social asociada al SIDA, llevó a desarrollar y adoptar el concepto de comportamiento de riesgo (Bronfman y Leyva, 2008; Herrera y Campero, 2002).

Así pues, se hablaba de comportamientos o prácticas de riesgo las cuales son facilitadores para adquirir VIH/SIDA, tales como, relaciones sexuales no protegidas, transfusiones de sangre, y uso compartido de jeringas para inyectarse drogas entre otras (Álvarez., Marín, Lobato y Galindo, 1989; González, Arteagay Frances 2015).

Uno de los propósitos centrales de estas categorías era el de quitar el estigma a esos grupos, promoviendo la participación de todos, sin embargo, tendió a culpabilizar a los individuos por los fracasos en la prevención (Herrera y Campero, 2002).

Respecto a esto Herrera y Campero (2002) argumenta este nuevo modelo de comportamientos estaba basado sólo en ofrecer información olvidando que dichos comportamientos están fuertemente determinados por desigualdades sociales como las de género, etnia, edad, preferencia sexual o clase social.

Categorizaciones como comportamiento de riesgo se asocian con prácticas específicas, de modo que los comportamientos individuales son los que explican la diseminación del VIH y al mismo tiempo limitan los alcances de prevención.

Es de esta forma como no se toman en cuenta las condiciones concretas en las que ocurren dichos comportamientos o prácticas de riesgo, es decir las circunstancias en las que se generan y reproducen estas conductas, es así como lo señalan Bronfman y Leyva, (2008):

Las características del individuo y del grupo dejan de ser cuestionadas pero se profundiza una orientación y responsabilidad individual para modificar el comportamiento sexual, como la medida central para prevenir la transmisión del virus, se colocan en un plano secundario las relaciones e interacciones sociales que determinan el comportamiento sexual y la capacidad para manejar las situaciones de riesgo (p.243).

En resumen, hasta este punto Herrera, Kendall y Campero (2014) explican que desde que apareció el VIH se ha registrado una evolución conceptual en la forma de caracterizar la epidemia: de la idea de grupos de riesgo se pasó a prácticas de riesgo, luego a situaciones y contextos de riesgo.

Posterior a esto se observó que, aunque los individuos cuenten con información concreta sobre los procedimientos y los medios disponibles para prevenir la infección es importante que los mismos cuenten con herramientas necesarias las cuales estén acorde con las condiciones en que ocurren o se generan las situaciones de riesgo de transmisión del VIH. Es mediante estas observaciones como surge el concepto de vulnerabilidad o vulnerabilidad social.

Dicho de otra manera, tal como señalan Magis, Bravo, Gayet, Rivera y De Luca (2008) los recientes desarrollos conceptuales han requerido incluir 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.

Es de esta forma como la vulnerabilidad social es producto de relaciones sociales desiguales, de forma que no se puede predefinir o establecer de manera natural o per se grupos vulnerables (Bronfman y Leyva, 2008).

Así mismo Ayres, França, Calazans y Soletti narran que la noción de vulnerabilidad, que proviene del área de los derechos humanos, originalmente designaba a grupos

o individuos fragilizados jurídica o políticamente en la promoción, protección o garantía de sus derechos de ciudadanía (Herrera y Campero, 2002).

El concepto de vulnerabilidad social se ha empleado para hacer referencia a una relativa desprotección en la que se puede encontrar un grupo de personas (migrantes, pobres, jóvenes, mujeres, indígenas, entre otros) frente a potenciales daños a la salud o amenazas a la satisfacción de sus necesidades básicas y al respeto de sus derechos humanos (Bronfman y Leyva, 2008).

Busso (2001) explica que la vulnerabilidad social tiene como característica que surge de la interacción entre una constelación de factores internos y externos que convergen en un individuo, hogar o comunidad en un tiempo y espacio determinados.

Por tanto, se plantea que la vulnerabilidad social ante el VIH/SIDA hace referencia a factores de riesgo para la infección en que las acciones individuales o colectivas para su prevención son limitadas o se es imposible ponerlas en práctica aun contando con la información necesaria para hacerlo. En esta misma línea Herrera y Campero (2002) manifiestan que:

La distinción es importante, ya que mientras el riesgo apunta hacia una probabilidad y evoca una conducta individual, la vulnerabilidad es un indicador de inequidad y desigualdad social y exige respuestas en el ámbito de la estructura social y política (p.556).

Si bien no todas las personas poseen las mismas inequidades y desigualdades y cada caso es particular y no se parece a ningún otro, autores como Scher (2016) expresan que existen algunos grupos que tienen una cantidad mayor de vulnerabilidades, las cuales los hacen susceptibles contraer VIH/SIDA:

El riesgo y vulnerabilidad frente al VIH/SIDA para los hombres homosexuales y HSH es más fuertemente influido por barreras sociales que impiden sus conocimientos, sus recursos, y afectan sus conductas, los estigmas y la discriminación que enfrentan forman una barrera de expresión de la sexualidad, y puede llevar al aislamiento social (p.29).

De esta forma, existe una relación crítica entre la discriminación y la vulnerabilidad al VIH, pues el trato desigual conlleva la negación de servicios, apoyo social, oportunidades, derechos, libertades y medidas de protección de salud para la prevención o atención médica, limitaciones económicas para la adquisición de condones y lubricantes, apoyo social, oportunidades, derechos, libertades y medidas de protección (García, Andrade, Maldonado y Morales 2012).

En conjunto tal como lo expone Rendón (2013) la vulnerabilidad implica una desprotección en la que se encuentra un grupo de personas frente a daños potenciales a la salud, debido a menores recursos económicos, sociales y legales es a consecuencia de esta desprotección que las acciones de carácter individual encuentran importantes limitaciones, sea por carecer de acceso a los recursos de prevención o, más grave aún, por la imposibilidad de ponerlos en práctica.

El riesgo y el impacto del SIDA y la vulnerabilidad coexisten en un círculo vicioso, por ello, abordar la vulnerabilidad en su esencia estructural implica el conocimiento de su construcción social, ambiental y político-cultural (Gala, Berdasquera, Pérez, Pinto, Suarez, Joanes, Sánchez, Aragonés y Díaz, 2007).

Tal como se ha expresado hasta este punto Grimberg (2003) explica que:

El VIH/SIDA es una construcción social e histórica compleja, de múltiples dimensiones (biológica, económico-política, cultural, etc.), que configura y se configura en un campo de disputa de variables correlaciones de fuerza entre diversos actores con diferentes, y frecuentemente opuestos, intereses, políticas, modelos de prácticas, etc. (p.81).

Para finalizar es importante mencionar que mientras la discriminación y la violación de los derechos humanos continúen, la idea de que las personas que viven con VIH/SIDA forman parte de un grupo especial no dejará de existir (Gayet, 2015).

### **2.3.1 Ejemplo de Vulnerabilidad Social que Facilitan la Adquisición de VIH/SIDA: La vulnerabilidad de las Mujeres Ante el VIH**

Este apartado tiene como objetivo ilustrar la forma en que la vulnerabilidad social opera, utilizando como aliados a la desigualdad social, recursos económicos, sociales, legales, sistemas de género, cultura, etcétera y que hacen de la experiencia de adquirir y/o transmitir VIH/SIDA una situación compleja en la que intervienen diversos factores al mismo tiempo.

Como se ha referenciado en apartados anteriores en los años posteriores de inicio de la pandemia por VIH/SIDA esta comenzó a afectar de manera igualitaria a hombres, mujeres, niños, personas de la tercera edad y en general a diversos sectores de la población sin importar su orientación sexual, identidad de género, identidad con el sexo, condición o estrato socioeconómico entre otros.

Al respecto García, Andrade, Maldonado y Morales (2012) comentan que en México los periódicos no tardaron en dar a conocer los primeros casos de mujeres con VIH, al mismo tiempo que registraban actos discriminatorios contra ellas.

Para ilustrar lo anterior Allen y Torres (2008) explican que, aunque México tiene una epidemia concentrada en hombres que tienen sexo con hombres, que el peso de la transmisión heterosexual ha crecido recientemente y la razón hombre/mujer ha evolucionado de 23 hombres por cada mujer, a su nivel actual de casi cinco hombres por cada mujer y en algunas entidades federativas se observa una relación de tres hombres por cada mujer.

Herrera y Campero (2002) comentan al respecto que existen vulnerabilidades diferenciadas para hombres y mujeres, muchas de las cuales son consecuencia del proceso por el cual la sociedad dicta diferentes pautas de comportamiento a cada uno de los géneros.

En relación con la vulnerabilidad social en mujeres esta posee múltiples rostros: biológico, epidemiológico, social y cultural, factores los cuales se traslapan, refuerzan y se suscitan por diversas expresiones de culturas sexuales (Herrera y Campero, 2002; Kendall y Pérez V, 2004).

Referente a la vulnerabilidad biológica diversos datos señalan que las mujeres son físicamente más vulnerables que los hombres a contraer la infección tal como señalan Gala, Berdasquera, Pérez, Pinto, Suarez, Joanes, Sánchez, Aragonés y Díaz, (2007):

Los datos de diversos estudios señalan que la transmisión de varón a mujer durante el acto sexual es 2 veces más probable que la transmisión de mujer a varón [...] las mujeres jóvenes son desde el punto de vista biológico más susceptibles a la infección que las mujeres adultas antes de la menopausia (p.94).

Se ha comprobado que en las relaciones sexuales heterosexuales la mujer es de 2 a 4 veces más vulnerable a la infección por el VIH que el hombre esto debido a que las mujeres tienen una superficie mucosa genital más amplia esto aunado a que la carga viral es mayor en el semen que en los fluidos vaginales, y porque las infecciones de transmisión sexual son más frecuentemente asintomáticas y no tratadas en la mujer que en el hombre. Cuando se crean heridas muy pequeñas se cree que estas lesiones facilitan la entrada del VIH al organismo de la mujer y hay una mayor cantidad de VIH en el espermatozoides que en el flujo vaginal (Allen y Torres ,2008; Herrera y Campero, 2002)

En el caso de las mujeres jóvenes la mucosa vaginal es más frágil, y como consecuencia hay mayor probabilidad de un trauma resultante que permita la entrada del virus. Además, la transmisión es más probable durante sexo anal, o sexo violento o forzado (Kendall y Pérez, 2004),

Es de estas formas como las mujeres son biológicamente más propensas a adquirir VIH/SIDA quienes en su mayoría se infectan por relaciones sexuales con hombres cisgénero. Es importante señalar que la mayoría de las prácticas sexuales entre hombres y mujeres tienen influencias culturales debido a las construcciones sociales de los géneros.

En cuanto a la vulnerabilidad social, las mujeres en la mayoría de los países en especial aquellos de bajo o mediano ingreso siguen teniendo menor acceso a la educación, al ingreso y al poder político (Kendall y Pérez, 2004), lo que las vuelve

más dependientes de los hombres y con escasas posibilidades de acceder a información y a servicios adecuados de salud (Herrera y Campero, 2002).

A nivel sociocultural, las mujeres también son vulnerables a la infección por VIH, ya que el género y la sexualidad están culturalmente determinados y están estrechamente vinculados entre sí y a su vez vinculados con el propio VIH. En diversas culturas como la mexicana el rol femenino es el más vulnerable en muchos sentidos y en cuanto al VIH no es la excepción.

Por ejemplo para muchas mujeres del mundo la construcción social del género, que incluye la dependencia económica (y de otros tipos) de las mujeres hacia la pareja masculina y esto crea una situación donde ellas no pueden controlar cuándo y cómo tendrán relaciones sexuales (Allen y Torres ,2008).

Las mujeres no pueden decidir cómo serán tales relaciones; por ejemplo, si ocurrirán con condón, de manera brusca o no, acompañadas del disfrute o placer y por lo tanto acompañadas de lubricación natural; todas ellas situaciones relacionadas con el riesgo de transmisión del VIH (Allen y Torres ,2008).

La epidemia también tiene un impacto desproporcionado en las mujeres, sus papeles definidos socialmente como cuidadoras, esposas, madres y abuelas implican que deben asumir la mayor parte de la carga asistencial del SIDA, las mujeres incluso igualmente enfermas, continúan siendo las cuidadoras de su pareja sexual y sobre todo en contextos migratorios, se observa un abandono por parte del compañero y ausencia del hogar por largos períodos de tiempo, particularmente al inicio del diagnóstico, pero regresan una vez que la enfermedad se agudiza, mientras que las mujeres continúan en la familia y cuidando de los hijos a pesar de su enfermedad (Flores, 2015; Gala, Berdasquera, Pérez, Pinto, Suarez, Joanes, Sánchez, Aragonés y Díaz, 2007).

Así mismo, aunque las mujeres en general (sin importar su identidad con el sexo e identidad del género) son más propensas a contraer VIH, existen casos y situaciones específicas en donde la o las vulnerabilidades sociales son diversas y específicas, tal como explican Herrera y Campero (2002, página 557):

Si bien existe una vulnerabilidad específica para las mujeres, aquellas que están particularmente en riesgo son las trabajadoras de la salud, las compañeras sexuales de personas que tienen prácticas de riesgo, las parejas sexuales de personas que viven con el VIH, las mujeres expuestas a situaciones especiales de riesgo como abuso sexual, violencia, transfusiones sanguíneas sin precaución, y las mujeres indígenas/rurales, migrantes o parejas de migrantes, las mujeres privadas de la libertad o parejas de personas privadas de la libertad, entre otras. Una gran proporción de mujeres pertenece a uno o más de estos grupos, y tiene así vulnerabilidades acumuladas (p.557).

En conclusión, las mujeres de manera biológica poseen vulnerabilidades, muchas las cuales están fuertemente potencializadas por factores culturales, a la par, los componentes sociales, políticos, las relaciones de pareja, el nivel educativo, el papel que la mujer ocupa en la sociedad y en un sinfín de factores hacen de las mujeres un grupo vulnerable ante el VIH. Es importante mencionar que cada mujer tiene un caso particular y específico y sus vulnerabilidades ante el VIH pueden no parecerse a las vulnerabilidades de otra mujer.

## **2.4 Interseccionalidad**

A las diversas opresiones, vulnerabilidades y la dinámica entre identidades coexistentes (por ejemplo, ser mujer, privada de la libertad, vivir con VIH/SIDA, ser madre, ser blanca) que tiene una persona se le llama interseccionalidad (Heuchan, 2019).

Interseccionalidad, se refiere a la interacción entre el género, la raza y otras categorías de diferenciación en la vida de las personas en las prácticas sociales, en las instituciones e ideologías culturales (Crenshaw, 1989), este término es acuñado por la jurista Kimberley Crenshaw y surge como una herramienta jurídica que busca describir las diversas opresiones o resistencias que ostenta una persona.

En este sentido Crenshaw en una conferencia para TED (2016) expresa que la interseccionalidad es una analogía de intersección de caminos en donde dos o más

características (de opresión/vulnerabilidad o privilegio) de una persona se superponen y esta experimenta los impactos simultáneos de estas características.

Ahora bien, cada persona puede identificarse con uno o más grupos sociales por presentar características comunes, (Artigas, 2018) y en el sentido que compete a esta investigación documental, cada PPL que vive con VIH/SIDA tendrá y describirá sus propias intersecciones, si es hombre o mujer, si es una persona rica o pobre, si es cissexual/cisgénero o transexual/transgénero entre otras.

Analizar los casos de las poblaciones que viven con VIH/SIDA con una lente interseccional y de vulnerabilidad permitirá entender su realidad y esto a su vez facilitará el generar alternativas de atención viables, aplicables y realistas.

## **2.5 Creencias**

Tal como se manifestó en incisos anteriores la vulnerabilidad implica una desprotección en la que se encuentra un grupo de personas frente a daños potenciales a la salud debido a menores recursos económicos, sociales y legales (Rendón, 2013). Referidas desigualdades poseen diversos componentes los cuales tienen en común las creencias que giran en torno a ellas.

El término creencias ha sido utilizado a lo largo del tiempo, tienen una gran importancia en el desarrollo de las personas y gran parte de la historia gira en torno a ellas (Silva y Herrera, 2014), por tanto, se podría expresar que las creencias cambian dependiendo de la cultura, sociedad, persona y época histórica. Los seres humanos somos capaces de tener creencias de otras personas y del mundo (Beck, 2000), y el VIH/SIDA y todo lo que tenga que ver con ello (como la vulnerabilidad) no es la excepción.

## **Definición**

Las creencias son un tipo de conocimiento subjetivo que orienta el comportamiento de los individuos, tienen un fuerte componente cognitivo que predomina sobre el afectivo y están ligadas a situaciones, pueden evolucionar gracias a la confrontación con experiencias que las puede desestabilizar, estas se van construyendo y transformando a lo largo de toda la vida, son implícitas y están basadas en la experiencia emocional y a las que las personas se adhieren fuertemente, hasta el punto de que las mantienen incluso ante evidencias en contra (Callejo y Villa, 2003; Morales, Moya, Gaviria y Cuadrado, 2007).

Por otro lado, su forma de expresión es simbólica, a través del lenguaje y tienen por función la de servir de instrucción, de integración, de argumentación y de reflexión (Cruz, 2008), son adquiridas con base en la observación directa y la información recibida a lo largo de la experiencia personal y social (Cruz, 2008).

Constituyen sistemas interpretativos-explicativos de la realidad, cargados de dimensión valorativa que parten de comprensiones intuitivas y totalizadoras de la realidad (Cruz, 2008).

Es de esta forma se puede observar que las creencias son parte importante del desarrollo del ser humano, son adquiridas mediante experiencias, cambian a lo largo del tiempo, son un marco de referencia que muestra la forma de ser del individuo, su forma de entender el mundo, la forma en que interactúa con los demás y la forma en que evalúa diversas situaciones. En términos generales se puede decir que las creencias, ya sean individuales o colectivas, son un conjunto de realidades metaempíricas que las personas o grupos aceptan, observan, declaran principios que les sirven para orientar sus vidas (Cruz, 2008).

## ***Función***

Si bien es cierto que las creencias son marcos de referencia para entender el mundo las cuales se forman durante los primeros años de vida también es cierto que estas tienen diversas funciones las cuales permiten entre otras cosas entender e interpretar el mundo que nos rodea. La totalidad de las creencias sirve como base de información que determina las actitudes, interacciones y conductas (Cruz, 2008).

Las creencias constituyen sistemas interpretativos y explicativos de la realidad e influyen fuertemente en el comportamiento (Cruz, 2008), estas creencias influyen en la forma de ver una situación y esta visión a su vez influye en el modo como piensa, siente y se comporta (Beck, 2000).

Al respecto Cabrera, Hernández y Rosas (2018) expresan que la importancia que tienen las creencias dentro de la vida de los individuos radica en que influyen en cómo se sienten y actúan, generando de esta manera su propia realidad.

En este sentido, las creencias son el eje que permite dar sentido a la realidad, la información que el sujeto conserve sobre el objeto no necesariamente tiene que ser verdadera para ser admitida como real (Silva, Herrera y Corona, 2016).

En una situación específica, las creencias subyacentes de una persona influyen sobre sus percepciones, y esto se expresa por medio de pensamientos automáticos específicos para esa situación (Beck, 2000).

Es importante mencionar que las creencias son aceptadas como algo real, en la medida que se fundan en la existencia de las personas y sirven como fundamento de la vida (Silva, Herrera y Corona, 2016). Bajo este contexto, no importa de dónde provenga una creencia, sólo basta con que se de crédito a una afirmación para que ocupe un lugar en el sistema de creencias (Silva, Herrera y Corona, 2016).

## ***Tipos de creencias***

Según Judith Beck (2000) las creencias se pueden clasificar en dos categorías: las creencias intermedias y las creencias centrales.

Las creencias intermedias están compuestas por actitudes, reglas y presunciones, por ejemplo; Actitud: Ser antisocial es una mala cualidad, Regla: En mi familia está mal visto ser antisocial, Presunción: Por más que me he esfuerce e intente cambiar no lograré dejar de ser antisocial.

Son ideas o creencias más profundas que tiene una persona sobre sí mismo, los demás y el mundo, que dan lugar a los pensamientos automáticos. A menudo son ideas poco articuladas, no suelen expresarse, pero pueden ser obtenidas de la persona infiriéndolas y poniéndolas a prueba (Ruiz, 2011). Estas creencias son más maleables que las creencias centrales, es decir se pueden modificar de manera más sencilla que las creencias centrales.

Ante esto Beck (2000) expresa que, en cambio, las creencias centrales son ideas fundamentadas y profundas que no se expresan, ni siquiera ante uno mismo. Estas creencias son globales, rígidas y se generalizan en exceso e inciden en el desarrollo de una clase intermedia de creencias, que consisten en actitudes, reglas y presunciones a menudo no expresadas

Una característica importante de ellas es que son más difíciles de alterar, las de recién adquisición son más vulnerables al cambio, influyen fuertemente en el comportamiento y percepción de las personas ya que son instrumentos para interpretar, planificar y tomar decisiones, así como para llevar a cabo tareas (Cruz, 2008).

Otra característica importante de mencionar es que las creencias centrales están fuertemente arraigadas y sin importar si esta es verdadera o no las personas buscarán información que avale dicha creencia. Respecto a lo anterior Beck (2000) aclara:

La persona tiende a centrarse selectivamente en aquella información que le confirma su creencia central, dejando de lado o depreciando la información que la contradice, es de esta forma como la persona mantiene su creencia, a pesar de que sea equivocada y disfuncional (p.206).

Estas ideas son consideradas por la persona como verdades absolutas, creyendo que es así como las cosas son.

Las creencias centrales acompañan a los seres humanos a lo largo de toda su vida, activándose en diversos y muy variados momentos. Cuando se activa esta creencia central la persona interpreta las situaciones a través de la lente de esta creencia, aun cuando la interpretación pueda ser, a luz del análisis racional, completamente falsa (Beck, 2000).

Existen dos tipos de creencias centrales, por un lado, se encuentran las creencias centrales positivas (por ejemplo; puedo controlar las situaciones, los hombres de este lugar son buenos, soy una persona funcional, esta situación es buena etc.) las cuales la mayoría de las personas suelen mantener a lo largo de toda su vida y por otro lado están las creencias centrales negativas (soy pésimo en esto, la gente va a herirme, las personas con esta condición son malas, etc.) las cuales suelen surgir durante periodos de estrés e incluso pueden estar activas de manera permanente.

Las creencias centrales negativas habitualmente son globales, generalizadas y absolutas, se pueden tener creencias centrales negativas acerca de otras personas y del mundo, por ejemplo, la gente va a herirme, el mundo es un lugar podrido (Beck, 2000).

Estas creencias, que generalmente actúan sin que las personas sean conscientes de ellas, se expresan con frecuencia en términos absolutos tales como soy un fracaso, no valgo para nada o el mundo es un lugar peligroso (Calvete y Cardeñoso, 2001).

En este mismo orden de ideas Calvete y Cardeñoso (2001) también exponen que las creencias negativas frecuentemente están compartidas con la familia o reforzadas culturalmente, manteniendo estereotipos de sexo o culturales que hacen difícil para la persona identificarlas y modificarlas.

De manera similar Albert Ellis desarrolló su modelo de Terapia Racional Emotiva en el que postuló la existencia de una serie de creencias irracionales en el desarrollo y mantenimiento de los trastornos emocionales (Coppari, 2010).

Estas creencias se caracterizan por los siguientes aspectos: son falsas, ya que no están apoyadas por la evidencia, son órdenes o mandatos, conducen a emociones inadecuadas como ansiedad y depresión, y no ayudan a lograr los objetivos de la persona (Calvete y Cardeñoso, 2001).

La irracionalidad es cualquier pensamiento, emoción o comportamiento que lleva a consecuencias autodestructivas que interfieran de forma significativa con la supervivencia y felicidad del organismo (Ellis S/A; en Navas y José, 1981).

En esta misma línea Medrano, Galeano, Galera y Valle (2010) manifiestan que las creencias irracionales se caracterizan por derivar de deducciones imprecisas no apoyadas en la realidad, expresarse como demandas, deberes o necesidades, conducir a emociones inadecuadas e interferir en la obtención y el logro de las metas personales.

De esta forma se puede concluir que las creencias irracionales son cogniciones evaluativas personales, no apoyadas en la realidad, absolutistas, expresadas como obligación, y asociadas a emociones inadecuadas como ansiedad y depresión. Al respecto Medrano, Galeano, Galera y Valle (2010) explican que las creencias irracionales refieren a creencias ilógicas, sin evidencia empírica y disfuncionales.

En oposición las creencias irracionales Ellis (S/A) describió las creencias racionales, las cuales tienen característica ayudar a las personas a vivir más tiempo y más felices particularmente por presentar o elegir por sí mismas ciertos valores, propósitos, metas o ideales (presumiblemente) productores de felicidad; y utilizar formas eficaces, flexibles, científicas y lógico-empíricas de alcanzar (presumiblemente) estos valores y metas (Grieger y Ellis 1992).

Se define la racionalidad en términos de la forma de pensar, sentir y actuar que ayudan a la supervivencia y a la felicidad humana, Navas y José (1981) explican que una persona racional posee las siguientes características: (1) Acepta las realidades de la vida, (2) se dedica a trabajos productivos, (3) intenta vivir

amigablemente en el grupo social al que pertenece y (4) se relaciona íntimamente con algunos miembros del grupo social.

Para el modelo de Ellis lo racional significa aquello que es verdadero, lógico, pragmático, basado en la realidad, por tanto, y que facilita que la gente logre sus metas y propósitos, fundamentalmente, se refiere, pues a dos cuestiones (Caro, 2009): 1) establecer o elegir ciertos ideales, metas, valores y propósitos básicos y (2) utilizar una forma eficiente, científica, lógico-empírica, de lograr esas metas y valores, evitando consecuencias contradictorias y perjudiciales.

En resumen, se puede decir que las creencias racionales son cogniciones evaluativas personales, no absolutistas, lógicas flexibles, apoyadas en la realidad y que hacen que la persona se sienta más feliz consigo misma y con el mundo que le rodea.

En conclusión, las creencias son un componente básico que la cognición social que una persona va adquiriendo durante el trayecto de su vida mediante experiencias y aprendizajes y en general su función principal es describir la realidad de un individuo. Una persona puede tener creencias centrales o intermedias o racionales o irracionales de sí misma, de una situación, contexto, lugar, acontecimiento o de otra u otras personas.

### ***2.5.1 Creencias Respecto al VIH/SIDA***

Las creencias respecto al VIH/SIDA se desprenden de una categoría mayor, que es la sexualidad, por lo cual el presente subtema iniciará describiendo qué es y cómo se relaciona con el VIH/SIDA, para continuar con testimoniales que reflejan las creencias respecto a esta infección/enfermedad.

La sexualidad es una faceta de la identidad que se forma durante los primeros años de vida, es la descripción que hace una persona en función de su sexo, identidad de género, expresión de género y orientación sexual, engloba un conjunto amplio de aspectos, desde la construcción cultural e histórica del deseo y el erotismo, hasta las categorías que ordenan y dan sentido subjetivo a la experiencia sexual, los que

a su vez se relacionan con los dominios de la familia, la comunidad y el estado (Ariza y de Oliveira, 2005).

En este sentido son diversas las conductas y aspectos normativos aceptables de la sexualidad entre las que se encuentran, la base innata de instintiva de las relaciones sexuales, el énfasis en el carácter reproductivo-monogámico de la sexualidad femenina versus el sentido lúdico-afirmativo de la sexualidad masculina, la heterosexualidad como única orientación sexual y romántica, matrimonio entre compañeros de aproximadamente la misma edad, entre otras (Ariza y de Oliveira, 2005; Vera-Gamboa, 1998; Weeks, 1998). Entonces cualquier otra cosa que no encaje en esta normatividad será visto como algo incorrecto o inapropiado.

La sexualidad humana ha sido uno de los temas que ha quedado rezagado, invisibilizado y condenado a lo largo de la historia en México (Ramos, 2017). Es interesante analizar con el mismo lente al VIH/SIDA el cual posee componentes político-culturales y sociales que hacen que tanto personas infectadas como aquellas que no lo están tengan en su mayoría creencias negativas al respecto.

El VIH/SIDA está fuertemente relacionado con la sexualidad y al ser la sexualidad un tema tabú el VIH también lo es, razón por la cual, desde el comienzo de esta pandemia, afloraron innumerables prejuicios, estigmas y falsas creencias que se tradujeron en discriminación (Cuevas, 2013).

Con lo anterior se puede observar que el virus se inserta no solamente en la persona que lo padece, sino también en la sociedad en su conjunto de tal forma que se adhiere en el día a día de cada sujeto, reconstruyéndose y reinterpretándose a partir de la forma como se identifica, tanto en lo interno como en lo externo (Robles, 2016).

Un claro ejemplo de las opiniones que se dan en medios de comunicación es lo que expresó durante los primeros años de la epidemia Martha Anaya en el periódico Excélsior, expresó (La redacción, 2008):

El SIDA, venganza natural hay leyes morales que no se violan impunemente, la naturaleza toma su venganza ¡Y ésta es la prueba evidente!, la Iglesia no condena a los pecadores, sino al pecado: tratar de ayudar a esa gente ¡pero no se puede justificar el vicio! y el homosexualismo es uno de los vicios más grandes

que condena la iglesia desde la biblia, vea usted las referencias que hay contra los sodomitas una enfermedad, sí es el materialismo el que nos ha llevado a esto se descuidaron los valores morales que dios ha fijado para que vivan bien los seres humanos en esta tierra ¿Sodoma y Gomorra? en el fondo es eso es el símbolo de este vicio que ha tomado más auge que en el pasado.

En esta misma línea José Córdova Villalobos durante una entrevista para el periódico Excelsior expresó (Monsiváis, 2007):

Es que de repente hay acciones que más que prevención parecían hacer promoción de prácticas de mayor riesgo. Por ejemplo, dentro de las campañas de no discriminación había algunas que parecían más promover el homosexualismo, que evitar la discriminación.

Otro ejemplo de la información y las creencias que rodearon la epidemia y que son emitidas en medios de comunicación la narra Cuevas, (1988) quien expresó que Guillermo Bustamante entonces presidente de la Unión Nacional De Padres afirmó que:

Asesinar a quienes tienen SIDA sería efectivo, pero no conveniente para combatir la enfermedad. El homosexualismo constituye una de las principales causas de su proliferación, la propia enfermedad va a acabar con el homosexualismo.

Así mismo Brito (2010) habla del legado del escritor Carlos Monsiváis y sus aportaciones para la lucha contra el VIH/SIDA:

Cuando aparece el SIDA en México en 1983, Monsiváis ya llevaba tiempo tratando de llamar la atención pública sobre los prejuicios homofóbicos. Es el primero en sonar la alerta sobre la expresión más extrema de la homofobia: los crímenes de odio contra homosexuales y lesbianas.

En los cuatro anteriores ejemplos se puede observar que, por una parte, la epidemia de SIDA llegó a reforzar las conductas homofóbicas y discriminatorias hacia las personas LGTBTTIQA+, el VIH/SIDA era considerado un castigo hacia personas que hacían cosas poco adecuadas y finalmente la culpa de que el VIH/SIDA exista era a causa de los homosexuales.

A continuación se describen algunos ejemplos de creencias individuales respecto al VIH/SIDA:

un sacerdote narra su experiencia como persona que vive con VIH y expresa lo siguiente (Córdoba, Ponce de León y Valdespino, 2008):

Lo que apareció a nivel de intuición y que resultó ser cierto: tengo VIH, ¿cómo saberlo y compartirlo?, ¿de qué forma y con quién? Tanta vergüenza me daba decir que había sido violado, como el hecho cierto de que había buscado y tenido relaciones homosexuales (p.366)

Un hombre homosexual de 52 años narra cómo fueron los inicios de la epidemia y de cuántas maneras el SIDA ha afectado su vida, aunque nunca tuvo el virus (Sobrevivientes de la epidemia del SIDA en los años 80 revelan sus experiencias, 2018):

Todo el mundo sabía que estaba afectando a los hombres gays, pero nadie sabía lo que era. Lo llamaron el cáncer gay. La gente era muy supersticiosa, en una ocasión yo llevaba las manos ocupadas con productos y un hombre me advirtió que no presionara los botones del ascensor con mi nariz porque podría adquirir el SIDA. Sí, eso pasó

Humberto Robles dramaturgo de 42 años seropositivo comenta lo que el VIH causó en él (Córdoba, Ponce de León y Valdespino, 2008):

Pasé por la rabia contra mí mismo por no haberme cuidado lo suficiente, etapas de depresión, otras de resignación. Todos estos estados se deben, en gran medida, a la desinformación que yo tenía con respecto a la infección. Aunque yo tengo amigos infectados, no sabía bien si era una enfermedad crónica o si seguía siendo mortal (p.358).

Ángel (2018) de la ciudad de México comenta para un foro en internet que perdió a su pareja debido a complicaciones relacionadas con el SIDA:

Vivo y respiro con profunda tristeza, si bien es cierto que quiero decirles a quienes están en situación de infectados que no se dejen amedrentar por la sociedad y

los estigmas estúpidos. Mi compañero nunca quiso aceptar que era seropositivo, aunque ya lo sabíamos de años atrás.

De igual manera Sebastián (2018) de 31 años narra en un foro de internet su experiencia como persona que vive con VIH:

Y como una persona portadora del VIH, les digo que la vida continúa como siempre. Es cierto que hay que tener ciertos resguardos y cuidados, pero esto no acabará con tu vida si sigues conscientemente tu tratamiento. Les mando un abrazo a todos quienes tienen miedo y dudas, pero les recuerdo que el diagnóstico temprano del VIH les ahorrará muchos problemas.

En los ejemplos anteriores se pueden observar las experiencias individuales están permeadas por las creencias colectivas, el VIH afecta a la persona que lo padece y a las personas que le rodean, desde el momento del diagnóstico las personas experimentan un proceso de duelo el cual está relacionado con las creencias negativas o la poca información que tienen del virus.

De igual modo el proceso de duelo es la reacción natural ante la pérdida de una persona, objeto, evento significativo, vínculo afectivo e incluso la salud, este suele ser doloroso pues la persona que lo vive se ve en la necesidad de elaborar la pérdida que sufrió, además de tener que adaptarse a una nueva realidad (Meza, García, Gómez Castillo, Suárez y Martínez, 2008; Núñez-Huante, 2018).

La pérdida de la que parte el duelo es una experiencia que incluye una serie de síntomas, emocionales (como tristeza, enfado, culpa, ansiedad, shock, impotencia, etcétera) y físicos (como vacío en el estómago, opresión en el pecho, opresión en la garganta, hipersensibilidad al ruido, sensación de despersonalización etcétera) los cuales en ausencia de pérdida alguna serían indicadores de trastornos emocionales, sin embargo en presencia de una pérdida son considerados necesarios (Castellanos y Jerez, 1996; Meza, García, Gómez Castillo, Suárez y Martínez, 2008).

En el caso de las personas que viven con VIH/SIDA el duelo puede llegar a ser complicado, ya que la persona tendrá que afrontar múltiples pérdidas como la pérdida de salud, la idea de inmortalidad, la pareja, la familia, la estima social, las

amistades, distintos aspectos de su vida que deberán de cambiar, como sus prácticas sexuales y su alimentación, además de que es posible que se enfrenten al rechazo y la estigmatización social (Núñez-Huante, 2018).

Este proceso de duelo y las creencias están relacionados ya que como se narra en los párrafos anteriores se puede observar que el VIH/SIDA está permeado por diversas creencias, que han sido construidas de manera colectiva e individual mediante distintos procesos culturales y sociales que se unen para formar creencias respecto a un tema en específico el Virus De Inmunodeficiencia Humana y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

Si bien en este texto se describen ejemplos respecto a las creencias que giran en torno al VIH/SIDA Beck (2000) expresa que se requiere un proceso para poder identificarlas, proceso el cual requiere datos importantes por parte de la persona que posee dichas creencias y al mismo tiempo se requiere que la persona que desea saberlas para trabajar en ellas tenga un grado de preparación específico.

Dicho proceso se debe llegar a cabo idealmente en un ambiente terapéutico. La terapia cognitivo conductual resulta efectiva para referidos fines ya que esta ha demostrado ser útil en diversas poblaciones además de las psiquiátricas, por ejemplo, PPL, escolares, pacientes con diversas enfermedades no psiquiátricas y muchos otros grupos (Beck, 2000).

### 3. Atención Psicológica Para Personas que Viven con VIH/SIDA

---

- Tenemos un grupo de apoyo que se reúne todos los días en el Auditorio Draddy, le sugiero que vaya y hable de sus sentimientos, sus preocupaciones (Vallée, 2013).

El VIH/SIDA se ha adaptado a nivel cultural, social, biológico y político, se han generado diversas creencias colectivas referentes a lo que el VIH/SIDA representa y todos estos cambios ocurridos han generado a su vez que a nivel individual la persona que vive con VIH genere cambios conductuales y de creencias.

Sin embargo, la adaptación de una enfermedad que hasta hace muy poco era considerada mortal y todavía en la actualidad es estigmatizada, supone un proceso largo en el cual pueden surgir múltiples manifestaciones psicopatológicas (Piña y Sánchez, 2008).

Al respecto en el campo de la psicología se ha generado literatura científica sobre atención a personas que viven con VIH/SIDA, sin embargo, esta es escasa y se reduce a investigaciones piloto las cuales no están enfocadas a poblaciones vulnerables. No obstante, se describirán las opciones de tratamiento psicológico existentes y su alternativa más viable para personas que viven con VIH/SIDA.

Ahora bien, la psicología al igual que otras disciplinas como la medicina o la sociología juega un papel indispensable en el tratamiento y prevención del VIH/SIDA debido a que esta es capaz de promover el bienestar de las personas portadoras, las personas vulnerables ante la infección, sus familiares y amigos mediante terapias individuales, grupales y atención psicoeducativa.

En este sentido Piña y Sánchez (2008) expresan que existen dos grandes razones que apoyan tanto la conveniencia como la necesidad de la intervención psicológica en los pacientes con infección por VIH, una primera razón tiene que ver con el bienestar emocional de las personas que viven con VIH/SIDA y sus allegados, la segunda razón para la intervención psicológica se relaciona con el bienestar físico y la supervivencia de los enfermos.

Algunas de las intervenciones que el área de psicología realiza se centran en problemáticas como la depresión y el estrés, principales trastornos psicológicos que manifiestan en las personas que viven con el VIH/SIDA, fundamentalmente porque experimentan pérdidas constantes desde el momento de su diagnóstico y a lo largo de toda la historia natural de su enfermedad (Uribe, 2005).

Algunas de estas pérdidas incluyen la sensación de control sobre sus vidas, la imagen corporal, la familia, las amistades, sus derechos humanos y en términos generales su bienestar, con lo cual se incrementan estados negativos como ansiedad, depresión, estrés, insomnio etcétera.

Referente a las pérdidas que sufre una persona con VIH/SIDA Ballester, (2005) expresa que las consecuencias que conlleva declarar que se es portador del VIH o SIDA pueden incluir el rechazo, la estigmatización, marginación, culpabilización, entre otras y esto puede suceder tanto desde el entorno laboral y social como desde los ámbitos más próximos al afectado como la familia, la pareja y los amigos.

Piña y Sánchez (2008) expresan que estas pérdidas pueden tener consecuencias sobre el estado físico de los infectados por VIH, por ejemplo, a través de la relación entre los factores cognoscitivos y emocionales y la función inmune, a través de su influencia sobre la adhesión al tratamiento antirretroviral, sin embargo, también señala que la intervención psicológica puede incrementar la supervivencia y longevidad de la persona afectada por la enfermedad

En esta misma línea algunas de las intervenciones psicológicas son dirigidas a mejorar la calidad de vida de los enfermos y a controlar sus problemas emocionales y a su vez han conseguido reducir las enfermedades oportunistas e incrementar el número de linfocitos TCD4 (Ballester, 2005).

En psicología también se estudia la forma en la que influye la actitud del paciente ante la enfermedad, en el proceso de ésta, ya que diversas investigaciones han puesto de manifiesto que el sistema inmunológico puede modularse a través de vías psicológicas (Álvarez, 2006).

A esto se le llama psiconeuroinmunología, la cual se encarga de estudiar la relación entre los factores psicológicos (psico), el cerebro (neuro) y el sistema inmune (inmunología).

De acuerdo con la perspectiva actual de la investigación psiconeuroinmunología y de los modelos biopsicosociales, existen razones para sostener que los factores comportamentales pueden influir en la función inmune y en otros indicadores de salud de personas con infección por VIH, y que intervenciones comportamentales pueden proveer beneficios, no solo durante los estadios iniciales de la enfermedad, sino también en estadios sintomáticos (Álvarez, 2006).

Una aportación más del área de psicología tiene que ver con la psicología social, la cual se encarga de sistematizar las intervenciones desde el momento de realizar la consejería o counselling hasta el momento final de acompañamiento en la muerte (Uribe, 2005).

Otra de las aportaciones de la psicología tiene que ver con el mejoramiento y empleo adecuado de los servicios de salud para la optimización del diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad crónica como lo es el VIH/SIDA (Uribe, 2005).

Ballester en el año 2000 explicó que (en Ballester, 2005) algunos tratamientos psicológicos se han dirigido a intervenir sobre el sistema sanitario creando unidades de atención multidisciplinar para mejorar la accesibilidad de los pacientes a los cuidados.

Por tanto, la Psicología aporta herramientas fundamentales para afrontar la problemática y continuar generando estrategias preventivas ante la aparición de nuevas situaciones problemáticas para el paciente y sus allegados (Uribe, 2005), se encarga de capacitar a los profesionales quienes brindan atención a las personas que viven con VIH y genera estrategias para brindar información oportuna y adecuada para todo tipo de público.

### **3.1 Terapia Individual**

El VIH es un padecimiento complejo en el que intervienen diversos factores los cuales convergen a la vez para modificar y afectar la vida de la persona que vive con VIH y su entorno en general.

Es así como encontramos que en las personas con VIH no sólo se ve afectado su funcionamiento fisiológico, sino también su estado emocional y mental, ya que se ven enfrentados a una serie de estresores socioculturales, económicos y psicológicos con los que deben lidiar (Vinaccia, 2003; Carrobes, Remor y Rodríguez-Alzamora, 2003 en Gaviria, Quiceno y Vinaccia, 2009).

Es indispensable expresar que el diagnóstico de enfermedad crónica como lo es el VIH cambia la forma como la persona se ve a sí misma y a su vida, afectando profundamente el autoconcepto y la adaptación dependerá de una multiplicidad de factores, como la edad, el género, el estatus social, el apoyo, la educación, las creencias religiosas, los patrones de personalidad, la inteligencia, los autoesquemas, los estilos de afrontamiento, el equilibrio o control emocional, etcétera (Gaviria, Quiceno y Vinaccia, 2009).

Uno de los factores más importantes que influyen para generar problemas emocionales tiene que ver con las repercusiones sociales de la infección/enfermedad.

Al respecto Ballester (2005) manifiesta que la presencia de problemas emocionales en las personas con VIH/SIDA viene explicada, de entrada, por la psicopatología previa de los afectados, por la dificultad para adaptarse a una enfermedad que impone importantes restricciones en la vida del enfermo, como consecuencia de la misma enfermedad y de su tratamiento y como efecto del estigma social asociado al SIDA.

Ballester (2005) también expresa que algunos de los problemas psicológicos más habituales en las personas que viven con VIH son, baja autoestima, miedo a perder el atractivo físico e hipocondría, somatización y síntomas obsesivo-compulsivos, reaparición de conflictos sobre la orientación sexual, disminución de la

concentración y pérdida de memoria, fobias específicas, trastorno de personalidad antisocial y deseo sexual hipoactivo, abuso de alcohol y otras drogas, problemas de sueño y uso excesivo de sedantes.

Algunas otras alteraciones psicológicas importantes son la ideación y los intentos de suicidio y los cuadros afectivos mixtos, con sintomatología ansioso-depresiva, afectaciones las cuales pueden influir en el seguimiento del tratamiento farmacológico o adhesión al tratamiento.

Entre los factores que se han visto relacionados con la adhesión al tratamiento se encuentran el nivel educativo, el grado de información respecto a la enfermedad, las creencias culturales del paciente, la valoración de la gravedad de la enfermedad, la percepción acerca de la eficacia del tratamiento, la complejidad del tratamiento, la vulnerabilidad percibida, la intolerancia a los efectos secundarios, la creencia acerca de la toxicidad de los fármacos entre otros (Ballester, 2005).

En definitiva, son muchos los motivos por los que las personas que viven con VIH/SIDA suelen presentar malestares emocionales, los cuales no sólo amenazan su bienestar psicológico, sino también su propia supervivencia.

En este sentido es indispensable brindar una intervención individual la cual estará encargada de disminuir estos malestares, otorgar información respecto al padecimiento, eliminar y sustituir creencias irracionales o centrales negativas por otras positivas y así modificar el entorno de la persona que vive con VIH.

Este tipo de enfoque centra sus esfuerzos en el cambio de factores cognitivos tales como conocimiento, creencias, actitudes e intenciones, y da la oportunidad de reeducar a los sujetos con nuevas habilidades conductuales y comunicativas.

Piña y Sánchez (2008) explican que la terapia individual utiliza técnicas para ayudar a las personas con VIH a reducir su malestar emocional y se ha enfatizado la utilidad que podrían tener técnicas de aplicación que ayuden a la persona con VIH a reducir su ansiedad, su malestar emocional, su sensación de indefensión y la percepción de falta de control. Por lo cual se incluyen entre esas técnicas, el entrenamiento en relajación, la imaginación guiada, el entrenamiento en habilidades de afrontamiento y el entrenamiento asertivo para mejorar la relación con los profesionales sanitarios.

Respecto a esta atención terapéutica individual Neria (2020) propone la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT, por sus siglas en inglés) para personas que viven con VIH/SIDA, la cual es una terapia de la tercera ola del enfoque Cognitivo Conductual, que tiene como ejes de intervención la aceptación, la defusión cognitiva, el yo como contexto, el momento presente y los valores.

Finalmente, otros se han dirigido a aspectos relacionados con el ajuste del tratamiento a su funcionamiento cotidiano, entrenamiento en solución de problemas, enseñarles a las personas que viven con VIH/SIDA a superar las barreras potenciales, refuerzo por sus esfuerzos para seguir el tratamiento y uso de tecnologías para seguir las pautas del tratamiento (Ballester, 2005).

### ***3.1.1 Terapia Cognitiva Para Personas Que Viven Con VIH/SIDA***

Para comenzar es importante mencionar qué es y a qué se dedica la terapia cognitiva, la cual, propone el cambio conductual a través del cambio cognitivo, y esto es lo que se busca, ofrecer al paciente con VIH/SIDA, un cambio conductual (Álvarez, 2006), su objetivo es el cambio de las cogniciones o estructuras cognitivas que impiden el correcto funcionamiento psicológico de la persona (Martorell, 2014).

Por su parte Beck (2000) expresa que el modelo cognitivo propone que todas las perturbaciones psicológicas tienen en común una distorsión del pensamiento que influye en el estado de ánimo en la conducta de los pacientes

En esta misma línea Contreras y Vargas (2007) argumentan que la tesis fundamental de la terapia cognitiva es que los individuos se ven afectados no solo por el mundo objetivo que los rodea sino también por sus percepciones e interpretaciones subjetivas del mundo.

Beck (2000) expone los principios fundamentales de la Terapia Cognitiva (TC):

1. La terapia cognitiva se fundamenta en una formulación dinámica del paciente y sus problemas planteada en términos cognitivos.
2. Requiere de una sólida alianza terapéutica.
3. Enfatiza la colaboración y la participación activa.

4. Está orientada hacia objetivos y está centrada en problemas determinados.
5. Inicialmente destaca el presente.
6. Es educativa, tiene por objetivo enseñarle al paciente su propio terapeuta y pone énfasis en la prevención de recaídas.
7. Tiende a ser limitada en el tiempo.
8. Las sesiones son estructuradas.
9. Ayuda a los pacientes a identificar y evaluar sus pensamientos y comportamientos disfuncionales y a actuar en consecuencia.
10. Se sirve de una variedad de técnicas para cambiar el pensamiento, el estado de ánimo la conducta.

Ahora bien, Martorell (2014) comenta que los métodos terapéuticos de la TC tienen como característica que el terapeuta adopta un papel directivo, son terapias con procedimientos activos, siguen pautas altamente estructuradas y tienden a ser de corta duración.

Lo anteriormente expuesto se puede resumir en que la TC es una terapia estructurada que facilita el aprendizaje de habilidades por parte del paciente que le llevan a centrarse de forma específica en sus problemas, entender el origen cognitivo de estos, y poner en marcha estrategias que faciliten su superación. Esto se logra mediante la colaboración entre terapeuta y paciente.

Ahora bien, es importante expresar que existen varios tipos de terapias cognitivas según pongan el énfasis o varíen los métodos de acuerdo un criterio u otro.

En este sentido Martorell (2014) describe que una clasificación aceptada de las terapias cognitivas es; terapias orientadas a la reestructuración cognitiva, terapias orientadas a las habilidades de afrontamiento y terapias orientadas a la resolución de problemas.

Finalmente es indispensable mencionar que la terapia cognitiva es eficaz en el tratamiento de diversos padecimientos como la depresión, trastornos de ansiedad (como fobia específica, fobia social, trastorno de ansiedad generalizado, trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica, fobias específicas, etc.), trastorno obsesivo compulsivo, drogadicción, trastornos de alimentación, trastorno de pánico,

problemas de pareja, estrés postraumático, trastornos de personalidad, dolor crónico, esquizofrenia, trastorno de déficit de atención, insomnio, duelo, autoestima, malestar emocional, cuestiones relacionadas con la sexualidad, etc. (Beck, 2000; Caro, 2009; Contreras y Vargas, 2007; Martorell, 2014).

En los siguientes apartados se profundizará respecto a la terapia Racional-Emotiva de Albert Ellis, la terapia cognitiva de Aaron Beck, así como en la terapia en formato grupal con el fin de observar la manera en que una persona que vive con VIH/SIDA puede recibir atención psicológica desde el enfoque de la Terapia Cognitiva.

### ***3.1.2 Terapia Racional-Emotiva de Albert Ellis.***

La terapia cognitiva ha sufrido diversas evoluciones a lo largo de los años (Caro, 2009), su aplicación va dirigida a personas de todas las edades, de distintas ocupaciones, profesiones y se puede aplicar tanto en formato individual como grupal.

Al respecto Caro (2009) comenta que la terapia de Ellis permite trabajar con cualquier tipo de paciente, cualquier tipo de formato, y facilita o interacciona fácilmente con tratamientos de tipo farmacológico, se aplica en una amplia variedad de edades y va a distinguir la aplicación según el grupo de edad va a ser el nivel de aplicación didáctica o el nivel de estructura de la terapia.

Ellis (S/A; Citado en: Caro, 2009) propone que los criterios para tener una salud psicológica adecuada se reducen a lograr las siguientes trece cuestiones; interés por nosotros mismos, Interés social, ser capaces de dirigirnos a nosotros mismos, alta tolerancia a la frustración, flexibilidad, aceptación de la incertidumbre, compromiso con logros creativos, pensamiento científico, aceptarnos a nosotros mismos, tomar riesgos cuando sea necesario, hedonismo a largo plazo, no seguir utopías y ser responsables de nuestro propio trastorno emocional.

El objetivo de esta terapia es la manipulación de los procesos cognitivos disfuncionales, representados en actitudes irracionales y sistemas de creencias irracionales, asociados a conclusiones falsas (Martorell, 2014), es un sistema de

psicoterapia destinado a ayudar a la gente a vivir más tiempo minimizando sus problemas emocionales, minimizando sus conductas contraproducentes, y auto-actualizarse para que vivan una existencia plena (Ellis y Grieger, 2003).

Partiendo de estas premisas, la Terapia Racional Emotiva (TRE) se enfoca a eliminar los pensamientos irracionales que provocan un deterioro en el estado de salud de las personas con VIH/SIDA para propiciar un cambio de actitud con nuevos pensamientos funcionales (Cerna, y Pérez, 2005).

Algunos otros propósitos de la TRE están centrados en ayudar a la gente a pensar más racionalmente (científica, clara y flexiblemente); sentir de forma más apropiada y funcional (de manera eficaz e inalterable), de cara a conseguir sus metas de vivir más tiempo y más felizmente (Ellis y Grieger, 2003).

Por otra parte, la teoría que está detrás de la terapia racional emotivo conductual concibe al ser humano como una persona compleja, como un organismo psicosocial, con una fuerte tendencia a establecer e intentar conseguir una amplia variedad de metas y propósitos (Caro, 2009).

Las técnicas terapéuticas de Ellis se basan principalmente en la discusión de las creencias irracionales, los aspectos lógicos y filosóficos son muy tenidos en cuenta, esto se realiza mediante cuatro estrategias (Martorell, 2014); detectar las creencias irracionales, particularmente las que se expresan como debería, debatir con el paciente hasta el momento en que éste reconozca tanto la inexactitud de sus creencias irracionales como la verdad de las alternativas racionales, diferenciar entre valores relativos (por ejemplo, deseos) y absolutos (por ejemplo, necesidades) y definir mejor verbalmente los términos que afectan a sus creencias.

Ahora bien, para promocionar creencias racionales, la autoaceptación, el reconocimiento de que la perturbación emocional es irrelevante, el movimiento hacia un modelo de satisfacción, el pensamiento racional etc. La terapia racional emotiva emplea la mayoría de las veces la teoría de los ABC del pensamiento irracional y del trastorno emocional la cual se describirá a continuación.

### **3.1.2.1 Teoría De Los A B C del Pensamiento y la Perturbación Emocional**

El concepto del A B C es uno de los conceptos básicos del modelo de Ellis y se relaciona, indudablemente, con los principios del pensamiento racional e irracional (Caro, 2009). Esta teoría de la personalidad y de su cambio admite la importancia de las emociones y de las conductas, pero enfatiza en particular el rol de las cogniciones en los problemas humanos (Ellis y Grieger, 2003).

Caro (2009) y Martorell (2014) narra que entre los hechos y la emoción se da una autocharla es decir, que la persona se dice algo a sí misma, interpreta el suceso y de ahí proviene la emoción, no del propio suceso, a esto Ellis lo llama el modelo o teoría ABC, en donde A son los hechos activadores y sucesos; B sirve como preludeo a C y hace referencia a la autocharla/pensamientos y C las emociones o consecuencias emocionales.

Al respecto Caro (2009) manifiesta que la cuestión fundamental es que el paciente tiene que entender que en su interpretación de una situación puede tener dos posibilidades, interpretarla de forma racional y de forma irracional.

Ellis propone que una vez que el paciente ha entendido el modelo ABC éste tendrá que identificar sus propias conductas o emociones negativas (C) y qué creencias o pensamientos lo llevan a esta irracionalidad para que de esta manera intente cambiar lo irracional, convirtiéndolo en racional.

Por tanto, la meta de la terapia racional emotivo conductual de Ellis la mejora de las B específico-situacionales hacia el descubrimiento y modificación de las B mantenidas de forma más profunda y permanente Invitando a los clientes a descubrir sus B (a menudo inconscientes) y enseñándoles el enorme impacto de esas B sobre sus percepciones y respuestas a los acontecimientos de sus vidas, y de este modo, para la calidad real de las mismas, se hace absolutamente clara y palpable la necesidad de un cambio concreto del más profundo grado.

Ahora bien, la filosofía racional es una filosofía de las preferencias, de los deseos, frente a la filosofía irracional que sería una filosofía de los absolutos, las demandas

o las exigencias, sobre cómo deben ser las cosas, nosotros mismos o comportarse los demás (Caro, 2009).

Finalmente es indispensable comentar que el modelo de Ellis podía ser útil para el tratamiento de personas que viven con VIH/SIDA debido a que dicho modelo promueve un cambio de filosofía, el bienestar emocional, la autoaceptación entre otras cosas que afectarían de manera positiva la calidad de vida de las personas que viven con VIH/SIDA.

### **3.1.3 *Terapia Cognitiva de Beck***

El modelo cognitivo de Aaron Beck es una de las principales terapias cognitivas en la actualidad (Caro, 2009). Aaron Beck concebía la terapia cognitiva como un sistema de psicoterapia basado en el supuesto de que la forma en que los individuos perciben y estructuran su experiencia determina sus sentimientos y acciones (Martorell, 2014).

Beck desarrolló primeramente sus propuestas en el tratamiento de la depresión y para ello utilizaba el concepto de triada cognitiva, el cual hace referencia a una visión negativa de sí mismo el mundo y las experiencias presentes, y el futuro (Martorell, 2014).

Para el tratamiento de la depresión Beck propuso la modificación de pensamientos sobre el mundo, las experiencias presentes, el futuro y sobre sí mismo. La atención de la Terapia cognitiva de Beck estaba entre otras cosas enfocada en ayudar a los pacientes a descubrir su pensamiento disfuncional e irracional, comprobar en la realidad su pensamiento y su conducta y construir técnicas más adaptativas y funcionales de responder tanto interpersonal como intrapersonalmente (Caro, 2009).

En esta línea Martorell (2014) describe que la identificación de este tipo de pensamientos es el objetivo de la terapia cognitiva y para lograrlo, la terapia se ajusta a los siguientes pasos:

1. Fase inicial: Evaluación. Explicación al paciente de lo que sucede y de los pasos que se van a seguir en la terapia.
2. Fase media: Utilización de las técnicas de identificación y modificación de los pensamientos automáticos y creencias que crean y mantienen la depresión.
3. Fase final: Prevención de recaídas, comprensión de lo que ha sucedido en la terapia y acuerdo sobre el seguimiento.

Beck pretendía que su modelo de terapia cognitiva se fuera aplicando a un número progresivamente mayor de trastornos, hoy en día es útil para el tratamiento de diversos trastornos y padecimientos médicos y también se ha extendido a un mayor rango de edad, a diversas condiciones sociales o culturales y se aplica en formato individual, de pareja o grupal. Referente a esto, es posible que las propuestas de Beck sean aplicables para personas que viven con VIH/SIDA debido a la amplia gama de poblaciones que este modelo abarca.

En caso de personas que viven con VIH/SIDA resultaría beneficioso que ellos descubrieran sus pensamientos irracionales y disfuncionales, sus creencias en torno a la infección/enfermedad para con ello obtener técnicas que les permitan adaptarse y ser más funcionales en su vida consigo mismos y con los otros.

La idea principal es que el paciente aprenda a desarrollar mejores estrategias de afrontamiento para que pueda llevar a cabo su vida, su trabajo, sus relaciones, etc. de forma satisfactoria.

Ahora bien, la terapia cognitiva no solo ayuda a establecer objetivos, identificar y evaluar pensamientos y creencias, planificar cambios de conducta, además enseña al paciente como hacerlo (Beck, 2000).

Para conseguirlo es indispensable que el paciente sea consciente de sus procesos desadaptativos de pensamiento y de sus sentimientos, y del efecto de ambos en su conducta (Caro, 2009), dichos procesos son automáticos y por ello es fundamental que la persona se haga consciente de ellos para de esta forma poder anularlos.

En esta misma línea Beck, (2000) argumenta que este cambio cognitivo se logra mediante diversos recursos (tales como el cuestionamiento socrático y el descubrimiento guiado) los cuales fomentan un cambio de pensamiento y de

sistema de creencias para conseguir a partir de ahí una transformación duradera de los emociones y comportamientos.

En cuanto a las técnicas terapéuticas empleadas en el modelo de Beck es necesario mencionar que la terapia varía considerablemente según sea el caso, la índole de las dificultades, las características de personalidad del paciente, la motivación para el cambio que este tenga y que tan sólido sea el vínculo terapéutico. El énfasis que el tratamiento tendrá dependerá en la gran mayoría de veces del trastorno en particular que tenga el paciente.

En conclusión, con relación con a las propuestas de Beck estas podrán emplearse en personas que viven con VIH/SIDA y se aplicarán estos mismos principios básicos los cuales como ya se ha referido tendrán en propósito de descubrir su pensamiento disfuncional e irracional de estos para poder modificar sus creencias, pensamientos y conductas. El paciente obtendrá mediante este modelo estrategias de afrontamiento que le ayudarán a tener una mejor calidad de vida.

#### ***3.1.4 Terapia Grupal Cognitiva***

La terapia Cognitiva también ha sido administrada en formato grupal en numerosos trastornos y problemas, si bien la mayoría de estos modelos cognitivos se han centrado en el tratamiento de trastornos mentales, también existen intervenciones dirigidas a pacientes con enfermedades médicas o a personas en riesgos con fines preventivos (Garay, Korman y Keegan, 2008).

Este formato ha sido empleado para diversos trastornos del estado de ánimo como depresión mayor, fobias, baja autoestima y ansiedad, lo cual lleva a concluir que esta es apta para personas que viven con VIH dado que estos son las afecciones emocionales más recurrentes después del diagnóstico positivo.

La terapia grupal es una técnica de uso muy extendido y antiguo en psiquiatría y psicología y es un tipo de psicoterapia realizada con más de una persona (Coon, 1999; Monras, M., Freixa, N., Ortega, L., Lligoña, A., Mondón, S. y Gual, 2000).

La terapia grupal cognitiva se define como un tipo de intervención que se da de forma simultánea a varias personas, facilitando los procesos de cambio mediante factores terapéuticos inherentes al grupo (Olano, Veiga, Esteban, Matilla y Otero, 2007).

Esta emplea en esencia los mismos principios que la terapia individual y es básicamente un método de aprendizaje sobre sí, mismo y los demás. Lo anterior se logra gracias a que el paciente está en contacto con otras personas que tiene algo en común a él/ella.

Al respecto Martín, Rojas, Manuel Martínez, Sánchez, Remor, y Romero, (2008) exponen que las intervenciones en grupo tienen como objetivo incidir en la dinámica de las relaciones, ya que parten de la idea de que la atención o no del riesgo será una función del contexto donde ocurren las distintas relaciones.

El hecho de percibir que otras personas efectúan muchos esfuerzos y logran superar las dificultades puede ayudar a los pacientes a tener esperanza y una nueva visión de sí mismos (Beck, 2007).

Este tipo de experiencias suelen ser útiles para que los pacientes encuadren sus rectángulos negativos y sus triángulos positivos, pues comienzan a ver que otras personas con dificultades no son incapaces, o malas, o incompetentes o no merecen ser queridas (Beck, 2007).

En este sentido las personas que viven con VIH/SIDA que reciban terapia grupal tendrían variados beneficios terapéuticos como disminución de ansiedad, culpas y miedos, reaprender creencias respecto al VIH/SIDA, compartir experiencias con otras personas que viven con VIH/SIDA lo cual generará autoconocimiento y reconocimiento y a su vez facilitará el proceso de cambio.

El modelo cognitivo de Beck (S/A; Citado en Garay, Korman y Keegan, 2008) contempló el formato grupal en el tratamiento de la depresión y por su parte Ellis (S/A; Citado en, Garay, Korman y Keegan, 2008) expresa que el modelo de terapia racional emotiva puede ser empleada bajo la terapia.

Tanto Beck (S/A) como Ellis (S/A, Citado en, Olano, Veiga, Esteban, Matilla y Otero, 2007) expresan las ventajas que la terapia cognitiva grupal posee son diversas, pero su gran ventaja es su coste-efectividad, a igual cantidad de tiempo y de recursos humanos empleados, el número de pacientes que recibe tratamiento es mucho mayor que si el enfoque fuera individual.

Beck (1986, citado en Pérez, 2007) y Ellis y Grieger (2003) expresan que, en comparación con la psicoterapia individual, la terapia de grupo ofrece una serie de ventajas entre las cuales se encuentran:

1. Los participantes en un grupo de apoyo pueden tener la posibilidad de crear o aumentar su red de apoyo social, reduciendo el aislamiento al que pudieran estar sometidos tras el diagnóstico de la enfermedad y confrontar los mismos problemas.
2. El apoyo mutuo que se produce gracias a la terapia de grupo ofrece lo que se ha llegado a llamar el principio de Helper-Therapy, en el cual el paciente mejora en autoestima a través de prestar apoyo a los demás.
3. La terapia de grupo permite atender a un número mayor de pacientes con un menor coste económico en el número de profesionales.
4. El terapeuta puede ver a varios clientes a la vez y enseñar los principios racionales a muchas personas al mismo tiempo.
5. Los miembros del grupo pueden aprender que no son únicos al tener un problema o al padecer ciertos tipos de problemas específicos.
6. El grupo puede proporcionar un foro para la psicoterapia preventiva, ya que los miembros pueden oír a otros discutiendo problemas que pueden no haber encontrado o que están actualmente encontrando en sus vidas.
7. Los miembros del grupo pueden aprender a ayudarse mutuamente.
8. Algunas experiencias, actividades, y ejercicios pueden hacerse sólo en grupos.
9. Algunos ejercicios de grupo pueden ser ventajosos al producir emociones específicas que después pueden ser tratadas en vivo en el marco grupal.
10. Ciertos problemas son tratados más eficazmente en grupo, por ejemplo, los déficits interpersonales o de habilidades sociales.

11. Un grupo permite recibir una gran cantidad de feedback acerca de su conducta, lo que puede ser más persuasivo al motivarles para cambiar que lo mismo de un terapeuta único en una situación individual.
12. Cuando los esfuerzos terapéuticos se centran sobre soluciones prácticas de problemas de vida, la presencia de muchas cabezas en una habitación puede reunir más sugerencias que un terapeuta solo.
13. Los miembros del grupo pueden proporcionar una fuente de presiones de iguales que puede ser más eficaz al promover conformidad con las tareas asignadas que el terapeuta individual.

A modo de resumen se puede decir que la terapia cognitiva puede ser empleada perfectamente para personas que viven con VIH/SIDA y aquellas que poseen una o varias vulnerabilidades que facilitan la infección o adquisición de VIH/SIDA, debido a que este es un formato el cual tiene distintas ventajas las cuales con ayuda de la terapia individual y el TAR (de ser necesario) proporcionaran una mejor calidad de vida para los pacientes.

### **3.2 Talleres Psicoeducativos Sobre VIH/SIDA**

Dado que la infección por VIH constituye una enfermedad relativamente reciente, los programas de intervención psicológica para la mejora de la calidad de vida y el fomento de la adhesión al tratamiento antirretroviral son bastante escasos. Las primeras iniciativas han venido de la mano de grupos de ayuda-mutua o grupos de apoyo que con el tiempo han evolucionado en intervenciones psicoeducativas o en programas terapéuticos (Piña y Sánchez, 2008).

Al respecto tanto Beck (S/A) como Ellis (S/A) proponen modelos los cuales son aplicables en gran diversidad de personas, de distintas edades, condición económica, proponen la terapia en formato grupal e individual y en general la terapia cognitivo conductual se puede administrar en gran variedad de ambientes como escuelas, áreas rurales, ciudades, ambientes hospitalarios, reclusorios etcétera. (Herrera, 2003; Martínez, 1991; Patiño, 2016).

Con esto en mente en el presente apartado se abordará qué es un taller psicoeducativo y porque es importante su aplicación para la prevención y atención del VIH/SIDA.

Es indispensable hacer una diferencia entre psicoterapia grupal y taller psicoeducativo, ante eso Herrera (2003) argumenta que la diferencia entre un taller psicoeducativo y la psicoterapia grupal es que en un taller se definen los objetivos y estos son específicos, medibles y están especificados antes del inicio del taller, siendo iguales para todo el grupo. En la terapia grupal, en cambio, tiene objetivos relacionados con las problemáticas de los diferentes integrantes del grupo, lo cual tiene que ver con aspectos de la dinámica de la personalidad y del yo de los participantes.

Ahora bien, un taller es un tipo de intervención psicoeducativa que facilita el proceso de enseñanza-aprendizaje, en la que se toma en cuenta la dinámica grupal y se utiliza como herramienta de cambio conductual y cognitivo.

Herrera (2003) define un taller como una experiencia grupal en la cual los participantes interactúan entre sí en torno a una tarea específica, esto desde un rol protagónico de los participantes en el proceso de aprendizaje que allí se produce.

En esta misma línea Rodríguez, López y Fagnani (2014) exponen que la psicoeducación es uno de los abordajes psicosociales más utilizados y algunos autores la describen como una intervención propia del modelo cognitivo, que puede usarse para la psicoterapia de pareja o de familia.

Es así como se podría argumentar que los talleres psicoeducativos son el proceso de adquisición de habilidades, destrezas, técnicas y conductas que permitan al paciente, su familia y personas que le rodean enfrentar las múltiples problemáticas que un padecimiento (como el VIH/SIDA) genera.

Lo anterior se argumenta debido a que la psicoeducación comparte ciertos elementos terapéuticos con las demás intervenciones psicológicas: se ofrece información acerca de la enfermedad y sus tratamientos; se promueve el cumplimiento del tratamiento farmacológico y se promueven comportamientos

saludables advirtiéndolo sobre conductas de riesgo (Rodríguez, López y Fagnani, 2014).

Referente al VIH/SIDA un taller psicoeducativo puede brindar información respecto a qué es el padecimiento, la historia, contexto cultural y social de la infección/enfermedad para cambiar creencias irracionales/negativas, la promoción a la adherencia al tratamiento farmacológico, facilitar la futura atención terapéutica individual o grupal.

Dado que existen múltiples formas de aplicar un taller psicoeducativo según las necesidades de la población a quien se administra es posible que este se aplique tanto a personas que viven con VIH/SIDA, a sus familiares, amigos, personas cercanas y personas con una o varias vulnerabilidades que faciliten la adquisición de VIH/SIDA o todos ellos simultáneamente, así mismo pueden participar miembros de una misma familia, varias familias, miembros de una misma comunidad o de diversas comunidades.

Una vez teniendo en cuenta que es un taller psicoeducativo y porque es viable su aplicación para el tratamiento y prevención del VIH/SIDA es indispensable mencionar algunas características básicas de estos, como el número de participantes, los cuales por lo general los grupos suelen ser de 6 a 20 participantes, este es conducido por un líder que ejerce el rol de facilitador del grupo, quien es el responsable de velar porque se logren los objetivos para los cuales el grupo se ha conformado (Herrera, 2003; Martínez, 1991; Patiño, 2016).

### **3.3 Ejemplos de Actividades Para Realizar en un Taller Psicoeducativo**

Las actividades y técnicas que conforman un taller psicoeducativo se escogen en función del objetivo del taller y de cada sesión en particular y el objetivo de la misma, estas, pretenden lograr un cambio a través de las vías cognitivas, emocionales y conductuales. Ahora bien, como menciona Gravini, (2014) un taller psicoeducativo debería contener distintas actividades que faciliten la comprensión e interacción de cada uno de sus integrantes y que se acoplen a sus estilos de aprendizaje.

Tales actividades pueden ser, la explosión teórica, lluvia de ideas, frases incompletas, construcción de frases, juego de rol o técnica de dramatización, relajación, cartas para diversos destinatarios, etcétera.

La **exposición teórica** juega un papel importante ya que enfatiza conceptos clave, principios, términos y el argumento central del taller psicoeducativo (Gravini, 2014). Esta está adaptada al método de enseñanza tradicional, es útil para dar a conocer un tema, detallar información en diversos campos y disciplinas.

Ahora bien, **la lluvia de ideas** es frecuentemente definida como una técnica con la cual un individuo o un grupo, generan una cantidad de soluciones potenciales a un problema que luego se evalúan para elegir la mejor opción. La lluvia de ideas a menudo logra producir una atmósfera que produce ideas creativas y únicas (Hensen y Eller, 2000). Mencionada actividad fomenta la participación individual y grupal, ejemplifica el conocimiento adquirido y pone en evidencia los temas importantes a tratar a lo largo de un taller.

A continuación, las **frases incompletas** y la construcción de estas se trata de una técnica y/o instrumento que puede aplicarse de forma individual y grupal, es útil para saber qué tanta información posee una persona respecto a algún tema (Calzada, 2004). En este sentido hablando de VIH/SIDA este ejercicio podría ser útil para saber que tan bien están asimilando el tema las personas asistentes a un taller psicoeducativo.

Por otro lado, los **juegos de rol o técnica de dramatización** la cual consiste en dos o más personas representando una situación, tienen la ventaja de que los observadores pueden prestar una mayor atención a la representación, evaluando con detenimiento todo lo que se dice y hace, despiertan interés, activan la participación espontánea, mantienen la expectativa del grupo, enseña a aprender a aprender, a aprender haciendo, fomenta la creatividad y el aprendizaje por descubrimiento (García, 2015).

En esta misma línea la **relajación** a nivel clínico tiene el objetivo principal de reducir los niveles de activación psicofisiológica siendo de especial relevancia en algunos problemas, como los trastornos de ansiedad. Una de las ventajas más importantes

de la técnica de relajación es que pueden utilizarse sin tener que responder a un déficit específico del paciente y que son útiles simplemente para mejorar la calidad de vida o disfrutar más de ésta (Blanco, 2014).

La creación de **cartas para diversos destinatarios**, en el terreno de la psicoterapia puede ser beneficiosa ya que es útil para expresar apoyo, brindar consejo, aliento para los días malos y comunicarse consigo y con otros sobre un tema específico difícil de abordar (Beyebach y Herrero de Vega, 2010).

A modo de cierre y debido al contenido de este capítulo se puede concluir que la terapia cognitiva es apta y beneficiosa para personas que viven con VIH/SIDA. A partir de lo anterior y vinculado a capítulos anteriores se vuelve indispensable hablar de personas privadas de su libertad que viven con VIH/SIDA, los factores de vulnerabilidad social que facilitan la infección o adquisición de VIH/SIDA en esta población, sus necesidades específicas y sus condiciones de vida para con ello proponer tratamiento psicológico y estrategias de prevención.

## 4. Sobre las Cárceles y Reclusorios Mexicanos: Antecedentes y Características

---

Cárceles opresivas y prisiones que apenas evocan el cautiverio. Estas anuncian el final de la más grave paradoja de la prisión: preparar a los hombres para la libertad, privándolos de ella (Reyes, 2004, p.1).

El presente capítulo tiene como propósito contextualizar y describir el sistema penitenciario mexicano. Se narran datos y acontecimientos históricos que muestran los cambios, deterioros, avances y su situación cultural.

### 4.1 Antecedentes Históricos

El interés por desarrollar el presente tema de carácter histórico es explicar el significado del sistema penal a lo largo de la historia, así como su evolución, sus propósitos, el modo en que la cultura y costumbres influyen en este, así como en las Personas privadas de su libertad (PPL) y en las personas que les rodean.

En relación con que es el sistema penal Zaffaroni, Alacia, y Slokar, (2006) expresan que es el control social normalizado que castiga institucionalizado. En la práctica abarca desde que se detecta o supone que se detecta una sospecha de delito hasta que se impone y ejecuta una pena.

En esta misma línea Mariño Lozano (2012) expresa que personas privadas de su libertad es el término mediante el cual se conoce a toda persona, la cual ha sido despojada de su libre circulación; a causa de una condena por haber cometido un delito o se encuentra en proceso de juicio para emitir el veredicto final.

Para Foucault (2002) la característica más importante del sistema carcelario y de su extensión mucho más allá de la prisión legal, es que logra volver natural y legítimo el poder de castigar, y rebajar al menos el umbral de tolerancia a la penalidad.

Por otra parte, Begman y Azaola (2007) expresan que la reclusión es el último eslabón de la cadena llamada el Sistema de Justicia Penal. A las cárceles llegan quienes fueron detenidos, acusados y condenados.

Por tanto, se puede decir que el sistema penal está conformado por cárceles, prisiones o reclusorios cuyo propósito es asegurar y privar de la libertad a personas. Dicha privación de la libertad es llevada a cabo bajo términos completamente legales y su fin principal es castigar a aquellos que han cometido algún delito o representan algún peligro para la sociedad.

Sin embargo, más recientemente se ha comenzado a implementar la pena de privación de la libertad como medio de reinserción social, es decir; además de castigar se pretende reeducar a la persona que delinquiró con el fin de insertarla de nuevo en la sociedad y que este no delinca de nuevo.

En este sentido México Evalúa y el Centro de Análisis de Políticas Públicas (2013) expresan que el propósito de la prisión en México, tal como lo define el artículo 18 constitucional, es lograr la reinserción del sentenciado a la sociedad y procurar que no vuelva a delinquir.

Ahora bien, el funcionamiento de los centros de reclusión en México ha sido muy diverso tal como expresa Gómez (2017):

El sistema carcelario en México tiene varios siglos de historia; desde las jaulas prehispánicas donde se guardaba a los condenados a muerte, hasta las fortalezas como San Juan de Ulúa y el Palacio Negro de Lecumberri, o los actuales penales federales de alta seguridad. Estos espacios de encierro se han ido abriendo y cerrando, creciendo y transformándose de muchas maneras (p.78).

En pocas palabras el sistema penal mexicano posee diversas características y propósitos que han ido cambiando a lo largo del tiempo, mencionados cambios serán abordados en los próximos subtemas.

#### **4.1.1 Época Prehispánica**

El sistema penal en México no es algo reciente, este data aproximadamente desde la época prehispánica, ya para entonces los diversos reinos y señoríos poseían sus propias legislaciones y tenían en materia derecho penal un régimen estricto.

Reyes (2004) describe que en este período el concepto de prisión era el de las jaulas en donde los acusados eran encerrados a la vista pública, durante el tiempo en el cual se dictaba la sentencia, generalmente pena de muerte.

En esta misma línea Plaza (2012) refiere que en el México prehispánico el derecho penal tenía un régimen estricto y la vida se consideraba fundamental, por tanto, el castigo comúnmente utilizado era la muerte.

Aunque México fue una zona geográfica diversa en reinos y señoríos en la actualidad hablando en materia de derecho penal prehispánico la información es escasa. Por ello se comenzará a describir el pueblo Maya, posteriormente el Zapoteca, y el final se describirá el pueblo Azteca cuya información ha sido preservada.

En primer lugar, Floris (1971) narra que el derecho penal Maya era severo y en algunos casos la pena capital fue ejecutada mediante ahogamiento en el cenote sagrado y los delitos por los cuales una persona podía ser acusada y castigada eran diversos.

Plaza (2012) agrega que entre las formas de sancionar el delito se encuentran; para el robo de cosas que no se podían recuperar el castigo era la esclavitud, la sodomía se castigaba con la muerte en un horno ardiente, homicidio de un esclavo con el resarcimiento de daño, deudas en juego de pelota se castigaba con la esclavitud y la violación con lapidación por parte del pueblo entero.

En segundo lugar, referente a los Zapotecas se puede expresar que esta cultura no fue tan marcada por delitos y conductas antisociales, claro ejemplo de ello es que las cárceles eran más bien jacales sin seguridad, ello debido a que la cantidad de delincuentes era poca (Plaza, 2012).

Referente a lo anterior Plaza (2012) esclarece que los zapotecas no solían evadir el castigo y las conductas más graves se castigaban enérgicamente, por ejemplo; la embriaguez entre los jóvenes se sancionaba con el encierro, la mujer adúltera se castigaba con la muerte y si el marido la perdonaba no podía volver con ella, el cómplice de la adúltera era multado y obligado a mantener a los hijos fruto de esa relación (en caso de que existieran).

En tercer lugar, se conoce sobre el derecho Azteca debido a los códices, entre los cuales sobresale el poscortesiano Códice Mendozino, las obras de los historiadores indígenas poscortesianos, las descripciones que hicieron los españoles de las primeras generaciones de conquistadores, la arqueología moderna, el estudio de grupos indígenas y el estudio de idiomas indígenas (Floris, 1971).

La información encontrada mediante estas vías ha permitido conocer detalles del pueblo Azteca tal como indica Plaza (2012) la cárcel como funciona en la actualidad no era necesaria ya que sus castigos eran tan severos que lo más indicado en tales circunstancias eran rituales funerarios.

Las formas utilizadas para la ejecución fueron la muerte en hoguera, el ahorcamiento, ahogamiento, apedreamiento, azotamiento, muerte por golpes de palos, el degollamiento, empalamiento, y desgarramiento del cuerpo (Floris, 1971).

Los castigos o condenas aplicados para los infractores eran a quien robaba casas o asaltaba se le castigaba con exhibición pública, este acto también se castigaba con la esclavitud hasta que se hiciera la restitución de lo robado o una multa del doble de la cantidad robada, una parte para la víctima y la otra para el tesorero del clan; robo del maíz, cuando estaba creciendo en el campo, se castigaba con pena de muerte o esclavitud; el homicidio conducía hacia la pena de muerte, salvo que la viuda abogara por una caída en esclavitud; hurto de oro, plata o jade, se castigaba con pena de muerte; la riña y las lesiones sólo daban lugar a indemnizaciones; para violación, estupro, incesto, adulterio e incontinenia de sacerdotes se castigaba con la pena era la muerte; la intemperancia (vicio de que no sabe moderar sus apetitos), se castigaba con la pena de reprobación social y hasta la muerte por lapidación y golpes; homosexualidad, se castigaba con empalamiento para el sujeto activo,

extracción de las entrañas por el orificio anal para el sujeto pasivo y lesbianismo se castigaba con muerte por garrote (Floris, 1971; Hidalgo, 2007; Plaza, 2012; Vázquez, 2013).

Para llevar a cabo tales penas el pueblo azteca contaba con tres reclusorios (Hidalgo, 2007; Plaza, 2012) Petlacalli (que quiere decir casa de esferas) la cual estaba compuesta por jaulas de maderos gruesos, tapaban y ponían como refuerzo una loza enorme de piedra y desde ese momento el sujeto se sometía a una mala forma de vivir bajo prisión, tanto en la comida y en la bebida, con unas planchas gruesas por cobertor, esta cárcel estaba destinada para culpables de faltas leves, también existía Teilpiloyan para deudores y personas a salvo de la pena de muerte, y Cauhcalli (que quiere decir jaula o casa de palo) para responsables de delitos graves (lesiones, homicidio; condenados a morir).

Una de las legislaciones del Imperio Azteca, que influyó en todo lo que es el derecho precortesiano, era el Código Penal de Netzahualcóyotl, el cual, a base de apedreamientos, la Ley del Talión, ahorcamientos y otras penas semejantes, realizaba la administración de justicia penal (Guerrero y Rosales, 1997).

Ahora bien, entre los aztecas el derecho penal fue el primero que en parte se trasladó de la costumbre al derecho escrito, así pues, se llevaba a cabo un protocolo mediante jeroglíficos y se utilizaban diversos recursos como pruebas testimoniales, confesionales, presunciones, careos y a veces documentos que probaran el delito (Floris, 1971). Sin embargo, la tolerancia española frente a ciertas costumbres jurídicas precolombinas provocó que estas no se extendieran.

Tal como se narra con anterioridad ya para esta época existían por toda la región mexicana regulaciones encargadas de mantener el orden, la estabilidad y tranquilidad de los pueblos. Se hace importante agregar que estas legislaciones no estaban de ninguna forma encaminadas a la reinserción y su visión era punitiva.

#### **4.1.2 Época Colonial**

Después de la caída de los Aztecas la antigua población mexicana cae en manos de los españoles y con ello se inicia la época llamada de la conquista y con ésta la época Colonial, que dura hasta el momento en que se empieza a proclamar la independencia, por el año de 1810 (Guerrero y Rosales,1997).

Por lo que se refiere a la época colonial la llegada de los españoles al México prehispánico marcó un antes y un después en cuanto a derecho penal se refiere ya que se colocaron nuevas imposiciones con nuevos criterios para juzgar y aplicar los castigos correspondientes.

En esta misma línea Floris (1971) manifiesta que, a comienzo del siglo XVI, dos grandes corrientes se encontraron en México, y se amalgamaron bajo fuerte predominación, la primera era una civilización neolítica, en su aspecto, el cual era de carácter jurídico predominantemente Azteca, y la segunda la civilización hispánica, en cuyo derecho las influencias romanas se mezclaban con restos de derechos germánicos y normas canónicas.

Hidalgo (2007) expone que durante la Colonia (etapa de tres siglos de dominación española) de la Nueva España, en lo que ahora es México, fueron utilizadas normas dictadas exclusivamente para las metrópolis y ciudades.

Así pues, tal como describe Vásquez (2013) los españoles trajeron consigo la religión católica en donde se manifiesta el pecado como eje central y fundamental para controlar el actuar de sus seguidores y en este plano existe lo bueno y lo malo, el cielo y el infierno.

Esta influencia que tuvo la iglesia determinó totalmente el propósito de las prisiones e incluso influyó en el objetivo que actualmente conocemos qué es readaptar socialmente al infractor (Guerrero y Rosales, 1997).

Con mencionados antecedentes no es de extrañar que los españoles trajeran consigo sus formas de sanción inspirándose en el rito de la confesión y penitencia, si bien los conquistadores implantaron sus formas de castigo estos no eran los mismos utilizados en España, tal como menciona Melossi, y Pavarini (2005) se

dirigirla una legislación más drástica, en virtud de la necesidad de sometimiento del pueblo recientemente conquistado (Guerrero y Rosales, 1997).

Aún eran utilizados criterios medievales que se mezclaban sin una clara separación entre iglesia y estado. La iglesia intervenía en cuanto a delitos y pecados, sancionando con dureza en ambos campos, manejando tribunales y cárceles sin injerencia gubernamental y a su vez, el Estado desarrollaba sus facultades penales y ejecutivas, sujeto a procedimientos no muy rigurosamente organizados (Mendoza, 2010).

Ahora bien, para poner en práctica la sanción a tales delitos existían en la Ciudad de México las denominadas cárceles públicas entre las que se encontraban La Real Cárcel de Corte de la Nueva España, la cárcel de la ciudad, la cárcel de Santiago Tlatelolco, prisiones como las de San Juan de Ulúa, Perote (ambas ubicadas en Veracruz) y las de la Inquisición (ubicada en la Ciudad de México), conjuntamente con la del Cabildo Metropolitano (ubicada en Puebla), también existían casas de recogida para mujeres en peligro de ser abandonadas y hospicios (Mendoza, 2010; Reyes, 2004).

En relación con las cárceles Hidalgo (2007) describe que fueron lugares degradantes donde se aplicaban castigos inhumanos y tormentosos, entre los males del penal pueden contarse la existencia de la fetidez que se producía dentro de las galeras porque únicamente cada veinticuatro horas se vaciaban los recipientes que servían de urinarios.

#### ***4.1.3 México Independiente***

Las condiciones anteriormente descritas permanecieron aun al estallar la guerra de Independencia en 1810 ya que en todas las cárceles del país reinaba un verdadero caos, la promiscuidad, la crisis, el saqueo eran características propias, de tal manera, que las muertes y homicidios dentro de las cárceles, constituían el hecho normal dentro de los centros penitenciarios (Guerrero y Rosales, 1997).

Estas características se prolongaron durante la lucha por el poder y no es sino hasta el año 1823 habiendo transcurrido dos años de la consumación de la guerra de independencia que se presenta un proyecto sobre el manejo de las prisiones de la época.

Para el año 1843 se estableció la separación de los presos, destinando la cárcel de la ciudad para los sujetos a proceso, la de La Ex- Acordada para los sentenciados y la de Santiago Tlatelolco para los sujetos a presidio o destinados a trabajar en obras públicas (Reyes, 2004).

Posteriormente en el año 1857 se propone respetar como garantía individual el derecho que se tiene a recibir un trato digno en el momento en que se compurga una pena, al respecto Guerrero y Rosales (1997) manifiestan que en el artículo 22 de la constitución del año 1857 se expresa que: “Quedan por siempre prohibidas las penas de mutilación y de infamia, la marca, los azotes, los palos, el tormento de cualquier especie, la multa excesiva, la confiscación de bienes y cualquiera otras penas inusitadas o trascendentales”.

Es de esta forma como se pretendía modificar la cárcel en México, sin embargo, existió una diferencia entre la legalidad escrita y la legalidad aplicada.

Otra de las modificaciones realizadas en el año de 1857 tiene que ver con la eliminación de la pena de muerte la cual se incluye en la constitución de este mismo año artículo 23 el cual hace referencia a la abolición de la pena de muerte (Guerrero y Rosales, 1997).

Ahora bien, este momento histórico representó el momento en que en México el clero dejó de intervenir en asuntos políticos, dejó de organizar la estructura social y sobre todo dejó de participar en el derecho penal.

Sin embargo, pese a que el clero ya no estaba encargado de la legalidad del país las situaciones en cárceles y penitenciarias no mejoró del todo. En el año 1876 Porfirio Díaz Mori asume la presidencia (Figuroa y Rodríguez, 2017) y se mantiene en el poder hasta el año 1911 (Mendoza, 2010). Es durante esta época que México se ve sumergido en un episodio especialmente oscuro dentro de la historia de su derecho penal.

Una de las características principales de Porfirio Díaz tal como menciona Mendoza (2010) es que este usó profusamente las prisiones sin ley para los enemigos del régimen.

Una de las cárceles utilizadas para estos fines fue la colonia penitenciaria en las Islas Marías en donde algunos de sus ocupantes eran juzgados por delitos del fuero federal y político y algunos que otros sentenciados del fuero común que eran enviados al penal a petición de gobiernos estatales (Hidalgo, 2007).

El traslado a dicho penal se realizaba en secreto, y sigilo, con la logística adecuada que ameritaba el caso. Las denominadas cuerdas penales con destino a las Islas Marías se iniciaban primero en ferrocarril y luego por barco para poder llegar al lugar donde se encontraba ubicada la Colonia.

Mendoza (2010) expresa que algunos de los internos de las cárceles de ese entonces eran detenidos privados de su libertad sin otra razón que ser críticos y opositores al gobierno, entre estos opositores se encuentra Ricardo Flores Magón quien relata que una de tantas veces que fue prisionero durante la dictadura fue internado durante semanas en un calabozo:

El calabozo carecía de pavimento y constituía el piso una capa de fango, de tres o cuatro pulgadas de espesor que impedía secar las expectoraciones que negligentemente habían arrojado sobre ellas los incontables y descuidados ocupantes anteriores. Del techo pendían enormes telarañas, desde las que acechaban enormes, negras y horribles arañas. En un rincón abierto en el albañal, había un agujero...Era este uno de los calabozos en los que el déspota acostumbraba arrojar a sus opositores con la esperanza de quebrantar sus espíritus (p.331).

A la par de estos acontecimientos se implementaron una serie de reformas penales ocurridas en las que se toma la decisión de construir una nueva penitenciaría que entre otras cosas servía para reflejar supuestos cambios dentro del sistema penal mexicano.

Dicha penitenciaría fue terminada en 1897 tomando en cuenta modelos franceses y norteamericanos e incorporando un conjunto de crujiás radiales con 724 celdas y con instalaciones para talleres, servicios generales y oficios (Reyes, 2004).

En esta misma línea expresa Hidalgo (2007) que esta penitenciaría se construyó con la idea de que empezara a realizarse la aplicación del sistema progresivo de readaptación de carácter primario en base al trabajo y educación.

Mencionada fortaleza fue conocida como Penitenciaría de la Ciudad de México, después llamada Cárcel Preventiva de la Ciudad de México y posteriormente conocida como el Palacio Negro de Lecumberri, también conocida con el sobrenombre de La Bastilla Mexicana en honor de la célebre y horrorosa prisión francesa La Bastilla sinónimo de guillotina (Hidalgo, 2007).

Lecumberri marcó un cambio en la ciudad, no solo por la aparición de un nuevo y gran conjunto arquitectónico, sino que además por su concepción y funcionamiento (Figuroa y Rodríguez, 2017):

El recluso se convertía en un ser con derechos, pero también con obligaciones al que se le daba la oportunidad de resarcir el daño provocado a la sociedad mediante el arrepentimiento y la reflexión acompañado de jornadas laborales y educativas (p.109).

Lecumberri se convirtió en el modelo ideal de penitenciaría, su visión panorámica sin necesidad de subir a los pisos superiores la hacían perfecta para observar que hacía cada una de las personas que ahí compurgaban, su estructura de altos y resistentes muros lograban que fuera imposible escapar y su drenaje con vericuetos y trampas que evitaba que pudiera ser utilizado como medio de fuga.

El Palacio Negro de Lecumberri poco a poco se convirtió en un proyecto utópico debido una vez más a las diferencias existentes entre planes, leyes, modelos y la realidad, tal como lo describen Figuroa y Rodríguez, (2017) describen que:

El conjunto estaba destinado a alojar a 714 presos; sin embargo, al poco tiempo de inaugurarse se realizaron ajustes para recibir a 996; en 1908 se efectuó una ampliación para continuar con el sobre poblamiento que culminó en

hacinamiento; para 1971 la población rondaba los 3,800 y para 1976 eran alrededor de 6,000 (p.112).

Cuando Lecumberri rebasó su capacidad se originaron una serie de problemas que iban desde cuestiones de falta de espacio, problemas de sanidad, riñas, falta de seguridad interna y muertes.

Por otra parte, tal como mencionan Figueroa y Rodríguez, (2017):

La fama que ostentaba la penitenciaría era detestable entre la sociedad, principalmente por haber recibido entre sus muros a distintos pensadores y personajes ilustres de la vida nacional que se manifestaron contra el gobierno tales como el pintor David Alfaro Siqueiros, el escritor José Revueltas o el político Heberto Castillo, además de los jóvenes que se manifestaban en Tlatelolco el fatídico 2 de octubre de 1968, aunado a ser el sitio que vio en sus muros exteriores el acibillamiento de Francisco I. Madero y José María Pino Suarez (p.114).

Es tras estos acontecimientos que Lecumberri fue desocupada un Domingo primero de Agosto del año 1976. Figueroa y Rodríguez, (2017) narran que el cierre de la penitenciaría de Lecumberri fue un evento que complació a la sociedad, dado que con ello se terminaba una etapa de represión, desigualdad, corrupción y vergüenza para el pueblo; debido a las distintas leyendas e historias que ensombrecieron el desenvolvimiento histórico de la prisión.

#### ***4.1.4 México Moderno***

A la par del cierre de Lecumberri se pusieron a disposición dos nuevos reclusorios preventivos, el reclusorio preventivo norte y el oriente a donde fueron trasladados los internos.

En esta misma línea Reyes (2004) expresa que partir del 1 de Agosto de 1976 a lo largo de unos veinte días, se trasladó en diez o doce viajes a la población de Lecumberri, parte de la cual estaba destinada al Reclusorio Norte y el 26 de octubre de ese mismo año el resto de los internos fueron trasladados al reclusorio oriente.

Ahora bien, los principales planes para el Palacio Negro de Lecumberri consistían en la demolición, no obstante, existió un grupo de intelectuales y personalidades que se opusieron rotundamente a la desaparición del conjunto carcelario, dado que el sitio per se tenía un valor histórico y arquitectónico, por lo que debía ser preservado (Figueroa y Rodríguez, 2017).

Es así como Lecumberri se convirtió en el Archivo General de la Nación, por lo que el inmueble sufrió transformaciones y adaptaciones para alojar ahí al acervo nacional, el cual se inauguró el 27 de Mayo de 1982.

Por otra parte, algunos otros de los acontecimientos que fueron formando poco a poco el sistema penal tal como lo conocemos actualmente tienen que ver con la creación de nuevas penitenciarias, unidades médicas, psiquiátricas y unidades de capacitación para el personal que ahí labora.

En el año 1989 con el fin de atender a la población femenil el sistema penitenciario creó el Reclusorio Preventivo Femenil Norte.

Ahora bien, debido a que no existía capacitación para el personal penitenciario el 21 de Abril de 1990 el sistema penitenciario crea el instituto de capacitación penitenciaria por sus siglas INCAPE.

Mendoza (2010) expresa que es entonces cuando surge el comienzo del verdadero derecho penal y la prisión surge muchos siglos después de que el poder religioso la utilizara como un medio preventivo para evitar que el supuesto violador de la norma social se fugara, en tanto la autoridad, cualquiera que fuera en ese momento la autorizada por el grupo social, decidiera si era culpable y cual pena se le debería aplicar, de acuerdo con las usadas en ese grupo y momento.

## **4.2 Características Generales de los Centros Penitenciarios en México**

Para poder comprender de forma más exacta la calidad de vida y las características psicológicas de las PPL es necesario describir la situación actual de los centros penitenciarios mexicanos.

Según indica CENSIDA (2007) el Sistema Penitenciario Mexicano cuenta con 455 Centros de Readaptación Social con capacidad instalada para 159,693 internos tanto procesados como sentenciados.

Por otro lado, la CDHDF (2013) contabiliza que en México existen 20 centros penitenciarios: 15 de ellos están bajo la jurisdicción del gobierno federal, 11 corresponden a la Ciudad de México, 303 a los gobiernos estatales y 91 a los gobiernos municipales.

Es importante mencionar que el organismo encargado administrar, regular y vigilar los centros de reclusión de la capital de México es la Subsecretaría Del Sistema Penitenciario, la cual tiene entre sus propósitos el promover y coordinar acciones con las instituciones que apoyen las tareas de prevención de conductas delictivas, apoyar a que las PPL realicen actividades de autoempleo mediante la producción de artículos artesanales que sirvan de apoyo económico para ellos y sus familias, fomentar el cumplimiento de los derechos humanos de las personas procesadas y sentenciadas y vigilar que las PPL estén en condiciones psicológicas, materiales y de seguridad que les permitan contar con elementos mínimos para su defensa (Gobierno de la Ciudad de México, Secretaría de gobierno, S/A).

Asimismo, la subsecretaría del sistema penitenciario cuenta con diez centros de reclusión localizados en distintos puntos de la ciudad de México, los cuales tienen entre sus propósitos la reinserción mediante un tratamiento integral el cual incluye trabajo, educación y desarrollo personal.

En la Ciudad de México se encuentran el Reclusorio Preventivo Varonil Sur, el Reclusorio Preventivo Varonil Oriente, el Reclusorio Preventivo Varonil Norte, el Centro de Ejecución de Sanciones Penales Varonil Norte, el Centro de Ejecución de Sanciones Penales Varonil Oriente, la penitenciaría, el Centro Varonil de

Rehabilitación Psicosocial (CEVAREPSI), el Centro Varonil de Readaptación Social Santa Martha Acatitla, el Centro Femenil de Readaptación Social Santa Martha Acatitla y uno más de los centros existentes en la ciudad de México es el Centro Femenil de Reinserción Social Tepepan.

Para el resto de la Republica el organismo encargado es el Sistema Penitenciario Federal y con ayuda del Órgano Administrativo Desconcentrado Prevención y Readaptación Social (OADPRS) que es la Institución encargada de organizar y administrar los Centros Federales de Readaptación Social (CEFERESOS), se lleva a cabo el proceso de readaptación social a nivel federal (Secretaría de gobernación, 2017).

Entre el trabajo que cumple el OADPRS está la reclusión de personas procesadas, la ejecución de sentencias y la aplicación de tratamientos de readaptación social.

En conjunto se puede observar cómo el sistema penitenciario mexicano ha ido evolucionando a lo largo del tiempo, modificándose según las necesidades de la población, creando organismos e instituciones cuya función es garantizar el cumplimiento de la ley acorde a los derechos humanos de la población.

Finalmente es indispensable mencionar que lo revisado hasta este punto hace necesario cuestionar cuales son las características psicológicas de las PPL y como estas características se modifican cuando pierden su libertad.

#### **4.3 Prisionalización: Características Psicológicas de las Personas Privadas de su Libertad**

Los centros de reclusión constituyen una forma completa de vida (Lemoine, 2001) con características únicas, tanto aquellas relacionadas con su contexto local, regional y mundial como aquellas relacionadas con factores políticos e históricos.

Desde una perspectiva social los reclusorios son una pequeña sociedad, en donde se encuentran personas de distintos grupos socioculturales, así como una diversidad de tipos de personalidad, a estos individuos se les presenta la necesidad

de aprender a relacionarse entre ellos para poder desarrollarse adecuadamente dentro de este medio (Bello y Quezada, 2007).

Es importante explicar las características físicas, psicológicas y sociales a las cuales las PPL se tendrán que enfrentar en este sentido Bello y Quezada (2007) aluden que los internos deben de adaptarse a un medio en donde incluso las actividades más simples están reglamentadas y controladas, se alinean individualidades sometiendo a los diferentes individuos a criterios de igualdad.

Asimismo, CENSIDA (2007) manifiesta que las personas que ingresan a un centro penitenciario se están mudando a una comunidad que ha elaborado su propia organización y que funciona como si fuera una pequeña ciudad, con barrios, una cultura propia, resultado del amalgamiento de educación, creencias, mitos, códigos y valores de cada uno de los que ahí viven.

Reyes (2004) indica que la vida de los internos va a cambiar en su totalidad ya que tendrán que adaptarse a nuevas formas de vida, a otros tipos de lenguaje, reglas, personas, espacios entre otros.

Es así como la reclusión aísla a los individuos de su medio ambiente social, quebrantando su personalidad, reduciéndole su capacidad de trabajo, obligándolo al ocio forzoso, lo expone al hacinamiento, a la pérdida de la sociabilidad, desintegración familiar, etcétera (Montesinos, 2007).

A este proceso de adaptación al medio penitenciario y la forma de vivir en él se le llama prisionalización tal como menciona Avilés (2017):

Es una manifestación del efecto psicológico que padecen los internos, causado por el largo periodo de permanencia en una institución penitenciaria. Esta condición influye en su modo de vida denominado subcultura carcelaria, así como en sus formas de adaptación a las normas formales e informales que se desarrollan en instituciones penales (p.2).

Además, Domínguez, (2016) y Echeverri (2010) expresan que prisionalización hace referencia a el proceso por el que una persona, por consecuencia directa de su estancia en la cárcel, asume, sin ser consciente de que ello, el código de conducta

y de valores que dan contenido a la subcultura carcelaria, las personas se adecúan a ver, oír, oler, gustar, de manera que todo aquél que se desvíe de esta nueva sensibilidad sea sometido a la maquinaria disciplinaria de la prisión.

Desde esta perspectiva la prisión tendrá que ser vista como un sistema que establece una interacción compleja e intensa con su ambiente interno y externo, dicha comunicación afecta a todo el conjunto de actores que la integran (Cisneros, 2007).

Este cambio brusco producto del proceso de prisionalización sucederá sobre todo durante los primeros días de privación de la libertad porque estos significan un cambio radical para el interno, para su forma de relacionarse con los otros, su condición y modo de vida.

En un primer momento la persona interna vive bajo el impacto emocional del encierro, esto comienza por el paso por la zona de ingreso, el primer contacto con la cárcel, es la ocasión para la destrucción de su identidad civil al asignársele un número de registro y perder temporalmente el ejercicio de sus derechos parentales. Sólo su nombre es preservado y es en un segundo momento, cuando comienza a hacerse a la cárcel o comenzar con el proceso de prisionalización (Fedelich, 2008; Lemoine, 2001).

El hecho de tener un único entorno para desenvolverse significa un cambio brusco en la vida de las personas, representa un acontecimiento que pone a prueba todas las capacidades mentales para poder manejar las diversas situaciones que se presentan en el contexto penitenciario, por ejemplo; la rutina monótona y minuciosamente planificada de la prisión acaba transformando la imagen del mundo de los internos, muchos de los cuales no llegan a concebir otra forma de vida más que la carcelaria esto provoca un cambio en el comportamiento de los individuos, creando alteraciones en su capacidad de establecer relaciones sociales fuera de la cárcel (Asistencia Legal por los Derechos Humanos, A.C, 2011; Bello y Quezada, 2007; y Mariño Lozan, 2012).

De acuerdo con Bello y Quezada (2007) existen diversos factores psicosociales para que el interno asuma la privación de la libertad y comience con el proceso de

prisonalización como su edad, formación académica, relaciones sociales, nivel económico y vínculos familiares.

Uno de estos factores es la personalidad del individuo anterior al ingreso en un centro de reclusión, ya que esta determinará su adaptación a la privación de la libertad, de tal manera que puede o no favorecer el ajuste a la nueva realidad.

Ahora bien, las características psicosociales de personas privadas de su libertad anterior al ingreso en un centro de reclusión determinan que el interno asuma la privación de la libertad, sino que también lo homogeniza con el resto de ellos, por ejemplo, la pobreza, historial de delincuencia, historial de violencia familiar, ausencia o insuficiencia de escolaridad, adicciones, desempleo anterior al encarcelamiento e inasistencia sanitaria (Begman y Azaola, 2007; Domínguez, 2016; Schifter, 2001 y Ruiz, 1999).

Un aspecto más a resaltar de ingresar a un centro de reclusión tiene que ver con el deterioro de los espacios carcelarios y carencias importantes en lo que se refiere al acondicionamiento de sus espacios, al estado de las instalaciones y el mobiliario, así como en la disponibilidad y el acceso universal por parte de los internos a bienes y servicios básicos (Begman y Azaola, 2007).

Las condiciones físicas del centro de reclusión tienen a su vez como consecuencia la pobreza de estímulos tanto ambiental como social, la ausencia de actividades institucionales de ocupación del tiempo libre de los internos y ello puede manifestarse en un deterioro de las habilidades interpersonales de los sujetos (Ruiz, 1999).

En definitiva, es posible observar cómo el proceso de prisonalización es complejo. Está relacionado con factores biopsicosociales observables aún antes de la privación de la libertad. Estas características dotarán a las personas de valores, creencias, maneras de pensar y de actuar las cuales facilitarán o no la adaptación al medio penitenciario

Lo descrito con anterioridad tendrá como consecuencia el cambio en el estado de ánimo y un cambio de personalidad para el individuo ya que ser encarcelado

representa un evento traumático. Por ello es crucial la atención multidisciplinaria enfocada a tratar problemáticas específicas de esta población.

## 5. VIH/SIDA en Personas Privadas de su Libertad

---

- A mí me duele que ACT UP pida penas de prisión cuando precisamente estamos en contra de ellas, la cárcel es un lugar donde la gente no tiene cuidados, donde la gente se contagia y donde la gente consume heroína sin acceso a jeringas estériles (Campillo, 2017).

El ingreso a la prisión implica la pérdida de la libertad, encierro, incomunicación con el núcleo familiar y con la comunidad, un cambio radical de modo de vida y en las relaciones interpersonales, limitaciones físicas y psicológicas, así como estigma social (Castellanos, 2009).

Teniendo como referencia esta realidad se puede notar que en los establecimientos penitenciarios existen condiciones que favorecen la aparición de diversas problemáticas (económicas, psicológicas, médicas, etc.).

Respecto a ello Scheffer (2001) expresa que las poblaciones institucionalizadas como la privada de su libertad tienen poca o ninguna capacidad de decisión y autonomía para enfrentar los problemas del diario vivir, como por ejemplo en cuanto a salud se refiere.

Entonces resulta que en los establecimientos penitenciarios existen condiciones que favorecen la propagación de las infecciones de transmisión sexual (ITS), esto debido a que las PPL son una población vulnerable a las ITS con unas prevalencias más altas que la población general (Garaycochea, Pino, Chávez, Portilla, Miraval, Arguedas, Linares, Cabezudo, Romero y Espinoza ,2013; Vall-Mayans, 2013).

Una de estas ITS es el VIH/SIDA el cual es un problema de salud pública en centros penitenciarios, el cual se debe abordar desde una perspectiva integral, donde interactúen varios componentes (Mariño, Lozano, 2012).

Al respecto vale la pena decir que las tasas del VIH son más elevadas en las cárceles que en la comunidad en general (UNODC, OIT, PNUD, OMS y ONUSIDA, 2013).

En este sentido el Gobierno de la Ciudad de México, (2019) expresa que el número de casos de VIH, Hepatitis B y C y sífilis es mayor en las PPL que en la población general mientras que los de hipertensión, diabetes y dislipidemias son similares a la situación nacional.

### **5.1 Historia del VIH/SIDA en el Medio Penitenciario Mexicano**

En relación con el cómo se comenzó a desarrollar, reportar e identificar los primeros casos de VIH/SIDA en el medio penitenciario mexicano se tienen pocos datos. Son Castellanos y Palacios (2007) e Izazola, Labastida y Villanueva (1998) quienes documentan que el primer antecedente conocido de casos de SIDA en instituciones penitenciarias de la República Mexicana data del año de 1985, cuando fue registrada la muerte de un interno de 54 años, quien permanecía en el Centro de Readaptación Social de Almoloya de Juárez, en el Estado de México. En el acta de defunción se indicaba que la causa de muerte del interno fue de infección por SIDA.

Posteriormente, el primer caso fue notificado en el año de 1987 y para octubre de 1997 ya había en las cárceles de la Ciudad de México 180 casos acumulados. Desde 1991 se observó un incremento de casos, probablemente debido a que en ese año se inició el programa permanente de detección de SIDA en internos (Izazola, Labastida y Villanueva 1998).

Se hace necesario mencionar que para este punto de la historia de la epidemia de VIH/SIDA en las cárceles y reclusorios mexicanos los internos e internas que vivían con VIH/SIDA recibían una nula atención integral.

Es así que desde 1998 el sistema penitenciario del Distrito Federal concentró a los internos varones que vivían con VIH/SIDA en la Penitenciaría de Santa Martha Acatitla con el fin de otorgarles tratamiento antirretroviral incluso antes de que hubiera acceso universal en el país (CDHDF, 2013).

Entonces, entre el año 2008 y 2009 la Secretaría de Gobierno, la Secretaría de Salud, el Instituto Nacional de Salud Pública y la Clínica Especializada Condesa inician un proyecto al cual tiene como objetivo cubrir tres principios básicos:

equivalencia, voluntariedad y confidencialidad (CDHDF, 2013; Gobierno de la ciudad de México, 2019).

Aunado a esto se creó un vínculo con hospitales de especialidad como el Hospital General Manuel Gea González, el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER), el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (INCMNSZ) y el Hospital Belisario Domínguez (CDHDF, 2013).

Otro paso indispensable fue la implementación del proyecto Ponte a Prueba el cual cuenta con tres componentes: atención, detección y prevención. Parte de las actividades de este programa consiste en la entrega de resultados positivos sobre VIH/SIDA y propuesta de atención por parte de la Clínica Especializada Condesa (CDHDF, 2013; Gobierno de la Ciudad de México, 2019).

Referente a esto Castellanos y Palacios (2007) indican que los Internos e internas que viven con VIH/SIDA están ubicados en el Centro Femenil de Readaptación Social de Santa Marta Acatitla y la Penitenciaría del Distrito Federal, el primero para las mujeres y el segundo para los varones.

El Programa de Atención en VIH se encuentra en la Penitenciaría de Santa Martha Acatitla, las y los internos son atendidos directamente en el interior de la penitenciaría por personal médico del Programa de VIH/SIDA de la Ciudad de México y Clínica Especializada Condesa. La atención consta de monitoreos mediante estudios de CD4, carga viral, exámenes generales y genotipos de acuerdo con las necesidades de cada interno (Gobierno de la ciudad de México, 2019).

Finalmente es importante mencionar que las políticas planteadas por el Programa de VIH/SIDA de la Ciudad de México están basadas en cinco premisas que llevadas a la acción permiten ejecutar con calidad la prevención, detección y manejo oportuno del VIH/SIDA, independientemente del contexto en que se realicen (CENSIDA, 2007); 1) No discriminación, 2) Privacidad y confidencialidad, 3) Acceso a la atención médica integral, 4) Apoyo social y seguridad en el trabajo, y 5) Acceso a información veraz y oportuna.

## **5.2 Factores de Vulnerabilidad que Facilitan la Adquisición de VIH/SIDA en Personas Privadas De Su Libertad**

La alta prevalencia de ITS en la población privada de libertad, comparada con la población general ocurre posiblemente en relación a su comportamiento de alto riesgo, su nivel socioeconómico, la limitada escolaridad y a su poca accesibilidad al sistema de salud, previamente a su internamiento en la cárcel (Garaycochea, Pino, Chávez, Portilla, Miraval, Arguedas, Linares, Cabezudo, Romero y Espinoza, 2013)

Estas condiciones culturales, sociales y económicas que aumentan la vulnerabilidad al VIH/SIDA también aumentan la vulnerabilidad a la privación de la libertad, es decir, la población más vulnerable o afectada por el VIH/SIDA es al mismo tiempo la población más propensa a cometer delitos y ser castigada con cárcel (OMS y ONUSIDA, 2007; UNODC, OIT, PNUD, OMS y ONUSIDA, 2013).

Este punto se puede destacar mencionando que existen diversos factores de vulnerabilidad para las PPL ante el VIH/SIDA entre lo que se encuentran los generales como una higiene personal inadecuada, una mala nutrición, falta de acceso al agua potable y la existencia de servicios de salud inadecuados (Garaycochea, Pino, Chávez, Portilla, Miraval, Arguedas, Linares, Cabezudo, Romero y Espinoza, 2013; UNODC, OIT, PNUD, OMS y ONUSIDA, 2013).

Aunado a estos también están presentes el clima de tensión, violencia y la falta de programas de educación y prevención, lo que trae consigo el que las PPL no tengan acceso a la información y la asistencia médica necesaria lo que dificulta la aplicación de las actividades de prevención y educación sobre VIH/SIDA (Castellanos y Palacios, 2007; OMS y ONUSIDA, 2007).

Otro de estos factores de vulnerabilidad relacionados con la sexualidad son las relaciones sexuales sin protección, las cuales pueden ser producto de diversos factores (como escasa o nula existencia de preservativos, coacción, violación, aumento de la libido, etcétera) o tal como comentan UNODC, OMS y ONUSIDA, (2012) puede utilizarse como una forma de moneda dentro de la prisión y ser intercambiado por dinero, protección o drogas.

En este sentido es importante mencionar que la violación es común en cárceles y a veces a modo de iniciación institucionalizada puede adoptar la forma de violación en banda, ello sucede debido a la escasa supervisión y protección (Izazola, Labastida y Villanueva, 1998; ONUSIDA, 1997; UNODC, OMS y ONUSIDA, 2012).

Uno más de estos factores de vulnerabilidad es la presencia de adicciones desde edad muy temprana (Izazola, Labastida y Villanueva, 1998). Sin embargo, la utilización de drogas inyectables en los centros penitenciarios de México es una práctica poco usual, lo que muy probablemente se deba al estrato sociocultural y económico del que proviene la mayoría de quienes se encuentran internados en ellos (Castellanos y Palacios, 2007).

Un factor de vulnerabilidad que corresponde a la transmisión por vía sanguínea corresponde a la carencia de medidas sanitarias e infraestructura necesaria para la realización de tatuajes y perforaciones dentro de los penales, en donde las personas no toman en cuenta medidas que puedan prevenir el riesgo de contagio por contacto con agujas sin esterilizar (ONUSIDA, 1997). Esto también incluyen el hecho de compartir afeitadoras, los rituales de hermandad o de sangre, y la esterilización inapropiada o la reutilización de instrumentos médicos u odontológicos (UNODC, OMS y ONUSIDA, 2012).

Es necesario decir que estos factores de vulnerabilidad incluyen reclusorios o penitenciarías femeniles, existiendo adicionalmente la posibilidad de la transmisión vertical del VIH (de la mujer embarazada al producto), cuando las mujeres que viven con VIH se embarazan o amamantan a sus hijos (CDHDF, 2013).

En resumen, las cárceles, centros de reclusión y centros penitenciarios son espacios donde se concentran diversas poblaciones vulnerables, como personas pobres, sin acceso a servicios de salud, personas usuarias de drogas, personas con bajo nivel de escolaridad, y contextos de violencia social, entre otras.

Algunas de estas características tienden a empeorar durante la privación de la libertad y ello facilita la infección por VIH. Respecto a esto es indispensable mencionar que el temor a la discriminación disuade a las PPL de someterse voluntariamente a las pruebas de detección del VIH, así como a las medidas de

prevención y educación en materia de VIH/SIDA, y desalienta a los reclusos que viven con VIH a solicitar servicios y tratamiento médico (OMS y ONUSIDA, 2007).

### **5.3 Características Psicológicas de Internos e Internas de Centros de Reclusión que Viven con VIH/SIDA**

Tal como se ha narrado con anterioridad, el VIH/SIDA constituye una grave amenaza sanitaria para la población penitenciaria de numerosos países (entre ellos México) y plantea desafíos importantes (OMS y ONUSIDA, 2007), estos desafíos corresponden a que esta infección/enfermedad impacta esencialmente en tres niveles: el biológico, por las alteraciones que provoca en el funcionamiento del sistema inmunológico; el social, porque trastorna las interacciones con las otras personas por el prejuicio y el estigma que lo han acompañado en su desarrollo histórico, y el emocional, por los aspectos afectivos que involucra (Castellanos, 2009).

Con respecto al nivel emocional Domínguez (2016) refiere que dentro de la cárcel el poder, el miedo, la soledad, la culpa, etc. Afectan a las PPL, estos sentimientos tal como alude Ruíz (1999) tienen lugar en el individuo y se relacionan con una serie de variables intrapsíquicas, los síntomas relacionados con el estado de ánimo en general (como la depresión, ansiedad, estrés, insomnio, etc.) y las habilidades interpersonales.

Es decir, al interior de un reclusorio por lo general se manifiesta una sensación de falta de control, de ausencia de poder, dependencia, abandono, soledad, etcétera. Cuestiones las cuales no son favorables para el bienestar y desarrollo de las personas.

Con respecto al diagnóstico las PPL que viven con VIH/SIDA pueden presentar dos variantes, la primera, cuando el interno fue diagnosticado antes de ingresar al centro penitenciario; la segunda, cuando el diagnóstico de seropositividad ocurre estando en reclusión (Castellanos, 2009). Es esta última la que se describirá a continuación.

En este sentido Ruiz (1999) y Gaviria, Quiceno, Vinaccia, Martínez y Otalvaro (2009) mencionan que cuando el diagnóstico ocurre dentro del penal enfrentarse a esta nueva condición de vida traerá consigo una serie de cambios en el estado de ánimo en general, en las habilidades interpersonales, la forma como la persona se ve a sí misma y a su vida, afectando profundamente el autoconcepto y las relaciones consigo mismos y con los otros.

La adaptación a esta nueva condición de vida dependerá de una multiplicidad de factores, como la edad, el género, el estatus social, el apoyo, la educación, las creencias religiosas, los patrones de personalidad, la inteligencia, los autoesquemas, los estilos de afrontamiento, el equilibrio o control emocional, la red de apoyo entre otras características de la PPL (Gaviria, Quiceno, Vinaccia, Martínez y Otalvaro, 2009).

Los factores relacionados con el tratamiento, los efectos secundarios, el grado de cambio comportamental, así como la calidad del servicio de salud influirán en el bienestar de la persona que vive con VIH/SIDA y por tanto influirán en la adhesión al tratamiento (Villa y Vinaccia, 2006).

Es decir, si en el reclusorio en donde se encuentra la PPL que vive con VIH/SIDA es complicado o costoso obtener el tratamiento, los efectos secundarios son difíciles de sobrellevar, el cambio comportamental es complejo de seguir, la persona no cuenta con una red de apoyo entre otras, el estado de ánimo y la calidad se verán afectados de manera negativa.

Vera y Estrada (2004) explican que el diagnóstico de VIH/SIDA afecta no solo al paciente sino también a la familia, es posible que ante la noticia de la infección/enfermedad se presentarán diferentes tipos de emociones tanto en la familia como en el paciente.

Estas emociones se traducen a reacciones familiares las cuales influirán en la salud y la enfermedad de la PPL que vive con VIH o SIDA. Al respecto Zich y Temoshok (1998; Citado en, Remor, 2002) en un estudio con 103 hombres homosexuales y bisexuales con VIH/SIDA encontraron evidencias de que los sujetos con niveles

bajos de apoyo social experimentaban más síntomas físicos, más desesperanza y depresión que aquellos con un nivel alto de apoyo social.

En otras palabras, si la PPL que vive con VIH/SIDA recibe apoyo social es más probable que tenga adherencia al TAR presente menores síntomas físicos, presente menores o nulos niveles de depresión y desesperanza.

Ahora bien, también es necesario mencionar, tal como expresan Edo y Ballester (2006) las reacciones emocionales que experimentan las personas afectadas por el VIH pueden calificarse como alteraciones universales, generales, lógicas y variables:

Universales en cuanto pueden ser experimentadas, en mayor o menor cantidad o intensidad, por los seropositivos o enfermos de SIDA de todas las partes del mundo; generales y no específicas o exclusivas de la infección por el VIH porque ya han sido descritas con anterioridad en otros tipos de enfermedades; son consecuencias lógicas de la enfermedad puesto que se trata de respuestas de la persona ante un suceso estresante que pone en peligro su existencia; y variables debido a que existen diferentes reacciones entre los afectados y dentro del propio enfermo ya que, su estado psicológico fluctúa mucho a lo largo de todo el proceso de la enfermedad (p.80)

De acuerdo con Rivero y Moreno (2015) en su mayoría estas alteraciones psicológicas pueden ocasionar que la persona se aíse en sí mismas y de la asistencia que requieren, que presenten ansiedad, depresión, estrés entre otras, estas manifestaciones serán en parte, producto del estigma y discriminación que viven las personas que viven con VIH. Es necesario mencionar que lo anterior se pueden agravar al encontrarse en reclusión.

A modo de conclusión podemos decir que existen diversos factores que afectan la estabilidad psicológica de las PPL que viven con VIH/SIDA, la capacidad individual de afrontamiento, las redes de apoyo, la reacción y apoyo familiar, la capacidad de atención de la institución entre otros. Una vez desarrollado este tema es necesario hablar de aquellos factores de vulnerabilidad que facilitan la adquisición de VIH/SIDA en personas privadas de su libertad.

#### **5.4 Importancia de la Información Sobre VIH/SIDA en el Medio Penitenciario**

Partiendo de lo descrito en capítulos anteriores es posible argumentar que un factor importante para la población de centros penitenciarios es que se garantice el acceso a los derechos de educación y salud en sexualidad. Ahora bien, se debe de tomar en cuenta que muchas de las personas privadas de su libertad provienen de lugares en donde no es posible costear la educación básica, las escuelas se encuentran lejos, estudiar no es la prioridad para la familia y no se tiene al hábito de leer o informarse sobre temáticas de salud, en pocas palabras, no se tiene acceso a la educación e información.

Se trata desde luego de una situación que permanece durante el encarcelamiento, en este sentido Insyde (2019) expresa en la revista animal político que una de las omisiones más recurrentes hacia las personas privadas de la libertad, es el derecho de acceso a información, lo que incluye el desconocimiento de su proceso penal, desconocimiento de sus Derechos Humanos como el derecho a la salud, a la higiene, al trabajo, a la educación y a su integridad personal.

En este sentido Ortiz (2014) explica que la educación en los reclusorios busca modificar o cambiar conductas orientar al interno hacia una actitud positiva.

Es por esto que el desafío para los profesionales apunta específicamente a educar continuamente a los colectivos de las diferentes comunidades de PPL, sobre todo aquellos quienes se encuentran vulnerables ante el VIH/SIDA (Gaviria, Lastre y Trejos, 2015).

A partir de esta necesidad y con el objetivo de hacer efectivo el derecho a la educación que tienen las personas privadas de su libertad, el Gobierno de Ciudad de México realiza convenios con instituciones educativas de todos los niveles para que quienes lo deseen inicien o retomen sus estudios, así mismo en los centros penitenciarios se dan cursos extraescolares en donde las PPL toman clases de idiomas, historia, contabilidad, desarrollo humano y ciencias, entre otras materias (Gobierno de la ciudad de México, Secretaría de Gobierno, 2019).

Respecto a los resultados de estos programas la Encuesta Nacional de Población Privada de la Libertad (ENPO; 2016) menciona que el 47% de la población penitenciaria se inscribió a programas educativos, de aquellas personas que no se inscribieron, el 35.1% no tuvo interés en seguir estudiando y el 27.1% no se le permitió inscribirse.

En esta misma línea Asistencia Legal por los Derechos Humanos A.C (2012) narra que la realidad con respecto a las actividades productivas dentro de los centros de reinserción es que éstas se imparten con base en un sistema de privilegios, mismo que desvirtúa su propósito y vulnera los derechos de las personas privadas de libertad:

Los cursos ahí adentro se los cobran por ejemplo el curso de computación creo que les cobran \$300.00 o algo así, hay gente que por supuesto no tienen ni \$10.00 ¿en dónde está el sistema de rehabilitación? Las chicas que están en el COC Centro de Clasificación para enfermas mentales no tienen ni vista, ni dinero ni pueden trabajar ni nada, no tienen posibilidades de nada” (testimonio, persona privada de libertad).

Con esto en mente se hace oportuno resaltar la necesidad de llegar a más población penitenciaria creando cursos, talleres y programas de libre acceso, destinados a todo público sin importar tu nivel escolar o sus posibilidades económicas.

Ahora bien, respecto a la formación y educación sobre VIH/SIDA en las cárceles debe incorporarse no solamente para las PPL, esta debe incorporarse en la capacitación del personal penitenciario general e incorporarse en los planes de estudio de las facultades y universidades (OMS y ONUSIDA, 2007).

Esta información se hace indispensable ya que una violación a los derechos de las PPL tiene que ver con la carencia de información sobre infecciones de transmisión sexual, VIH/SIDA, diversidad sexual, métodos anticonceptivos, entre otros, limitándoles el ejercicio pleno de su sexualidad (Asistencia Legal por los Derechos Humanos A.C, 2012).

En este sentido los programas educativos de salud sexual que brinden información clara, objetiva, libre de prejuicios y oportuna sobre el VIH y el SIDA podrían ayudar a disminuir las prácticas sexuales de riesgo, tanto dentro del sistema carcelario como en la comunidad, lo cual evitaría la transmisión de las PPL a la población general, al cumplir estos sus condenas y reintegrarse a la comunidad (CNDH, 2012; Garaycochea, Pino, Chávez, Portilla, Miraval, Arguedas, Linares, Cabezudo, Romero y Espinoza, 2013; UNODC, OMS y ONUSIDA, 2012).

La educación podría disminuir el temor generalmente resultante de la falta de información sobre la transmisión del VIH y la creencia errónea de que esta infección puede propagarse mediante el contacto fortuito (OMS y ONUSIDA, 2007). De tal forma que en todos los lugares de reclusión se necesitan actividades de sensibilización, información y educación sobre el VIH, las infecciones de transmisión sexual, la hepatitis viral y la tuberculosis. Los programas que ejecutan las autoridades o las organizaciones de la sociedad civil deben ir complementados con programas de educación entre pares, elaborados y aplicados por otros reclusos debidamente capacitados (UNODC, OIT, PNUD, OMS y ONUSIDA, 2013, p.6)

De llevarse a cabo estas actividades y programas la calidad vida de los internos e internas que viven con VIH/SIDA podría mejorar, debido a que tanto sus compañeros como los profesionales que laboran en los centros de reclusión tendrán la información necesaria la cual proporcionará menos prejuicios y creencias falsas en torno a que es el VIH/SIDA.

Respecto a la forma en la que se debe informar es necesario desencadenar un proceso educativo que trabaje con las actitudes, entendiéndolas como predisposiciones intrapsíquicas, unidas mucho más a los aspectos emocionales que a las Capacidades cognitivas (Rusche, Del Cid, y De Souza, 1998).

Basándose en estas premisas en Ecuador en el año 2008 se creó una política de prevención y atención del VIH/SIDA, ITS y Tuberculosis en el sistema de Rehabilitación social Del ecuador, cuyo público objetivo es la comunidad penitenciaria y se entiende por comunidad penitenciaria a las personas privadas de la libertad, personal administrativo, personal técnico, personal de seguridad,

trabajadores/as sexuales, familias y visitas del Sistema de Rehabilitación Social (Consejo Nacional de Rehabilitación Social, 2008).

Mencionadas estrategias incluyen la formación y capacitación de una red de promotores en VIH/SIDA que comprende a PPL, personal de seguridad y equipo multidisciplinario y con base en estas estrategias se diseñaron metodologías de educación que incorporan el implemento de programas de educación de manera periódica y permanente, implementar un sistema de evaluación real de la educación, entregar condones y lubricantes a PPL y a sus visitas, así como a los centros médicos entre otras (Consejo Nacional de Rehabilitación Social, 2008).

Una de las estrategias llevadas a cabo en México fue disponer de un área específica para PPL que viven con VIH/SIDA la cual se encuentra en el Dormitorio 10 de la Penitenciaría Santa Martha Acatitla de la Ciudad de México, la cual para el año 2021 alberga a 180 internos e internas que viven con VIH/SIDA (Gobierno de la Ciudad de México y SECGOB, 2017; ONUSIDA, 2021).

Al respecto Georgina Gutiérrez, activista por los derechos humanos de las personas que viven con el VIH en México comenta (ONUSIDA, 2021):

Las personas que viven con el VIH en la cárcel son invisibles ante la sociedad. Recuerdo que hace muchos años, en modo de protesta, quemaban sus colchones solo para pedir un trato digno.

Uno de los puntos positivos de que en la actualidad exista un área destinada a las PPL que viven con VIH/SIDA es que este cuenta con salón recuperado destinado para realizar talleres y cursos; además de actividades culturales y recreativas con toda la población vulnerable del Centro, pero con atención especial a las personas privadas de la libertad que viven con VIH, que se encuentran en ese dormitorio (Gobierno de la Ciudad de México y Subsecretaría de Sistema Penitenciario, 2017). Dicho espacio facilita el brindar talleres y cursos bajo condiciones estructurales dignas, los cuales podrían ser el punto de partida para programas específicos que incluyan la psicoeducación y terapia psicológica la cual a su vez será parte importante de un tratamiento integral.

Hasta este punto es indispensable mencionar que la prevención y educación no se puede realizar a la fuerza ni tampoco sin conocer la realidad de las poblaciones, por ello es necesario que los profesionales conozcan a las poblaciones, conozcan que es y cómo se comporta el VIH/SIDA y sepan cual es la mejor alternativa de intervención.

## 6. Propuesta Metodológica

---

Estoy intentando entender porque a nadie le importa que estemos muriendo (Murphy, 2014).

### 6.1 Justificación

El VIH/SIDA es una seria amenaza para la salud para las Personas Privadas de su Libertad y constituye un desafío significativo para las autoridades penitenciarias, de salud pública y para los Gobiernos (OMS y ONUSIDA, 2012).

Por tanto, es importante generar estrategias multidisciplinarias que busquen incidir en la disminución de casos de VIH/SIDA en Personas Privadas de su Libertad, que favorezcan la adhesión al tratamiento antirretroviral y fomenten hábitos de autocuidado.

Al respecto OMS y ONUSIDA (2012) recomiendan programas que incluyan educación sobre VIH y SIDA, educación sexual, análisis y asesoramiento voluntarios sobre VIH, entre otros.

Al respecto conviene decir que la psicoeducación como la que aquí se presenta va mucho más allá de la información y aspira a modificar actitudes o conductas que permitan una mejor adaptación a la enfermedad, mediante cambios en su estilo de vida, en sus cogniciones acerca de la infección/enfermedad, en la adhesión al tratamiento, en el manejo de los desencadenantes o en la detección precoz de recaídas (Colom, 2011).

También es cierto que la intervención psicoeducativa incluye la interacción entre la persona que vive con VIH/SIDA, sus familiares, amistades y personas con las que habiten, con el proveedor de la información, que en este sentido será la persona encargada de llevar a cabo el taller psicoeducativo (Rascón, Hernández, Casanova, Alcántara y Sampedro, 2011).

Sería prudente señalar que la psicoeducación es un espacio en el que no solamente se otorga información si no que se brindan herramientas para el manejo de la infección/enfermedad y que la persona que vive con VIH/SIDA, sus amigos, compañeros de estancia y otras Personas Privadas de su Libertad se narren, que tejan nuevas líneas de sentido sobre que es o no el VIH y SIDA.

Al respecto Correa y Hernández (2006) expresan que el gran cometido de la experiencia psicoeducativa repercute en las nuevas comprensiones de la persona que vive con una infección o enfermedad y sus relaciones sociales; además influye positivamente en la alianza terapéutica, en la adherencia al tratamiento y en la solicitud de ayuda en situaciones complejas.

Además de lo anteriormente nombrado es importante mencionar que llevar a cabo programas de intervención que tomen en cuenta las intersecciones de la población de Personas Privadas De Su Libertad permitirá realizar acciones para que mencionadas personas cuenten con herramientas necesarias las cuales estén acorde con las condiciones en que ocurren o se generan las situaciones de riesgo de transmisión del VIH.

Es debido a las diversas características y problemáticas observadas en esta revisión biográfica que surge la siguiente propuesta metodológica, la cual reconoce la necesidad de que las intervenciones psicoeducativas tomen en cuenta las necesidades específicas de las personas privadas de su libertad.

## **6.2 Objetivos**

### **6.2.1 Objetivo General:**

Sensibilizar a las personas privadas de su libertad, respecto al VIH/SIDA, acción que les permitirá desarrollar hábitos de autocuidado y minimizar conductas discriminatorias hacia sí mismos y hacia otras personas privadas de su libertad.

### **6.2.2 Objetivos Particulares:**

- Brindar información a las y los participantes respecto a características biológicas, maneras de transmisión, diagnóstico, historia del VIH/SIDA y hábitos sexuales de autocuidado.
- Facilitar que las personas asistentes al taller sean conscientes de sus prejuicios sustituyendo estos por información verídica respecto al VIH/SIDA, lo que se traduce en términos generales a que no segreguen, discriminen o maltraten a internos o internas que viven con VIH/SIDA.
- Favorecer que las personas asistentes al taller sean capaces de comunicarse con otras personas con temas referentes al VIH/SIDA.
- Brindar información histórica y cultural del VIH/SIDA y con ello entender dónde se gestan los prejuicios entorno a la infección/enfermedad.

### **6.3 Perfil De Egreso**

Las personas asientes a este taller poseerán un conjunto de conocimientos, habilidades y actitudes tales como:

- Comprensión de las generalidades básicas e indispensables sobre el VIH/SIDA.
- Sensibilización respecto a la discriminación por VIH/SIDA en sus múltiples manifestaciones.
- Capacidad de comunicar sus conocimientos adquiridos en el taller.
- Serán conscientes de sus comentarios, acciones y actitudes discriminatorias hacia otras personas.
- Facultad para formar hábitos de autocuidado.

### **6.4 Metodología General del Taller**

#### ***6.4.1 Población***

El taller será dirigido a personas privadas de su libertad que sean mayores de edad, el conocimiento previo del tema no es necesario y es indispensable que sepan leer y escribir español.

#### ***6.4.2 Número de Participantes***

El número de participantes por grupo será mínimo 6 máximo 20 (Herrera, 2003; Martínez, 1991; Patiño, 2016) esto con la finalidad de favorecer la diversidad de opiniones y promover la participación.

### **6.4.3 Materiales**

1. Pizarrón
2. Gises o plumones (según corresponda)
3. Sillas y mesas o mesabanco escolar
4. Hojas
5. Plumas o lápices
6. Etiquetas blancas
7. Masking tape
8. Rotafolio
9. Proyector
10. Laptop
11. Bocinas
12. Cuestionario 1 impreso para cada una de las personas participantes (ver anexo)
13. Tarjetas con diversas afirmaciones verdaderas y falsas sobre VIH
14. Frases incompletas impresas impreso para cada una de las personas participantes (ver anexo)
15. Cuestionario 2 impreso para cada una de las personas participantes (ver anexo)
16. Consentimiento informado impreso para cada una de las personas participantes (ver anexo)

### **6.4.4 Escenario**

El taller se llevará a cabo en un aula disponible dispuesta por el reclusorio o centro de detención donde se impartirá el mismo. El único requisito indispensable será el espacio esté acondicionado para albergar a máximo treinta personas, este bien ventilado e iluminado y sea capaz de resguardar a los asistentes de las condiciones climáticas.

#### **6.4.5 Duración**

Se impartirá semanalmente, en 6 sesiones de máximo dos horas y media

#### **6.4.6 Instructor**

El instructor encargado de impartir el taller deberá ser un psicólogo o psicóloga con dominio del temario a revisar, será necesario que cuente con experiencia en manejo de grupos y que tenga conocimiento respecto a procesos terapéuticos.

## 7. Desarrollo de Actividades

### Sesión 1

**Objetivo:** Proporcionar información respecto a qué es el VIH/SIDA, mecanismos de transmisión, tratamiento y diagnóstico en México y en el sistema penal mexicano.

**Tabla 3**

*Desarrollo de actividades de la sesión 1*

Actividad	Objetivo	Procedimiento	Materiales	Tiempo
<b>1.Presentación del taller</b>	Dar a conocer el objetivo general del taller.	El (la) instructor (a) del taller proporcionará unas palabras de bienvenida a las/los asistentes y explicará el objetivo general de este.	● Ninguno.	5 minutos
<b>2.Presentación de los participantes</b>	Favorecer un clima de confianza para que las personas asistentes al taller se conozcan.	Cada uno de las/los participantes colocarán su nombre (o como prefieren que les llamen) en una de las etiquetas, la cual se colocará en una parte visible. Al finalizar, Cada participante se presentará y mencionará sus expectativas en torno al taller.	●Etiquetas blancas. ● Plumones.	10 minutos
<b>3.Establecimiento de reglas y acuerdos.</b>	Crear reglas y acuerdos para una buena convivencia.	Se realizará una lluvia de ideas respecto a que normas se deberían incluir para el taller, estas se anotarán en el rotafolio y cada sesión estarán pagadas en el aula.	● Rotafolio.	15 minutos.
<b>4.Aplicación de consentimiento informado</b>	Proporcionarles a las las personas participantes confidencialidad respecto a la utilización de su datos personales	Se repartirá a cada una de las personas participantes un consentimiento informado el cual deberán de leer y firmar.	● <b>Consentimiento informado impreso</b>	5 minutos

**Nota:** *Elaboración propia.*

**Tabla 4***Desarrollo de actividades de la sesión 1*

<b>Actividad</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Procedimiento</b>	<b>Materiales</b>	<b>Tiempo</b>
<b>5. Aplicación de cuestionario (cuestionario 1)</b>	Diagnóstico de conocimientos respecto al tema	Se aplicará un breve cuestionario.	● Cuestionario impreso (Ver anexo) ● Pluma	5 minutos
<b>6. ¿Que he escuchado sobre el VIH/SIDA? (1)</b>	Conocer la memoria colectiva sobre VIH/SIDA.	Se realizará una lluvia de ideas en donde cada participante expresará alguna idea, creencia que haya escuchado sobre el VIH, por ejemplo; "Escuche que te infectaban con VIH con jeringas usadas" Se anotarán ideas en el pizarrón.	● Pizarrón. ● Plumón o gis (según corresponda).	15 minutos.
<b>7. Preguntas sobre el VIH/SIDA.</b>	Conocer las de los inquietudes de los participantes sobre VIH/SIDA para posteriormente responder esas cuestiones.	Preguntar a las/los asistentes que temas les gustaría revisar sobre el VIH/SIDA y anotar estas respuestas en el pizarrón.	● Pizarrón. ● Plumón o gis (según corresponda).	10 minutos.
<b>8. Exposición teórica</b>	Brindar información respecto al VIH/SIDA.	El (la) instructor (a) realizará una exposición respecto a aspectos generales biomédicos del VIH/SIDA, enfocándose sobre todo en las cuestiones anteriormente planteadas.	De ser necesario: ● Pizarrón. ● Plumón o gis (según corresponda).	25 minutos.
<b>9. Diagnóstico y tratamiento en el medio penitenciario mexicano</b>	Brindar información respecto a cómo se lleva a cabo el diagnóstico y en caso de ser necesario el tratamiento de VIH/SIDA en el medio penitenciario mexicano.	El (la) instructor (a) explicará las opciones que tienen las PPL para realizarse pruebas, diagnóstico y tratamiento para VIH/SIDA.	De ser necesario: ● Pizarrón. ● Plumón o gis (según corresponda).	15 minutos
<b>10. Cierre</b>	*Finalizar la sesión.	El (la) instructor (a) responderá dudas.	● Ninguno.	15 minutos.

**Nota:** *Elaboración propia. Continuación de la tabla 3*

## Sesión 2

**Objetivo:** Brindar un panorama histórico-cultural del VIH/SIDA en el mundo particularmente en México y con ello facilitar el reconocimiento y modificación de prejuicios entorno a la infección/enfermedad.

**Tabla 5**

*Desarrollo de actividades de la sesión 2*

Actividad	Objetivo	Procedimiento	Materiales	Tiempo
<b>1.Repaso de</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Aclarar dudas</li> <li>● Reforzar conocimiento adquirido.</li> </ul>	<p>El (la) instructor (a) dividirá en pizarrón en dos, uno de los lados dirá <i>verdadero</i> y el otro <i>falso</i>.</p> <p>Posterior a esto repartirá, entre las y los participantes, tarjetas con diversas afirmaciones las cuales tendrán que colocar en el pizarrón según corresponda. Una vez finalizada esta actividad el (la) instructor (a) con ayuda de las/los asistentes explicarán por qué están bien o mal colocadas las tarjetas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Pizarrón.</li> <li>● Plumón o gis (según corresponda).</li> <li>● Tarjetas u hojas blancas.</li> <li>● Masking tape.</li> </ul>	15 minutos.
<b>2.Construir frases (1)</b>	Conocer qué ideas, creencias, prejuicios tiene cada uno de los participantes.	En esta actividad a cada persona asistente al taller se les dará una tarjeta en donde anotará cinco frases que expresen lo que ha escuchado a lo largo de su vida sobre el VIH/SIDA, personas que viven con VIH/SIDA, como se adquiere etc. Por ejemplo; “Escuche que solo los HSH se contagian”, “La gente que tiene VIH se muere” entre otras.	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Hojas blancas.</li> <li>● Plumás o lápices.</li> </ul>	10 minutos.

**Nota:** *Elaboración propia.*

**Tabla 6***Desarrollo de actividades de la sesión 2*

<b>Actividad</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Procedimiento</b>	<b>Materiales</b>	<b>Tiempo</b>
<b>3.Exposición teórica</b>	Brindar información histórica y cultural.	El (la) instructor(a) realizará una narración respecto al panorama histórico cultural del VIH/SIDA en México y el mundo.	De ser necesario: ● Pizarrón. ● Plumón o gis (según corresponda).	40 minutos.
<b>4.¿Que he escuchado sobre el VIH/SIDA? (2)</b>	Determinar si hubo un cambio respecto a las creencias que las y los participantes tenían en la primera sesión y al principio de la segunda	Se revisarán las ideas planteadas y se discutirá cuáles son verdaderas tomando como argumento la información obtenida hasta este punto del taller.	● Pizarrón. ● Plumón o gis (según corresponda).	20 minutos.
<b>5.Construir frases (2)</b>	Formar nuevas frases	Basándose en la información obtenida hasta este punto del taller cada uno de los participantes reformulará sus frases, de tal forma que estas contengan información científica y libre de prejuicios. Para finalizar quien así lo desee podrá compartir sus frases anteriores y las nuevas.	● Ninguno.	20 minutos
<b>6.Buzón de sugerencias, comentarios, experiencias etc.</b>	Proporcionar a las y los participantes un espacio disponible para expresarse de manera anónima.	Se les explicara a las personas asistentes al taller que en un espacio discreto del aula estará un buzón en el que podrán, hacer comentarios de manera anónima. En esta sesión se les solicitará que si desean comenten que prejuicios han escuchado mencionar a otras PPL-	● Buzón ● Hojas de papel pequeñas ● Pluma	5 minutos
<b>7.Cierre</b>	*Finalizar la sesión.	El (la) instructor (a) responderá dudas.	● Ninguno.	20 minutos.

**Nota:** *Elaboración propia. Continuación de la tabla 5.*

## Sesión 3

### Objetivos:

1. Identificar los factores emocionales que intervienen en hábitos de autocuidado en cuanto a relaciones sexuales se refiere.
2. Proporcionar distintas herramientas para favorecer hábitos saludables y de autocuidado.

**Tabla 7**

*Desarrollo de actividades de la sesión 3*

Actividad	Objetivo	Procedimiento	Materiales	Tiempo
<b>1.Lluvia de ideas: pensamientos, creencias y emociones que intervienen en el ejercicio del sexo seguro.</b>	Saber cuáles son las razones más frecuentes para no tener hábitos de autocuidado en cuanto a relaciones sexuales se refiere	La persona encargada de llevar a cabo el taller brindará una pequeña introducción respecto a qué es el sexo seguro. Posteriormente preguntará de manera abierta cuáles son las razones por las cuales no se practica el sexo seguro y se anotarán las respuestas de los participantes en el pizarrón. Algunos ejemplos de lo que las y los participantes pueden anotar son; "Porqué es difícil conseguir condones en el reclusorio"	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Pizarrón.</li> <li>● Plumón o gis (según corresponda).</li> </ul>	20 minutos
<b>2.Exposición teórica</b>	Brindar información respecto a métodos de prevención de ITS.	La persona encargada de realizar el taller explicará a los asistentes del grupo la forma adecuada de llevar a cabo prácticas sexuales seguras, procurando evitar mensajes de prohibición o miedo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Pizarrón.</li> <li>● Plumón o gis (según corresponda).</li> <li>● Kit de demostración de sexo protegido.</li> </ul>	25 minutos.
<b>3.Lluvia de ideas: ¿Qué prácticas puedo implementar para hacer más sencillo el sexo seguro?</b>	Retroalimentar y generar nuevas ideas respecto a cómo realizar prácticas sexuales seguras.	La/Él facilitador invitará a las personas asistentes del taller a participar mencionando estrategias para hacer más divertido y sencillo el utilizar métodos anticonceptivos y prácticas de sexo seguro.	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Ninguno.</li> </ul>	15 minutos

*Nota: Elaboración propia.*

**Tabla 8***Desarrollo de actividades de la sesión 3*

<b>Actividad</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Procedimiento</b>	<b>Materiales</b>	<b>Tiempo</b>
<b>4.Frases incompletas (Frases incompletas 1)</b>	Aterrizar los conocimientos adquiridos.	Cada uno de los/las asistentes del taller completarán una serie de frases proporcionadas por la/el profesional.	●Frases incompletas (Ver anexo) ● Pluma.	20 minutos
<b>5.Realizar frases incompletas grupales.</b>	Revisar y reforzar la información obtenida en la sesión.	Tomando como base las frases incompletas aplicadas de manera individual, se construirán unas grupales. Será importante que conforme se realicen se revise que la información brindada sea correcta.	● Pizarrón. ● Plumón o gis (según corresponda).	20 minutos
<b>6.Buzón de sugerencias, comentarios, experiencias etc.</b>	Proporcionar a las y los participantes un espacio disponible para expresarse de manera anónima.	Se les explicará a las personas asistentes al taller que en un espacio discreto del aula estará un buzón en el que podrán, hacer comentarios de manera anónima.  En esta sesión se les solicitará que si desean comenten cuales son los recursos disponibles en el reclusorio para llevar a cabo prácticas sexuales seguras.	● Buzón ● Hojas de papel pequeñas ● Pluma	5 minutos
<b>7. Cierre</b>	Finalizar la sesión.	Las personas asistentes del taller se colocarán en círculo y cada uno (Incluyendo la/el profesional) expresará dos aprendizajes obtenidos en la sesión.	● Ninguno.	15 minutos

**Nota:** *Elaboración propia. Continuación de la tabla 7.*

## Sesión 4

### Objetivos:

1. Brindar información respecto a etapas de aceptación y asimilación del diagnóstico y con ello generar empatía respecto a lo que implica vivir con VIH/SIDA.
2. Poner en práctica herramientas de primeros auxilios psicológicos.
3. Facilitar la ayuda entre pares.

**Tabla 9**

*Desarrollo de actividades de la sesión 4*

Actividad	Objetivo	Procedimiento	Materiales	Tiempo
<b>1.Introducción</b>	Explicar a las y los asistentes del grupo qué son los primeros auxilios psicológicos.	Brindar información introductoria respecto a qué es y en qué momento se utilizan los primeros auxilios psicológicos.	De ser necesario: ● Pizarrón. ● Plumón o gis (según corresponda).	10 minutos
<b>2.Exposición atapas de duelo</b>	Sensibilizar respecto al proceso que conlleva aceptar tener VIH/SIDA.	El/la profesional explicará de manera breve las etapas por las que pasa una persona que vive con VIH/SIDA para aceptar su diagnóstico	De ser necesario: ● Pizarrón. ● Plumón o gis (según corresponda).	30 minutos
<b>3.Pasos para brindar primeros auxilios psicológicos</b>	Brindar información básica sobre qué hacer en caso de sospecha de diagnóstico o diagnóstico.	El profesional explicará la forma más adecuada de tener un contacto o acercamiento con una persona que tenga sospecha de diagnóstico o esté diagnosticada	● Ninguno.	20 minutos.

**Nota:** *Elaboración propia.*

**Tabla 10***Desarrollo de actividades de la sesión 4*

<b>Actividad</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Procedimiento</b>	<b>Materiales</b>	<b>Tiempo</b>
<b>4.Juego de Rol o técnica de dramatización</b>	Ejemplificar la información expresada.	Las/los participantes del grupo se formarán por parejas, posteriormente cada una de ellas representará una situación en la que una de las personas tiene la sospecha tener VIH/SIDA recientemente se le diagnosticó El resto de los participantes podrán hacer observaciones.	● Ninguno.	30 minutos.
<b>5.Buzón de sugerencias, comentarios, experiencias etc.</b>	Proporcionar a las y los participantes un espacio disponible para expresarse de manera anónima.	Seles explicara a las personas asistentes al taller que en un espacio discreto del aula estará un buzón en el que podrán, hacer comentarios de manera anónima.	● Buzón ● Hojas de papel pequeñas ● Pluma	5 minutos
<b>6.Cierre</b>	Finalizar sesión y resolver dudas.	La/el profesional preguntará las personas asistentes al taller que es lo que aprendieron en la sesión y que conocimiento les gustaría reforzar. Se procurará llegar a un diálogo que facilite el intercambio de información entre las/los asistentes.	●Ninguno	10 minutos

**Nota:** *Elaboración propia. Continuación de la tabla 9.*

## Sesión 5

### Objetivos:

1. Repasar y resumir la información brindada en las sesiones anteriores a esta.
2. Crear un ambiente empático que sensibilice a los participantes respecto a que significa ser una persona que vive con VIH/SIDA.
3. Facilitar el apoyo entre pares.

**Tabla 11**

*Desarrollo de actividades de la sesión 5*

Actividad	Objetivo	Procedimiento	Materiales	Tiempo
<b>1.Repaso de sesiones anteriores</b>	Resumir la información brindada hasta esta sesión.	Con ayuda de las/los asistentes del taller se realizará un breve repaso de la información revisada en sesiones anteriores.	● Ninguno.	20 minutos
<b>2.Realizar un cuento</b>	Reforzar qué es el VIH/SIDA.	Cada una de las personas asistentes del taller (incluyendo la/el facilitador) realizará un cuento breve ejemplificando qué es el VIH/SIDA. Posteriormente la/el profesional compartirá su cuento, invitando a las/los participantes a hacer lo mismo.	● Hojas blancas. ● Pluma.	30 minutos
<b>3.Línea del tiempo</b>	Realizar un breve repaso por la historia del VIH/SIDA.	Se le expresará a las/los participantes del taller que tendrán que dividirse en grupos y explicar los distintos acontecimientos sucedidos a lo largo de la historia del VIH/SIDA.	● Rotafolios. ● Plumones.	20 minutos

**Nota:** *Elaboración propia.*

**Tabla 12***Desarrollo de actividades de la sesión 5*

<b>Actividad</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Procedimiento</b>	<b>Materiales</b>	<b>Tiempo</b>
<b>3.Revisión sobre prejuicios, creencias y discriminación</b>	Revisar creencias, prejuicios y discriminación.	Realizar una exposición breve respecto a que son las creencias, prejuicios y discriminación. Posterior a esto se les preguntará a las y los participantes si han vivido, observado o realizado.	● Ninguno	10 minutos
<b>4.Carta</b>	Sensibilizar a los participantes respecto a qué implica ser una persona que vive con VIH/SIDA.	Cada una de las personas asistentes al taller escribirá una carta relatando qué le gustaría que le dijeran si él/ella fuera recién diagnosticado con VIH/SIDA. Posterior a esto quién lo desee leerá lo escrito al resto de personas del taller	● Hojas limpias ● Pluma.	20 minutos
<b>5.Cierre</b>	*Dar cierre a la sesión.	Cada uno de los/las participantes del taller mencionará que sintió y pensó al escuchar las cartas de las personas que las leyeron.	● Ninguno	15 minutos

**Nota:** *Elaboración propia. Continuación de la tabla 11.*

## Sesión 6

Objetivo: Dar un cierre del taller

**Tabla 13**

*Desarrollo de actividades de la sesión 6*

<b>Actividad</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Procedimiento</b>	<b>Materiales</b>	<b>Tiempo</b>
<b>1. Aplicación de cuestionario (cuestionario 2)</b>	Comparar los conocimientos previos a los adquiridos en el taller.	Se aplicará un breve cuestionario.	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Cuestionario impreso (Ver anexo)</li> <li>● Pluma</li> </ul>	15 minutos
<b>2. ¿Qué aprendí en este taller?</b>	*Saber que conocimientos fueron más significativos para las/los asistentes del taller.	Cada una de las personas expresará que cosas ha aprendido en el taller.	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Ninguno</li> </ul>	20 minutos
<b>3. ¿Cómo puedo aplicar lo aprendido?</b>	*Conocer qué harán y cómo mejorarán su vida las personas asistentes del taller.	Las/los participantes del taller expresan como la información obtenida mejorará su vida y la vida de las personas que le rodean.	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Ninguno</li> </ul>	20 minutos
<b>4. Cinematografía para ejemplificar</b>	*Ilustrar lo aprendido.	*El/la profesional proyectará cortos que reflejen la vida de una persona que vive con VIH/SIDA, el contexto social, histórico, etc.	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Proyector</li> <li>● Laptop</li> <li>● Bocinas</li> </ul>	65 minutos

**Nota:** *Elaboración propia.*

## 8. Alcances y Limitaciones

---

El Virus de la Inmunodeficiencia Humana ha sido ampliamente estudiado en cuanto aspectos biomédicos se refiere, se conoce el tipo de virus que lo provoca, los tipos que existen, su estructura viral, su ciclo de replicación y cuál es el tratamiento más adecuado para frenar su avance. De esta misma forma se tiene amplio conocimiento de las características poblacionales de las personas que han vivido y viven con VIH/SIDA.

Al comienzo de la epidemia dichas características poblacionales fueron muy específicas y estaban relacionadas con lo prohibido, lo pecaminoso, lo incorrecto, lo sucio y lo de lo que no debía hablarse, referías premisas han perpetuado hasta nuestros días en forma de estereotipos, prejuicios y creencias que dificultan el acceso a una salud integral.

Para el caso de la disciplina que nos compete, es cierto que se han desarrollado posibles tratamientos enfocados a que la personas que viven con VIH/SIDA tengan una vida plena. Sin embargo, por un lado, también es cierto que estas intervenciones se ven obstaculizadas por estos mismos estereotipos, prejuicios y creencias, y por otro lado estas no contemplan factores de vulnerabilidad relacionados a poblaciones como la privada de su libertad.

Debido a estas problemáticas el primer alcance de este trabajo está enfocado en la propagación de información introductoria y de sensibilización respecto al VIH/SIDA, pretendiendo con ello un acercamiento enfocado a personas privadas de su libertad.

Sin embargo, como primera limitante la información referente a PPL que viven con VIH/SIDA, así como las vulnerabilidades que les rodean es escasa. Lo cual pone de manifiesto lo necesario que es realizar investigaciones referentes a sexualidad y personas privadas de su libertad, que permitan conocer la realidad de esta población y a su vez faciliten generar intervenciones psicológicas y psicoeducativas más eficaces.

Un segundo alcance alude a la recopilación de información sobre VIH/SIDA abordándola desde el ámbito de la psicología y en esta misma línea como tercer alcance generando con ella un espacio participativo y por tanto adaptado al contexto carcelario, a los distintos grados escolares, distintas orientaciones sexuales e identidades de género, lo cual motivará a cada uno de los asistentes a hacer cambios en el plano individual, asumiendo la responsabilidad de su salud sexual y reproductiva.

Un cuarto alcance hace referencia a la adquisición de habilidades destrezas, técnicas y conductas que permitirán la comunicación entre pares, la cual favorecerá la adhesión al TAR, promoverá los hábitos de autocuidado y prevención en sus distintos ámbitos.

Una posible limitante para las y los profesionales que no conocen las reglas implícitas e interacción entre las Personas Privadas De Su Libertad radica en el no poder establecer rapport con el grupo, teniendo como consecuencia que no se cumplan del todo los objetivos del taller. Lo anterior podría prevenirse si la persona encargada de impartir el taller se documenta ampliamente respecto las PPL, la historia de cárceles y reclusorios, derechos humanos de las PPL, derechos sexuales y reproductivos, características psicologías de las PPL y trabajadores de cárceles y reclusorios entre otras.

Un quinto y sexto alcance corresponden a eliminar la creencia de que el VIH/SIDA es un padecimiento exclusivo de hombres que tienen sexo y proporcionar métodos de prevención de ITS, acciones que permitirán que todas las personas sin importar su orientación sexual o su identidad de género lleven a cabo prácticas de autocuidado.

Durante la realización de esta investigación documental se pudo observar que existen áreas de oportunidad que permitirían enriquecer el taller, por ejemplo, sería beneficioso incluir a profesionales de la salud como médicos o enfermeros para explicar aquellas cuestiones biomédicas, o antropólogos o historiadores que narren la historia de las cárceles y reclusorios esto con el fin de crear espacios colaborativos y multidisciplinarios que beneficien a las y los asistentes del taller.

A modo de resumen, teniendo en cuenta la discusión planteada se puede observar que esta propuesta de taller posee diversos alcances entre los que se encuentran: 1) brindar información médica, biológica, histórica, social que permita sensibilizar respecto al VIH/SIDA, 2) recopilación de información sobre VIH/SIDA abordándola desde el ámbito de la psicología 3) generar un ambiente participativo que fomente la libre expresión favoreciendo la comunicación entre internos, 4) favorecer la prevención, adhesión al TAR y hábitos de autocuidado, 5) eliminar la creencia de que el VIH/SIDA es un padecimiento exclusivo de hombres que tienen sexo con otros hombres y 6) facilitar información sobre el VIH/SIDA, métodos de prevención de ITS, procedimientos a seguir en el sistema penal, todo esto desde una perspectiva no invasiva, acorde al medio y en un lenguaje que cualquier PPL pueda entender.

## Referencias

---

- Allen, L. y Torres, P. (2008). Género, poder y VIH/SIDA en la vida de las mujeres mexicanas: prevención, atención y acciones prioritarias. En Córdoba, J., Ponce de León, S. & Valdespino, J. (Eds.). 25 años de SIDA en México. Logros, desaciertos y retos (2ª. ed., pp. 275-288). Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública.  
<http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/SIDA25axos-26mar.pdf>
- Álvarez, L. (2006). Las técnicas cognitivo-conductuales como apoyo psicológico a pacientes con VIH/SIDA. (Tesina para obtener el título de licenciado en psicología). <http://132.248.9.195/pd2006/0602756/0602756.pdf>
- American Psychiatric Association (APA). (1995). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR. Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association (APA). (2013). Guía de consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-5™. Estados Unidos: American Psychiatric Publishing.  
<http://www.psicoaragon.es/wp-content/uploads/2017/06/DSM-5.pdf>
- Ángel. (6 de Noviembre de 2018). Mi compañero de vida se fue (Mensaje en un blog).[http://gtt-vih.org/participa/historias\\_personales/mi\\_companero\\_vida\\_se\\_fue](http://gtt-vih.org/participa/historias_personales/mi_companero_vida_se_fue)
- Álvarez Suárez, Y., Marín López, A., Lobato, M., y Galindo Rodríguez. (1989). Donadores sanguíneos remunerados: un nuevo grupo de riesgo para desarrollar sida en México. Salud Publica, 31, 642-644.  
[saludpublica.mx/index.php/spm/article/download/49/49](http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/download/49/49)
- Arnal, R. B. (2005). Aportaciones desde la psicología al tratamiento de las personas con infección por VIH/SIDA. Revista de psicopatología y psicología clínica, 10(1), 53-69.  
<http://revistas.uned.es/index.php/RPPC/article/viewFile/3989/3844>

- Ariza, M., y de Oliveira. O. (2005). Género, clase y concepciones sobre sexualidad en México. *Caderno CRH*, 18(43).  
<http://www.redalyc.org/html/3476/347632166002/>
- Artigas, A. H. (2018). Opresión e interseccionalidad. *Dilemata*, (26), 275-284.  
<https://www.dilemata.net/revista/index.php/dilemata/article/view/412000196/563>
- Asistencia Legal por los Derechos Humanos A.C. (ASILEGAL). (2011). Personas privadas de la libertad de la comunidad LGBTTTTI ¿Comunidad sin derechos?  
<http://asilegal.org.mx/wp-content/uploads/2018/10/Personas-privadas-de-la-libertad-de-la-comunidad-LGBTTTTI.pdf>
- Asistencia Legal por los Derechos Humanos A.C. (ASILEGAL), Documenta, Análisis y Acción para la Justicia Social, A.C. y el Instituto de Derechos Humanos Ignacio Ellacuría SJ de la Universidad Iberoamericana Puebla. (2012). Informe sobre la situación de las personas privadas de libertad en México.  
<https://www.documenta.org.mx/wp-content/uploads/2020/04/Informe-sobre-la-situacio%CC%81n-de-personas-privadas-de-la-libertad-en-Me%CC%81xico.pdf>
- Avilés, Quevedo, E. (2017). El fenómeno de la prisionalización: complejo penitenciario Islas Marías. *RICSH Revista Iberoamericana de las Ciencias Sociales y Humanísticas*, 6 (12).  
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=503954320014>
- Blanco, C., Et al. (2014). Uso de técnicas de relajación en una clínica de psicología. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 30(2), 403-411.  
<https://revistas.um.es/analesps/article/view/analesps.30.2.158451>
- Ballester, R. (2002). Adhesión terapéutica: revisión histórica y estado de la cuestión en la infección por VIH/SIDA. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 7(3), 151-175.  
<http://revistas.uned.es/index.php/RPPC/article/view/3931/3785>

- Ballester, R. (2005). Aportaciones desde la psicología al tratamiento de las personas con infección por VIH/SIDA. Volumen 10, Número 1, pp. 53-69. <http://www.sidastudi.org/resources/inmagic-img/DD10062.pdf>
- Balon, N y Carmona V. (2014). Depresión: una propuesta de taller. (Tesis para obtener el título de licenciado en psicología). <http://132.248.9.195/ptd2014/septiembre/0719637/Index.html>
- Beck, J. (2000). Terapia cognitiva conceptos básicos y profundización, Barcelona, España: Gedisa.
- Beck, J. (2007). Terapia cognitiva para la superación de retos. Barcelona, España: Gedisa
- Begman, M. y Azaola, E. (2007). Cárceles en México: Cuadros de una Crisis. Urvio, Revista Latinoamericana de Seguridad Ciudadana. No. 1, pp. 74-87. <https://www.redalyc.org/pdf/5526/552656565005.pdf>
- Bello, Espinoza, S. y Quezada, Asencio, J.A. (2007). El proceso de socialización y adaptación del sujeto privado de su libertad en el Reclusorio Preventivo Varonil Oriente. En Cisneros, J. J., y Anguiano, L. H. Nuevas y viejas formas de la penalidad en América Latina. México: Elaleph. <https://www.insumisos.com/lecturasinsumisas/Nuevas%20y%20viejas%20formas%20de%20la%20penalidad.pdf>
- Bernal, C. F. (2008). El virus de inmunodeficiencia humana VIH y el sistema nervioso. Principios generales. Acta Neurol Colomb, 24(3), 124-141. [https://www.acnweb.org/acta/2008\\_24\\_3\\_124.pdf](https://www.acnweb.org/acta/2008_24_3_124.pdf)
- Bermúdez, M., y Teva, I. (2004). Situación actual del VIH/sida en México: análisis de las diferencias por entidad federativa. Psicología y Salud, 14(1), 101-112. [https://www.researchgate.net/profile/Inmaculada\\_Teva/publication/26472609\\_Situacion\\_actual\\_del\\_VIHsida\\_en\\_Mexico\\_analisis\\_de\\_las\\_diferencias\\_por\\_entidad\\_federativa/links/00b49535a1e77343e3000000/Situacion-actual-del-VIH-sida-en-Mexico-analisis-de-las-diferencias-por-entidad-federativa.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Inmaculada_Teva/publication/26472609_Situacion_actual_del_VIHsida_en_Mexico_analisis_de_las_diferencias_por_entidad_federativa/links/00b49535a1e77343e3000000/Situacion-actual-del-VIH-sida-en-Mexico-analisis-de-las-diferencias-por-entidad-federativa.pdf)

- Beyebach, M y Herrero de la Vega, M. (2010). 200 tareas en terapia breve. Barcelona, España: Herder Editorial
- Bravo, G., y Ortiz, P. (2016). Análisis de la mortalidad por VIH/SIDA en México en el periodo 1990-2013: ¿se cumplirá la meta establecida en los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) para el año 2015?. Gaceta medica de México, 152: 819-30. [https://www.anmm.org.mx/GMM/2016/n6/GMM\\_152\\_2016\\_6\\_819-830.pdf](https://www.anmm.org.mx/GMM/2016/n6/GMM_152_2016_6_819-830.pdf)
- Brito, A. (1 de julio de 2010). La indignación permanece. Legado de Carlos Monsiváis. La jornada. <http://www.jornada.com.mx/2010/07/01/ls-opinion.html>
- Bronfman, M. y Leyva, R. (2008). Migración y SIDA en México. En Córdoba, J., Ponce de León, S. y Valdespino, J. (Eds.). 25 años de SIDA en México. Logros, desaciertos y retos (2ª. ed., pp. 241-258). Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública. <http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/SIDA25axos-26mar.pdf>
- Busso, G. (2001). Vulnerabilidad social: nociones e implicancias de políticas para Latinoamérica a inicios del siglo XXI. documento presentado en el Seminario Internacional “Las diferentes expresiones de la vulnerabilidad social en América Latina y el Caribe” (Santiago de Chile, 20 y 21 de junio), inédito. [https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/7704957/orgin011.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1540014179&Signature=INiwG9I6RAYejMhQ4usYwQUikbE%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DVulnerabilidad\\_social\\_nociones\\_e\\_implica.pdf](https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/7704957/orgin011.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1540014179&Signature=INiwG9I6RAYejMhQ4usYwQUikbE%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DVulnerabilidad_social_nociones_e_implica.pdf)
- Cabrera, G., Hernández, C., y Rosas, R. (2018). El sadomasoquismo: relación entre creencias y actitudes en personas heterosexuales y homosexuales de la zona metropolitana. (Tesis para obtener el título de licenciado en psicología). <http://132.248.9.195/ptd2018/mayo/0773675/Index.html>
- Cahuana, H., Chilian, O., Bautista, A., Contreras, L., et al. (2015). Corrección de la mala clasificación de las muertes por sida en México: Análisis retrospectivo

de 1983 a 2012. Salud Pública de México, 57(Supl. 2), s142-s152.  
[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342015000800008&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342015000800008&lng=es&tlng=es).

Callejo, M.L. y Villa, A. (2003). Origen y formación de creencias sobre la resolución de problemas. Estudio de un grupo de alumnos que comienzan la educación secundaria. Boletín de la Asociación Matemática Venezolana, Vol. 10, No. 2.  
<https://www.emis.de/journals/BAMV/conten/vol10/mcallejo+vila.pdf>

Campillo, R. (Director). (2017). 120 latidos por minuto [Película]. Les films de Pierre Calvete, E., y Cardeñoso, O. (2001). Creencias, resolución de problemas y correlatos psicológicos. Psicothema, 13 (1), 95-100,  
<http://www.psicothema.com/pdf/419.pdf>

Calzada, J. G. (2004). La técnica de las frases incompletas: Revisión, usos y aplicaciones en procesos de orientación vocacional. [http://www. psi. uba. ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios\\_catedras/obligatorias/042\\_ttemdm2c2/material/fichas/tecnica\\_de\\_las\\_frases\\_incompletas. pdf](http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/042_ttemdm2c2/material/fichas/tecnica_de_las_frases_incompletas.pdf).

Caro, G. (2009). Manual teórico-práctico de psicoterapias cognitivas 2ª Edición. España: Desclee De Brouwer

Casanova, S. P., Casanova, C. P., y Casanova, C. C. (2002). Demencia asociada al SIDA. Rev Neurol, 34(8), 781-7.  
[https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/37747605/demencia\\_asociada\\_al\\_Sida.pdf\\_revista\\_neurologica.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1520912147&Signature=Xvixd%2FfLYQnQkhnnB1dYABWqv90%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DDemencia\\_asociada\\_a\\_la\\_enfermedad\\_de\\_SID.pdf](https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/37747605/demencia_asociada_al_Sida.pdf_revista_neurologica.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1520912147&Signature=Xvixd%2FfLYQnQkhnnB1dYABWqv90%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DDemencia_asociada_a_la_enfermedad_de_SID.pdf)

Casanova, S.P., y Casanova, C.C. (2005). Clínica neurológica en pacientes infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana en un país de África. Revista Cubana de Medicina, 44(1-2)

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75232005000200005&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232005000200005&lng=es&tlng=es)

Castellanos, C., y Jerez, R. (1996). El duelo: un abordaje clínico para pensar en el SIDA. Ciencia y sociedad. <http://repositoriobiblioteca.intec.edu.do/bitstream/handle/123456789/968/CI-SO19962101-02-058-066.PDF?sequence=1&isAllowed=y>

Castellanos, López. y Palacios. (2007). Representación social del VIH/SIDA en personas que viven y trabajan en dos centros penitenciarios mexicanos. Psicología y Salud. Vol. 17, No1: 33-43. <https://investigacion.cephcis.unam.mx/generoyrsociales/wp-content/uploads/2015/08/Representación-social-del-VIH-SIDA-en-personas-que-viven-y-trabajan-en-centros-penitenciarios-de-Mexico.pdf>

Castellanos., López., G. (2009). Vivir con VIH/sida en prisión: el caso de la Ciudad de México. Psicología y Salud, Vol. 19, Núm. 1. <https://www.redalyc.org/pdf/291/29111983009.pdf>

Centro Nacional para la prevención y el control del VIH/SIDA (CENSIDA). (2006). Guía para la aplicación de la prueba rápida. México: Secretaría de salud. [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/27271/guia\\_prueba\\_rapida.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/27271/guia_prueba_rapida.pdf)

Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el SIDA (CENSIDA). (2007). Guía sobre Prevención de VIH, para personal que Trabaja en Centros Penitenciarios. Secretaría de salud. <https://www.gob.mx/censida/documentos/guia-sobre-prevencion-de-vih-para-personal-que-vive-en-centros-penitenciarios>

Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA (CENSIDA)., Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud., Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA (CONASIDA). (2009). Guía de enfermería para la atención de las personas con VIH. México: Secretaría de salud.

[https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/27267/guia\\_enfermeria\\_2a.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/27267/guia_enfermeria_2a.pdf)

Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA (CENSIDA), Secretaría de salud. (2012). El VIH/SIDA en México 2012. [http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/biblioteca/VIHSIDA\\_MEX2012.pdf](http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/biblioteca/VIHSIDA_MEX2012.pdf)

Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA (CENSIDA), Dirección general de epidemiología. (2012). Vigilancia Epidemiológica de casos de VIH/SIDA en México Registro Nacional de Casos de SIDA Actualización al 30 de Junio del 2012. México: Secretaría de salud. [http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/2012/sida\\_vih30junio2012pub2.pdf](http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/2012/sida_vih30junio2012pub2.pdf)

Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA (CENSIDA), Consejo Nacional para la Prevención y Control del Sida (CONASIDA), Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. (2014). Guía de manejo antirretroviral de las personas con VIH. México: Secretaría de salud. [http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/2012/sida\\_vih30junio2012pub2.pdf](http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/2012/sida_vih30junio2012pub2.pdf)

Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA (CENSIDA), Consejo Nacional para la Prevención y Control del Sida (CONASIDA), Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. (2015). Guía para la Atención Estomatológica en Personas con VIH. México: Secretaría de salud. [http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/biblioteca/GUIA\\_ESTOMATOLOGICA2015.pdf](http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/biblioteca/GUIA_ESTOMATOLOGICA2015.pdf)

Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA (CENSIDA). (2016) a. Informe nacional de avances en la respuesta al VIH y el sida. México: Secretaría de salud. [http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/ungass/GARPR\\_Mx\\_2016VFin.pdf](http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/ungass/GARPR_Mx_2016VFin.pdf)

Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA (CENSIDA). Dirección general de epidemiología. (2016) b. Vigilancia Epidemiológica de casos de VIH/SIDA en México Registro Nacional de Casos de SIDA Actualización al 15 de noviembre de 2016. México: Secretaría de salud. [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/121017/RN\\_2do\\_trim\\_2016.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/121017/RN_2do_trim_2016.pdf)

Centro nacional para la prevención y control del VIH/SIDA (CENSIDA). (2018a). Guía para la detección del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), México: Censida/Secretaría de Salud. [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/286892/Gu\\_a\\_de\\_detecci\\_n\\_de\\_VIH\\_Censida\\_2018\\_VF.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/286892/Gu_a_de_detecci_n_de_VIH_Censida_2018_VF.pdf)

Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA (CENSIDA). Dirección general de epidemiología. (2018b). Vigilancia Epidemiológica de casos de VIH/SIDA en México Registro Nacional de Casos de SIDA Actualización al 1er. trimestre del 2018. México: Secretaría de salud. [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/328400/RN\\_1er\\_trim\\_2018.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/328400/RN_1er_trim_2018.pdf)

Cerna, R. y Pérez, G. (2005). Intervención psicológica en pacientes con VIH-SIDA por medio de un taller educativo terapéutico. (Tesis para obtener el título de licenciado en psicología). <http://132.248.9.195/pd2005/0601845/Index.html>

Chávez, R. E., y Castillo, M. R. (2017). Revisión bibliográfica sobre VIH/sida. MULTIMED Revista Médica Granma, 17(4). <http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/340/484>

Cisneros, J.L. (2007). Racionalidad del trabajo en prisión. ¿Transformación de la conciencia o domesticación? En Cisneros, J. J., y Anguiano, L. H. Nuevas y viejas formas de la penalidad en América Latina. México: Elaleph. <https://www.insumisos.com/lecturasinsumisas/Nuevas%20y%20viejas%20formas%20de%20la%20penalidad.pdf>

- Cobo, M.F. (2007). Aspectos clínicos y microbiológicos de la infección por VIH, nuevos avances en el tratamiento del SIDA. Madrid: Formación Alcalá.
- Colom, F. (2011). Psicoeducación, el litio de las psicoterapias. Algunas consideraciones sobre su eficacia y su. Revista Colombiana de Psiquiatría, 40(5), 147S-165S. <https://www.redalyc.org/pdf/806/80622316010.pdf>
- Comisión de derechos humanos del Distrito Federal (CDHDF). (2013). Derecho a la salud en centros de reclusión. Revista de derechos humanos Dfensor, Número 08, año XI. [https://cdhdf.org.mx/wp-content/uploads/2014/05/dfensor\\_08\\_2013.pdf](https://cdhdf.org.mx/wp-content/uploads/2014/05/dfensor_08_2013.pdf)
- Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH). (2012). Los derechos de las Personas que viven con VIH o SIDA en reclusión. México: CNDH. [http://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/cartillas/17\\_Cartilla\\_DH\\_VIHSida\\_Reclusion.pdf](http://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/cartillas/17_Cartilla_DH_VIHSida_Reclusion.pdf)
- Consejo Nacional de Rehabilitación Social. (2008). Política de prevención y atención del VIH-SIDA, ITS y Tuberculosis en el sistema de Rehabilitación Social del Ecuador. <https://biblio.flacsoandes.edu.ec/libros/digital/55734.pdf>
- Consejo nacional para la prevención y control del SIDA (CONASIDA). (1998). Guía para la atención psicológica de personas que viven con VIH/SIDA, México: México-salud 2000. <http://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/Programas/VIH/OtrasPublicacionesdeinteresrelacionadosconeIVIH/CENSIDA/GuiaatencionPsicologica.pdf>
- Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (CONAPRED). (2008). Aproximación a una masculinidad estigmatizada: hombres que tienen sexo con otros hombres. Dirección general adjunta de estudios, legislación y políticas públicas. [https://hivhealthclearinghouse.unesco.org/sites/default/files/resources/santiago\\_e13-2008.pdf](https://hivhealthclearinghouse.unesco.org/sites/default/files/resources/santiago_e13-2008.pdf)

- Contreras, R. y Vargas, N. (2007). Evaluación e intervención Cognitivo-Conductual de trastornos de ansiedad. En García, M. Estrategias de evaluación e intervención en psicología. México: Porrúa
- Coon, D. (1999). Psicología exploración y aplicaciones. México: international Thomson Editores
- Correa, M. V. B. y Hernández, M. H. B. (2006). "La Psicoeducación como experiencia narrativa: comprensiones posmodernas en el abordaje de la enfermedad mental", en Revista Colombiana de Psiquiatría. Vol. 35, Núm. 4, p. 463. <https://www.redalyc.org/pdf/806/80635403.pdf>
- Coppari, N. (2010). Relación entre Creencias Irracionales e Indicadores Depresivos en Estudiantes Universitarios. CDID. 7(2): 32-52. <http://www.psicoeureka.com.py/sites/default/files/publicaciones/eureka-7-2-10.pdf#page=34>
- Córdoba, J., Ponce de León, S. y Valdespino, J. (2008). 25 años de SIDA en México. Logros, desaciertos y retos. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública. <http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/SIDA25axos-26mar.pdf>
- Cruz, R. (2008). Creencias pedagógicas de los profesores: El caso de la licenciatura en nutrición y ciencia de los alimentos en México. Universidad Iberoamericana de México. Revista Currículum, 22, pp. 137-156. <http://revistaq.webs.ull.es/ANTERIORES/numero21/cruz.pdf>
- Crenshaw, K. (1989). Demarginalizing the intersection of race and sex: A Black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory, and antiracist politics (pp. 57-80). Routledge. <https://chicagounbound.uchicago.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1052&context=uclf>
- Cuevas, P. (5 de Agosto de 1988). Hablan de ¡Matar a los sidosos! "Matar a los sidosos sería efectivo, pero no conveniente": Bustamante. Ovaciones

- Cuevas, R., (2013). Discriminación de los derechos humanos de las personas con VIH/SIDA por parte de los servicios de salud en México. alegatos, núm. 85 (903-930). <http://132.248.9.34/hevila/Alegatos/2013/no85/8.pdf>
- Darwin, Ch. (1987). El Origen del Hombre. México: Editores Unidos.
- Delgado, R. (2011) Características virológicas del VIH. *Enferm Infecc. Microbiol Clin.* 29(1):58-65. <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermedades-infecciosas-microbiologia-clinica-28-articulo-caracteristicas-virologicas-del-vih-S0213005X10004040>
- Demme. J. (Director). (1993) Filadelfia [Película]. Tristar Pictures
- Díaz, T. H., y Lubián, C. A. (1998). Definición de caso y clasificación de la infección por VIH y SIDA. *Revista Cubana de Medicina*, 37(3), 157-165. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75231998000300005&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75231998000300005&lng=es&tlng=es).
- Domínguez, Echeverría. (2016). Prisión género y sexualidad. *Bitácora arquitectura*, Número 33. <https://www.google.com.mx/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=2ahUKEwjV5vbk3oTgAhUE26wKHQRfB8cQFjAAegQICRAC&url=http%3A%2F%2Frevistas.unam.mx%2Findex.php%2Fbitacora%2Farticle%2Fdownload%2F57260%2F50795&usg=AOvVaw1XyZhmjzm3luxpbz9XzFDJ>
- Echeverri, Vera, J. A. (2010). La prisionalización, sus efectos psicológicos y su evaluación. *Pensando Psicología*, 6(11), 157-166. [https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/44892738/375-789-1-SM.pdf?response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DA\\_La\\_prisionalizacion\\_sus\\_efectos\\_psicol.pdf&X-Amz-Algorithm=AWS4-HMAC-SHA256&X-Amz-Credential=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A%2F20190803%2Fus-east-1%2Fs3%2Faws4\\_request&X-Amz-Date=20190803T205404Z&X-Amz-Expires=3600&X-Amz-SignedHeaders=host&X-Amz-Signature=3ed59692b42d407c5a658df38e86e2d60ad97da2afa7f21969ed0987d2adaef9](https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/44892738/375-789-1-SM.pdf?response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DA_La_prisionalizacion_sus_efectos_psicol.pdf&X-Amz-Algorithm=AWS4-HMAC-SHA256&X-Amz-Credential=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A%2F20190803%2Fus-east-1%2Fs3%2Faws4_request&X-Amz-Date=20190803T205404Z&X-Amz-Expires=3600&X-Amz-SignedHeaders=host&X-Amz-Signature=3ed59692b42d407c5a658df38e86e2d60ad97da2afa7f21969ed0987d2adaef9)

- Edo, A. y Ballester, A. (2006). Estado emocional y conducta de enfermedad en pacientes con VIH/SIDA y enfermos oncológicos. //e-spacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned: Psicopat-2006-E709E48F-2443-0939-4383-1CDAD32B9C52/Documento.pdf
- Ellis, A. y Grieger, R. (2003). Manual de terapia racional-emotiva Volumen 2. España: Desclée De Brouwer
- ENPOL. (2016). Encuesta Nacional de Población Privada de la Libertad. México: INEGI.  
[https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/enpol/2016/doc/enpol2016\\_mex.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/enpol/2016/doc/enpol2016_mex.pdf)
- Fedelich, M. (2008). La sexualidad en la cárcel, una mirada diferente. Revista Pensamiento Penal, N° 60.  
<http://www.pensamientopenal.com.ar/system/files/2007/05/doctrina33133.pdf>
- Figueroa, Viruega y Rodríguez, Licea. (2017). La Penitenciaría de Lecumberri en la Ciudad de México. Revista de Historia de las Prisiones n°5.  
<http://www.revistadeprisiones.com/wp-content/uploads/2017/10/5.-Edmundo-Arturo-Figueroa-Viruega-y-Minerva-Rodríguez-Licea.pdf>
- Floris, Margadant, G. (1971). Introducción a la historia del derecho mexicano. México: textos universitarios.
- Flores, P. (2015). Experiencia vivida, género y VIH/sida. Sus representaciones sociales. Universidad Nacional Autónoma de México: México.  
[http://docs.wixstatic.com/ugd/5a8608\\_df98d935f2f84a05bcce90c50a6ee96e.pdf](http://docs.wixstatic.com/ugd/5a8608_df98d935f2f84a05bcce90c50a6ee96e.pdf)
- Foucault, M. (2002). Vigilar y castigar nacimiento de la prisión. Argentina: Siglo veintiuno. <https://www.ivanillich.org.mx/Foucault-Castigar.pdf>
- Gala, A., Berdasquera, D., Pérez, J., Pinto, J., Suarez, J., Joanes, Sánchez, L., Aragonés, L. y Díaz, G. (2007). Dinámica de adquisición del VIH en su dimensión social, ambiental y cultural. Revista Cubana de Medicina Tropical, 59 (2), 90-97. <http://scielo.sld.cu/pdf/mtr/v59n2/mtr03207.pdf>

- Garay, C., Korman, G. y Keegan, E. (2008). Terapia cognitiva conductual en formato grupal para trastornos de ansiedad y trastornos del estado de ánimo. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, (12), 61-72. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=339630251004>
- Garaycochea, M., Pino, R., Chávez, I., Portilla, J., Miraval, M., Arguedas, E., Linares, P., Cabezudo, E., Romero, S. y Espinoza, M. (2013). Infecciones de transmisión sexual en mujeres de un establecimiento penitenciario de Lima, Perú. *Rev. perú. med. exp. salud publica* 30(3), 423-427. [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-46342013000300008](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342013000300008)
- García, F., Celis, H., y Carboney, C. (1992). Viruela en la República Mexicana. *Salud Pública de México*, 34 (5), 577-587. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10634515>
- García, M., Andrade, B., Maldonado, A. y Morales, E. (2012). Memoria de la lucha contra el VIH en México Los primeros años. *Historia de las ciencias y humanidades: México*. <http://www.portalsida.org/repos/Memoria%20de%20la%20lucha%20vs%20VIH1.pdf>
- García, Barrera, A. (2015). Importancia de la competencia argumentativa en el ámbito educativo: una propuesta para su enseñanza a través del role playing online. *Revista De Educación a Distancia (RED)*, (45). <https://revistas.um.es/red/article/view/238191>
- Gaviria, G. G., Lastre, A.G., y Trejos, H. A. (2015). Prevalencia del VIH y conductas de riesgo en internos de un centro carcelario del distrito de Barranquilla (Colombia). *Salud Uninorte*, Vol. 31, núm. 1, 25-35. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=81739659004>
- Gaviria, M., Quiceno, M. y Vinaccia, S. (2009). Estrategias de Afrontamiento y Ansiedad-Depresión en Pacientes Diagnosticados con VIH/Sida. Vol. 27, No. 1, 5-13. [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-48082009000100001](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082009000100001)

- Gravini Donado, M. (2014). Estrategias de enseñanza en docentes y estilos de aprendizaje en estudiantes del programa de psicología de la universidad simón bolívar, barranquilla. *Revista De Estilos De Aprendizaje*, 2(3). <http://revistaestilosdeaprendizaje.com/article/view/881>
- Gayet, C. (2015). Infecciones de transmisión sexual en México: una mirada desde la historia y el género. *Ángulos del sida: México*. [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/59950/ITS\\_en\\_Mex\\_una\\_mirada\\_1.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/59950/ITS_en_Mex_una_mirada_1.pdf)
- Gayet, C., Partida Bush, V., y Dávila Cervantes. (2014). Mortalidad por VIH/SIDA en México: Un aporte demográfico. *Papeles de población*, 20(79), 9-38. [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1405-74252014000100002&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-74252014000100002&lng=es&tlng=es).
- Gobierno de la ciudad de México. (2019). Personas privadas de su libertad. <http://condesadf.mx/personas-privadas-de-la-libertad.htm>
- Gobierno de la ciudad de México, Secretaría de Gobierno. (2019). Ejercen derecho a la educación de personas privadas de su libertad. <https://secgob.cdmx.gob.mx/comunicacion/nota/ejercen-derecho-la-educacion-de-personas-privadas-de-su-libertad>
- Gobierno de la ciudad de México., Secretaría de gobierno. (S/A). Subsecretaría del sistema penitenciario. <https://www.secgob.cdmx.gob.mx/subsecretariassegob/subsecretaria-de-sistema-penitenciario>
- Gobierno de la ciudad de México., Subsecretaría de Sistema Penitenciario. (2017). Estrenan aula de capacitación y recreación enfermos de VIH de la Penitenciaría. <https://penitenciario.cdmx.gob.mx/comunicacion/nota/estrenan-aula-de-capacitacion-y-recreacion-enfermos-de-vih-de-la-penitenciaria>
- Gómez, Pérez. (2017). Los derechos humanos en las Cárceles y los centros de reclusión penitenciarios de México. En García, Ramírez, S. e Islas de

- González, M. (2017). Evolución del sistema penal en México tres cuartos de siglo. México: INACIPE.  
<https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/10/4770/6.pdf>
- González, M. (2014). VIH: 30 años después.... Salud, 18 (2), 3-4.  
<http://www.redalyc.org/pdf/3759/375939026001.pdf>
- González, L., Arteaga, M. y Frances, M. (2015). Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida: desarrollo histórico e importancia del conocimiento para su prevención. Revista Cubana de Medicina General Integral, 31(1), 98-109.  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252015000100013&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252015000100013&lng=es&tlng=es)
- Grieger, R. y Ellis, A. (1992). Manual de terapia racional emotiva volumen 2. España: Desclee De Brouwer
- Grimberg, M. (2003). Narrativas del cuerpo: Experiencia cotidiana y género en personas que viven con VIH. Cuadernos de antropología social, (17), 79-99.  
[http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1850-275X2003000100005&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1850-275X2003000100005&lng=es&tlng=es).
- Grmek, M., (1992) Historia del SIDA. México: Siglo XXI.  
[https://books.google.com.mx/books?hl=pt-BR&lr=&id=Y\\_3U11tNO0IC&oi=fnd&pg=PA119&dq=tudonot%C3%ADtulo:+sida&ots=\\_6of56nmOH&sig=-VIKq4uMxddCa-M0su3SpYjdd3l&redir\\_esc=y#v=onepage&q&f=false](https://books.google.com.mx/books?hl=pt-BR&lr=&id=Y_3U11tNO0IC&oi=fnd&pg=PA119&dq=tudonot%C3%ADtulo:+sida&ots=_6of56nmOH&sig=-VIKq4uMxddCa-M0su3SpYjdd3l&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false)
- Guevara, S., Custodio, N., Lira, D., Herrera, Castro, S., Nuñez del Prado y Montesinos, R. (2014). Trastorno neurocognitivo asociado al virus de inmunodeficiencia humana. Anales de la Facultad de Medicina, 75(2), 151-157. [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-55832014000200010](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832014000200010)
- Guerrero, Ugalde, G. y Rosales, Morales, A. (1997). El sistema penitenciario mexicano actual y sus reformas (Tesis de licenciatura).

<http://www.pensamientopenal.com.ar/system/files/2015/10/doctrina42215.pdf>

Hensen, K. y Eller, B. (2000). *Psicología educativa para la enseñanza y eficaz*. México: Prentice Hall.  
<http://redined.mecd.gob.es/xmlui/bitstream/handle/11162/59540/008200120911.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Hernández, J., Martínez, F., y Vázquez, M. (2016). *Transmisión sexual del VIH guía para entender las pruebas de detección y el riesgo en las prácticas sexuales (2ª edición)*. Barcelona: Grupo de Trabajo sobre Tratamientos del VIH.  
[http://gtt-vih.org/aprende/publicaciones/guia\\_transmision\\_VIH\\_y\\_pruebas](http://gtt-vih.org/aprende/publicaciones/guia_transmision_VIH_y_pruebas)

Heuchan, C. (2016). *Interseccionalidad: definición, historia y guía*.  
<https://afrofeminas.com/2019/01/24/interseccionalidad-definicion-historia-y-guia/?fbclid=IwAR0CtQZyHrvrn5OHFsAEM54a77UQZgJVdVSTZ79mrmDR CQPKcdz1GKtfxeY>

Herrera, C. y Campero, L. (2002). *La vulnerabilidad e invisibilidad de las mujeres ante el VIH/SIDA: constantes y cambios en el tema*. *Salud Publica de México*, 44 (6), 554-564. <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v44n6/14045.pdf>

Herrera, P (2003). *Bases para la elaboración de un taller psicoeducativo: una oportunidad para la prevención en salud mental*.  
<https://vdocuments.mx/bases-para-la-elaboracion-de-proyectos-psicoeducativos.html>

Herrera, Kendall y Campero. (2014). *Vivir con VIH en México: Experiencias de mujeres y hombres desde un enfoque de género*. México: El colegio de México

Hidalgo, Manzano, J. (2007). *Origen de las cárceles y creación del centro de readaptación social de Pachuca, situación actual y propuesta para su mejor funcionamiento (Tesina de licenciatura)*.  
<https://www.uaeh.edu.mx/docencia/Tesis/icshu/licenciatura/documentos/Ori>

gen%20de%20las%20carceles%20y%20creacion%20del%20centro%20de  
%20readaptacion.pdf

Insyde. (2019). El derecho a saber de las personas privadas de la libertad. Animal político. El plumaje. <https://www.animalpolitico.com/seguridad-180/el-derecho-a-saber-de-las-personas-privadas-de-la-libertad/>

Iragorri, C. Á. (2008). Demencia asociada con infección por VIH. Revista Colombiana de Psiquiatría, 37. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80637107>

Izazola, Licea, S., Labastida, Díaz, A., y Villanueva, Castilleja, R. (1998). La situación actual del VIH/SIDA en prisiones en México. En Izazola, L. J., y Izazola L, S. Estudios de caso sobre prácticas adecuadas sobre VIH/SIDA en prisiones de América Latina. México : Fundación Mexicana para la Salud. [https://ccp.ucr.ac.cr/bvp/pdf/pasca/prisiones-sida\\_al.pdf](https://ccp.ucr.ac.cr/bvp/pdf/pasca/prisiones-sida_al.pdf)

Kendall, T. y Pérez, V. (2004). Hablan las mujeres mexicanas VIH positivas. Necesidades y apoyos en el ámbito médico, familiar y comunitario. Colectivo Sol, A. C.: México, <http://www.portalsida.org/repos/mujeresmex.pdf>

Lemoine, D. (2001). Identidad y V.I.H.: Análisis de las influencias de la cárcel en la identidad de los detenidos seropositivos. Una visión etnológica y de antropología social. Rev Esp Sanid Penit, Vol. 3, No. 1. <http://www.sanipe.es/OJS/index.php/RESP/article/view/203/449>

Lamotte, C.J. (2004). Infección-enfermedad por VIH/SIDA. MEDISAN, 8(4). [http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol8\\_4\\_04/san06404.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol8_4_04/san06404.htm) [consulta: fecha de acceso

Lamotte, C. J. (2014). Infección por VIH/sida en el mundo actual. MEDISAN, 18(7), 993-1013. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192014000700015&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192014000700015&lng=es&tlng=es).

La Redacción. (3 de Agosto de 2008). El sida en México. El proceso. <https://www.proceso.com.mx/89644/el-sida-en-mexico>

- Ledermann D., (2003). El hombre y sus epidemias a través de la historia. Revista chilena de infectología, 20 (13-17). <https://dx.doi.org/10.4067/S0716-10182003020200003>
- Lupo, S. (2003). Clínica y terapéutica de la infección por VIH/SIDA. Rosario, Argentina: Universidad Nacional del Rosario.
- Magis, R., Del Rio Zolezzi, A., Valdespino, G. y García G. (1995) Casos de sida en el área rural en México. Salud Pública de México, [S.I.], v. 37, n. 6, p. 615-623, ISSN 1606-7916. <http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/5889/6638>
- Magis, C., Bravo, E., Gayet, C., Rivera, P. y De Luca, M. (2008). El VIH y el SIDA en México al 2008: Hallazgos, tendencias y reflexiones. México: CENSIDA. [http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/biblioteca/VIHSIDA\\_MEX2008.pdf](http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/biblioteca/VIHSIDA_MEX2008.pdf)
- Magis, R., Loo, M., y del Rio, C. (1996). La epidemia de sida en México. Análisis global 1981-1996. Gac Med Mex, 132(5), 545-50. [https://www.anmm.org.mx/bgmm/1864\\_2007/1996-132-5-545-550.pdf](https://www.anmm.org.mx/bgmm/1864_2007/1996-132-5-545-550.pdf)
- Magis, R; Villafuerte, G; Cruz, F. y Uribe, Z. (2015). Inicio tardío de terapia antirretroviral en México. Salud Pública de México, 57(Supl. 2), s127-s134. [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342015000800006&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342015000800006&lng=es&tlng=es).
- Mariño, Lozano, M. (2012). Estudio de relación entre Niveles de Violencia en Población masculina Privada de Libertad (PPL) en El Salvador y conocimientos de VIH, Vulnerabilidad asociada con VIH/Sida. Población y Salud en Mesoamérica, vol. 9, núm. 2, pp. 1-12. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=44623231007>
- Martín, j., Rojas, M., Manuel Martínez, J., Sánchez, M., Remor, E., y Romero, J. (2008). La prevención del VIH/SIDA en el colectivo de hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres (HSH). Ejemplos de intervenciones preventivas individuales, grupales y comunitarias. Clínica y

Salud, vol. 19 no. 2.  
[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1130-52742008000200004](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1130-52742008000200004)

Martínez, H. (1991). Dinámica de grupos y técnicas participativas. Santiago: PIIIE.  
<http://bibliotecadigital.academia.cl/handle/123456789/5050>

Martorell, J. (2014). Psicoterapias escuelas y conceptos básicos. España: Pirámide

Medrano, A., Galeano, C., Galera, M. y Valle, F. (2010). Creencias irracionales, rendimiento y deserción académica en ingresantes universitarios. *liber. v.16 n.2.*  
[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1729-48272010000200008&script=sci\\_arttext&tlng=en](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1729-48272010000200008&script=sci_arttext&tlng=en)

Melossi, D. y Pavarini, M. (2005). Cárcel y fábrica los orígenes del sistema penitenciario (siglos XVI-XIX). México: Siglo veintiuno.

Mendoza, Bremauntz, E. (2010). Ensayo sobre la Revolución y las cárceles en México. Las cárceles, las dictaduras, el impacto del movimiento armado y las leyes, para abrir paso a un nuevo país. En *La Revolución Mexicana a 100 años de su inicio. Pensamiento social y jurídico* (2010).  
<https://www.derecho.unam.mx/investigacion/publicaciones/librosfac/pdf/pub05/10DraMENDOZA.pdf>

México Evalúa, Centro de Análisis de Políticas Públicas, A.C. (2013). Las cárceles en México: ¿Para qué? [https://www.mexicoevalua.org/wp-content/uploads/2016/05/MEX-EVA\\_INDX-CARCEL-MEXICO\\_10142013.pdf](https://www.mexicoevalua.org/wp-content/uploads/2016/05/MEX-EVA_INDX-CARCEL-MEXICO_10142013.pdf)

Meza, D., García, S., Gómez T., Castillo, L., Suárez, S. S., y Martínez, S. (2008). El proceso del duelo. Un mecanismo humano para el manejo de las pérdidas emocionales. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 13(1), 28-31.  
<https://www.medigraphic.com/pdfs/quirurgicas/rmq-2008/rmq081g.pdf>

Miranda, G., y Nápoles, P. (2009). Historia y teorías de la aparición del virus de la inmunodeficiencia humana. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 38(3-4)

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-65572009000300007&lng=es&tlng=es.](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572009000300007&lng=es&tlng=es)

Monsiváis, C. (14 de Enero de 2007). Gobernar desde el prejuicio. El universal. <http://archivo.eluniversal.com.mx/editoriales/36494.html>

Montesinos, Camarillo, R. (2007). Privatización del trabajo penitenciario ¿una nueva forma de penalidad? En Cisneros, J. J., y Anguiano, L. H. Nuevas y viejas formas de la penalidad en América Latina. México: Elaleph. <https://www.insumisos.com/lecturasinsumisas/Nuevas%20y%20viejas%20formas%20de%20la%20penalidad.pdf>

Morales, D.F., Moya, M.M., Gaviria, S. E. y Cuadrado, G. (2007). Psicología social, España: McGraw Hill.

Monras, M., Freixa, N., Ortega, L., Lligoña, A., Mondón, S. y Gual. A. (2000). Eficacia de la terapia de grupo para alcohólicos. Resultados de un ensayo clínico controlado. Medicina clínica, 115(4), 126-131. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0025775300714850>

Morales, Quintero, L. y Muñoz, Delgado, J. (2007). La prisión: una aproximación a la efectividad de la intervención correccional. En Cisneros, J. J., y Anguiano, L. H. Nuevas y viejas formas de la penalidad en América Latina. México: Elaleph. <https://www.insumisos.com/lecturasinsumisas/Nuevas%20y%20viejas%20formas%20de%20la%20penalidad.pdf>

Murphy, R. (Director). (2014) Un corazón normal [Película]. 20th Century Fox Television; HBO Films

National Institute of Neurological Disorders and Stroke (NINDS).., Office of Communications and Public Liaison y National Institutes of Health (NIH). (2016). Complicaciones neurológicas del SIDA. USA. [https://espanol.ninds.nih.gov/trastornos/complicaciones\\_neurologicas\\_del\\_sida.htm](https://espanol.ninds.nih.gov/trastornos/complicaciones_neurologicas_del_sida.htm)

- Navas, R. y José, J. (1981). Terapia racional emotiva. Revista latinoamericana de psicología, 13(1). <http://www.redalyc.org/pdf/805/80513105.pdf>
- Neria, M. (2020). Terapia de aceptación y compromiso en personas con VIH y sintomatología afectiva. (Tesis para obtener el grado de doctor en psicología).  
<http://cuved.unam.mx/divulgacion/index.php/CPMDP/XIIICPPUNAM2019/paper/view/729>
- Núñez-Huante, L. F. (2018). El proceso de duelo en las personas que viven con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) desde la perspectiva de los psicoterapeutas. Trabajo para obtener el grado de Maestra en psicoterapia. [https://rei.iteso.mx/bitstream/handle/11117/5869/Laura\\_Núñez\\_Psico\\_Duelo\\_VIH.pdf?sequence=2](https://rei.iteso.mx/bitstream/handle/11117/5869/Laura_Núñez_Psico_Duelo_VIH.pdf?sequence=2)
- Oficina de las naciones unidas contra la droga y el delito (UNODC)., Organización mundial de la salud (OMS), Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA). (2012). El VIH y sida en los lugares de detención. [http://www.unodc.org/documents/lpo-brazil//Topics\\_aids/Publicacoes/2012toolkit\\_spanish\\_completed.pdf](http://www.unodc.org/documents/lpo-brazil//Topics_aids/Publicacoes/2012toolkit_spanish_completed.pdf)
- Oficina de las nacionales unidas contra la droga y el delito (UNODC)., Organización internacional del trabajo (OIT)., Al servicio de las personas y las naciones (PNUD)., Organización mundial de la salud (OMS)., y Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA). (2013). Prevención, tratamiento y atención del VIH en las cárceles y otros lugares de reclusión: Conjunto completo de intervenciones. [https://www.who.int/hiv/pub/prisons/prison\\_comp\\_pack\\_sp.pdf?ua=1](https://www.who.int/hiv/pub/prisons/prison_comp_pack_sp.pdf?ua=1)
- Olano, S., Veiga, A., Esteban, B., Matilla y Otero. (2007). El tratamiento grupal del tabaquismo. Trastornos adictivos, Órgano de Expresión de la Sociedad Española, Volumen 9, Número 1. [http://www.infodrogas.org/f/infodrogas/ficheros/Revista\\_trastornos\\_adictivos\\_Monografico\\_de\\_tabaquismo.pdf#page=21](http://www.infodrogas.org/f/infodrogas/ficheros/Revista_trastornos_adictivos_Monografico_de_tabaquismo.pdf#page=21)

- Organización mundial de la salud (OMS)., y Programa conjunto de las naciones unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA). (2007). VIH/SIDA: Prevención, Atención, Tratamiento y Apoyo en el Medio Carcelario. [http://www.unodc.org/documents/hiv/aids/Prison\\_Framework\\_Spanish\\_Ebook.pdf](http://www.unodc.org/documents/hiv/aids/Prison_Framework_Spanish_Ebook.pdf)
- Organización mundial de la salud, OMS. (2017). VIH/sida. OMS. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs360/es/>
- Organización Mundial de la Salud, OMS, (2013). Directrices unificadas sobre el uso de los antirretrovirales en el tratamiento y la prevención de la infección por VIH: recomendaciones para un enfoque de salud pública. <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/arv2013/download/es/>
- Ortiz, C. (2014). La educación en las prisiones de México. Antecedentes históricos y la formación en valores en la propuesta del MEVyT penitenciario. (Tesis para obtener el título de licenciado en pedagogía) [.http://200.23.113.51/pdf/30365.pdf](http://200.23.113.51/pdf/30365.pdf)
- Ospina, O.S. (2006). Diagnóstico de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. Diagnosis of human immunodeficiency virus. *Infectio*, 10(4), 273-278. [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0123-93922006000400010&lng=en&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-93922006000400010&lng=en&tlng=es).
- Patiño, S. (2016). Enamoramiento adolescente: una propuesta de taller. (Tesis para obtener el título de licenciado en psicología). <http://132.248.9.195/ptd2016/abril/0742965/Index.html>
- Pérez, A. B. (2007). Eficacia de la terapia grupal en la calidad de vida y el estado emocional en mujeres con cáncer de mama. *Psicooncología: investigación y clínica biopsicosocial en oncología*, 4(1), 133-142. <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/viewFile/43449/41098>
- Pérez, Bruzzone, L. (2007). Para quedarse afuera... Iniciativas de apoyo a la vuelta a la vida en libertad. En Cisneros, J. J., y Anguiano, L. H. Nuevas y viejas formas de la penalidad en América Latina. México: Elaleph.

<https://www.insumisos.com/lecturasinsumisas/Nuevas%20y%20viejas%20formas%20de%20la%20penalidad.pdf>

Piña, L. y Sánchez, S. (2008). Aportaciones de la psicología al problema de la infección por VIH Investigación e intervención. Plaza y Valdés. [https://www.uam.es/otros/PSPDLab/default.html/Publicaciones\\_files/2008%20La%20investigacion%20e%20intervencion%20psicologicas%20en%20el%20ambito%20de%20la%20infec%20VIH%20en%20Espan%CC%83a%20una%20revisi3n.pdf](https://www.uam.es/otros/PSPDLab/default.html/Publicaciones_files/2008%20La%20investigacion%20e%20intervencion%20psicologicas%20en%20el%20ambito%20de%20la%20infec%20VIH%20en%20Espan%CC%83a%20una%20revisi3n.pdf)

Plaza, D. (2012). La necesidad de creación de una cárcel sustentable para la verdadera reinserción (Tesis de licenciatura). Universidad Nacional Autónoma de México Facultad de Estudios Profesionales Aragón. <http://132.248.9.195/ptd2013/Presenciales/0691092/Index.html>

Ponce de León, S., Macías, M., Cruz, M., Calva, J., Tinoco, J., Ruíz, C., Ojeda, F., Bobadilla, M., Rolón, M., Villalobos I., Castillo, A. y Ruíz Palacios G. (1988). Primeros cinco años de la epidemia de SIDA en México. Salud Pública de México, v. 30, n. 4, p. 544-554, jul. 1988. ISSN 1606-7916. <http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/viewFile/160/153>

Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA). (S/A). Nuestra acción, Tratamiento del VIH. ONUSIDA. <http://www.unaids.org/es/topic/treatment>

Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA). (1997). Las cárceles y el SIDA. [http://files.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/dataimport/publications/irc-pub05/prisons-tu\\_es.pdf](http://files.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/dataimport/publications/irc-pub05/prisons-tu_es.pdf)

Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA). (2009). Tratamiento antirretrovírico como prevención. ONUSIDA. <http://www.unaids.org/es/resources/presscentre/featurestories/2009/november/20091106artforhivprev>

- Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA). (2017). Grupos de población clave. ONUSIDA. <http://www.unaids.org/es/topic/key-populations>
- Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA). (2021). Proteger del VIH y la COVID-19 a las personas privadas de libertad en México. [https://www.unaids.org/es/resources/presscentre/featurestories/2021/may/20210514\\_Prisoners\\_covid\\_Mexico](https://www.unaids.org/es/resources/presscentre/featurestories/2021/may/20210514_Prisoners_covid_Mexico)
- Quesada, A. C. (2015). Tema 5-2015: síndrome demencial en pacientes portadores de VIH/SIDA. Revista Clínica Escuela de Medicina UCR-HSJD Vol. 5 Núm. 2 2015. <http://www.medigraphic.com/pdfs/revcliescmed/ucr-2015/ucr152g.pdf>
- Rascón, G. M. L., Hernández, D. V., Casanova, R. L., Alcántara, C. H., y Sampedro, S. A., (2011). Guía Psicoeducativa para personal de salud que atiende a familiares y personas con trastornos mentales. México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. [http://inprf-cd.gob.mx/guiasclinicas/guia\\_psicoeducativa.pdf](http://inprf-cd.gob.mx/guiasclinicas/guia_psicoeducativa.pdf)
- Rawl, P. y Benjamin. A. (2016). Positiva diario de una chica VIH+. V y R editoras.
- Remor, E. (2002). Apoyo social y calidad de vida en la infección por el VIH. Atención primaria, 30(3), 143-148. <https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/792>
- Reyes, B. T. (2004). La vida de los internos y su readaptación en el reclusorio varonil oriente (Tesis de licenciatura). Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Iztapalapa, Mexico. <http://tesiuami.izt.uam.mx/uam/aspuam/presentatesis.php?recno=11938&docs=UAMI11938.PDF>
- Rivero, F. y Moreno, J. (2015). Nivel de autoestima y su relación con el valor absoluto de linfocitos TCD4 en pacientes que viven con VIH/SIDA. Medicina Interna, 31(3). <https://www.svmi.web.ve/ojs/index.php/medint/article/view/29>

- Robles, Aguirre, B. (2017). La construcción y representación social del VIH. Un estudio antropológico. *Medicina Social*, 11(1), 18-22. <https://www.medicinasocial.info/index.php/medicinasocial/article/download/887/1727>
- Robles, Aguirre, B. (2016). La construcción y resignificación social del VIH. Un estudio antropológico. *Medicina Social* 1(1). [https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwj4r\\_DZovnsAhVEd6wKHVSbA44QFjAAegQIAhAC&url=http%3A%2F%2Fwww.medicinasocial.info%2Findex.php%2Fmedicinasocial%2Farticle%2Fdownload%2F887%2F1727&usq=AOvVaw3Z1XTbL5jqPsl-dhb5mc8u](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwj4r_DZovnsAhVEd6wKHVSbA44QFjAAegQIAhAC&url=http%3A%2F%2Fwww.medicinasocial.info%2Findex.php%2Fmedicinasocial%2Farticle%2Fdownload%2F887%2F1727&usq=AOvVaw3Z1XTbL5jqPsl-dhb5mc8u)
- Rodríguez, E., López, P. y Fagnani, J. (2014). Psicoeducación Grupal en el Trastorno Bipolar: Una revisión no sistemática de la literatura. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 23(2). <http://www.redalyc.org/pdf/2819/281943265002.pdf>
- Ruiz, J. I. (1999). Estrés en prisión y factores psicosociales. *Revista Colombiana de Psicología*, ISSN-e 0121-5469, Vol. 8, N°. 1, págs. 120-130. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4536388>
- Rusche, Robson, J., Del Cid, Nuñez, F., y De Souza, Araújo. (1998). Drama. Proceso educativo a través del teatro, Brasil. En Izazola, L. J., y Izazola L. S. Estudios de caso sobre prácticas adecuadas sobre VIH/SIDA en prisiones de América Latina. México : Fundación Mexicana para la Salud. [https://ccp.ucr.ac.cr/bvp/pdf/pasca/prisiones-sida\\_al.pdf](https://ccp.ucr.ac.cr/bvp/pdf/pasca/prisiones-sida_al.pdf)
- Sardiñas, P. R. (2010). Actualización sobre el virus de inmunodeficiencia humana y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida: sus implicaciones para el uso clínico. *MediSur*, 8(3), 33-39. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1727-897X2010000300007&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2010000300007&lng=es&tlng=es).
- Scher, A. (2016). Estigma y discriminación hacia hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH) y mujeres trans: el impacto en la vulnerabilidad y riesgo frente al VIH/SIDA. *Salud Pública, Medicina Tradicional, y Empoderamiento*

Comunitario. Collection. 2461. SIT Arica, Chile.  
[https://digitalcollections.sit.edu/cgi/viewcontent.cgi?referer=https://www.google.com.mx/&httpsredir=1&article=3486&context=isp\\_collection](https://digitalcollections.sit.edu/cgi/viewcontent.cgi?referer=https://www.google.com.mx/&httpsredir=1&article=3486&context=isp_collection)

Schifter, S. (2001). La prevención del VIH/SIDA y el desarrollo de la salud integral en las cárceles Interamerican Journal of Psychology, vol. 35, núm. 2, 2001, pp. 133-154. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28435209>

Sebastián (7 de noviembre de 2018). Hacerse la prueba del VIH lo antes posible (Mensaje en un blog).[http://gtt-vih.org/participa/historias\\_personales/hacerse\\_la\\_prueba\\_lo\\_antes\\_posible](http://gtt-vih.org/participa/historias_personales/hacerse_la_prueba_lo_antes_posible)

Secretaría de salud, Centro Nacional para la prevención y el control del VIH y el SIDA (CENSIDA) y Dirección General de Epidemiología (DGE), (2019). Vigilancia Epidemiológica de casos de VIH/SIDA en México Registro Nacional de Casos de SIDA Actualización al Cierre de 2019. [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/533424/RN\\_4o\\_Trim\\_2019.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/533424/RN_4o_Trim_2019.pdf)

Secretaría de gobernación. (2017). Conoce el sistema penitenciario federal. <https://www.gob.mx/segob/documentos/conoce-el-sistema-penitenciario-federal>

Sector Salud y Comité Nacional de Prevención del Sida, (1987 a). Boletín Mensual. SIDA Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, 1(1) 1-22. <https://ia600203.us.archive.org/13/items/Ao101marz87/A%C3%B1o%201%20-%2001%28marz87%29.pdf>

Sector Salud y Comité Nacional de Prevención del Sida, (1987 b). Boletín Mensual. SIDA Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, 1(3) 27-48. <https://ia800209.us.archive.org/21/items/Ano210oct88/A%C3%B1o%201%20-%2003%28may87%29.pdf>

Sida: la verdad detrás del llamado “paciente cero”. (2017, 01 de diciembre). El Universal. <http://www.eluniversal.com.mx/ciencia-y-salud/sida-la-verdad-detras-del-mal-llamado-paciente-cero>

Silverman, R., Bautista, A., Serván, M., y Lozano. (2015). Mortalidad temprana por sida en México durante el periodo 2008-2012. Salud Pública de México,

57(Supl. 2), s119-s126.  
[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342015000800005&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342015000800005&lng=es&tlng=es)

Silva, B., y Herrera, E. (2014). Creencias de académicos de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza respecto al origen de la vida y la naturaleza humana. *Revista Especializada en Ciencias de la Salud*, Vol. 17, No.1 pp. 3-16.  
<http://www.revistas.unam.mx/index.php/vertientes/article/view/51697/46149>

Silva, B., Herrera, E., y Corona, M. (2016). El origen de la vida y la naturaleza humana en las creencias de la población en general. *European Scientific Journal*, vol.12, No.32, pp. 1-19.  
<http://eujournal.org/index.php/esj/article/viewFile/8381/8019>

Soberón, G. (1988). SIDA: características generales de un problema de salud pública. *Salud Pública de México*, [S.l.], v. 30, n. 4, p. 504-512. ISSN 1606-7916. <http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/157>

Sobrevivientes de la epidemia del Sida en los años 80 revelan sus experiencias. (16 de Julio de 2018). *Desastre mx*. <http://desastre.mx/salud/sobrevivientes-de-la-epidemia-del-sida-en-los-anos-80-revelan-sus-experiencias/>

Soto, R. L. (2004). Mecanismos patogénicos de la infección por VIH. *Revista de investigación clínica*, 56(2), 143-152.  
[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).

Tapia, C., Bravo, G., y Uribe, Z. (2003). Evolución de la epidemia del sida en México. Alarcón D., Ponce de León S., Compil. *El sida en México, veinte años de la epidemia*. México: El Colegio Nacional. (19-47).

TED. (2016). The urgency of intersectionality | Kimberlé Crenshaw. <https://www.youtube.com/watch?v=akOe5-UsQ2o>

Tobón, P, C., y Toro, M.A. (2008). Estudio del paciente con infección por VIH. *Medicina & Laboratorio*; 14: 11-42.  
<http://www.medigraphic.com/pdfs/medlab/myl-2008/myl081-2b.pdf>

- Uribe, R. (2005). Intervención grupal y calidad de vida en personas diagnosticadas de VIH. *Revista Colombiana de Psicología*, núm. 14, pp. 28-33. Universidad Nacional de Colombia. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80401402>
- Usdin, S., (2004). *VIH/Sida*. España: Intermón Oxfam. <https://books.google.com.mx/books?id=-bVnv-l4n0C&pg=PA4&lpg=PA4&dq=Usdin,+Shereen,+VIH/sida,+Interm%C3%B3n+Oxfam,+Espa%C3%B1a,+2004&source=bl&ots=OczxwtKm3z&sig=nlqAv93LZwoKH5Me9Z8RibAPfsk&hl=es&sa=X#v=onepage&q=Usdin%20Shereen%20VIH%20sida%20Interm%C3%B3n%20Oxfam%20Espa%C3%B1a%202004&f=false>
- Valdespino, J., García, G. y Palacios, M. (2008). El diagnóstico epidemiológico 1981-1995 y el primer Programa Nacional de Prevención: 1990-1994. En Córdoba, J., Ponce de León, S. & Valdespino, J. (Eds.). *25 años de SIDA en México. Logros, desaciertos y retos* (2ª. ed., pp. 27-52). Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública. <http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/SIDA25axos-26mar.pdf>
- Vallée. J. (Director). (2013). *Dallas Buyers Club* [Película]. Truth Entertainment; Voltage Pictures; R<sup>2</sup> Films; Evolution Independent.
- Vall-Mayans. (2013). Infecciones de transmisión sexual en el medio penitenciario. *Rev Esp Sanid Penit.* 15: 1-2. [http://scielo.isciii.es/pdf/sanipe/v15n1/01\\_editorial.pdf](http://scielo.isciii.es/pdf/sanipe/v15n1/01_editorial.pdf)
- Vera P. y Estrada, A. (2017). Influencia social y familiar en el comportamiento del paciente con VIH/SIDA ante su diagnóstico y su manejo. *Revista del Hospital Juárez de México*, 71(1), 29-35. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumenI.cgi?IDARTICULO=71332>
- Vera-Gamboa, L. (1998). Historia de la sexualidad. *Rev Biomed*, 9, 116-121. <http://www.cirbiomedicas.uady.mx/revbiomed/pdf/rb98927.pdf>
- Villaseñor, C.T., y Rizo, C.G. (2003). Trastornos cognoscitivos asociados al efecto del VIH/sida en el cerebro. Estudio comparativo entre los estadios inicial y final. *Investigación en Salud*. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=14250302>

- Villa, I. y Vinaccia, S. (2006). Adhesión terapéutica y variables psicológicas asociadas en pacientes con diagnóstico de VIH-sida. *Psicología y salud*, 16(1), 51-62.  
<https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/792>
- Weeks, J. (1998). *La invención de la sexualidad*. Sexualidad. Barcelona: Paidós Ibérica.  
[http://www.cieg.unam.mx/lecturas\\_formacion/genero\\_y\\_critica\\_cultural/sesion\\_4/Weeks\\_Jeffrey\\_La\\_invencion\\_de\\_la\\_sexualidad.pdf](http://www.cieg.unam.mx/lecturas_formacion/genero_y_critica_cultural/sesion_4/Weeks_Jeffrey_La_invencion_de_la_sexualidad.pdf)
- Zaffaroni, E., Alacia, A. y Slokar, A. (2006). *Manual de derecho penal parte general*. Argentina: Ediar. [https://www.zonalegal.net/uploads/documento/Zaffaroni-Manual%20de%20Derecho%20Penal%20Parte%20General%20\(Ed%202%202006\)%20\(1\).pdf](https://www.zonalegal.net/uploads/documento/Zaffaroni-Manual%20de%20Derecho%20Penal%20Parte%20General%20(Ed%202%202006)%20(1).pdf)

# ANEXOS



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA  
CUESTIONARIO 1



**Edad:**

**Instrucciones:** A continuación, se te presentan una serie de preguntas las cuales deberás de responder.

1. ¿Qué es el VIH?
2. ¿Qué es el SIDA?
3. ¿De qué manera se transmite el VIH?
4. ¿Qué es lo primero que te viene a la mente cuando escuchas las palabras VIH/SIDA?
5. ¿Sabes de qué manera se diagnostica el VIH/SIDA?, Explícalo
6. ¿Cuál es el procedimiento a seguir si una persona privada de su libertad quiere saber si tiene VIH/SIDA?
7. ¿Qué es ser indetectable?
8. ¿Qué pensarías si una persona cercana a ti te dice que tiene VIH/SIDA?

**9.** Narra brevemente la historia del VIH en México.

**10.** ¿Por qué decidiste tomar este taller?



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA  
*FRASES INCOMPLETAS 1*



**Edad:**

**Instrucciones:** Lee cuidadosamente cada una de las frases y complétalas según consideres correcto.

1. Para mantener la salud sexual y reproductiva las personas requieren\_\_\_\_\_
2. Algunos métodos de prevención de ITS son \_\_\_\_\_
3. Los condones son útiles para\_\_\_\_\_
4. Llevar a cabo prácticas de autocuidado y prevención de ITS\_\_\_\_\_
5. La mayoría de las ITS se pueden prevenir\_\_\_\_\_
6. Las infecciones de transmisión sexual son \_\_\_\_\_
7. Me siento \_\_\_\_\_ cuando me preocupo por mi salud sexual y reproductiva.

8. Me gustaría que \_\_\_\_\_ para mejorar la salud sexual y reproductiva del penal.
9. Para fomentar la importancia de llevar a cabo prácticas de autocuidado y prevención de ITS yo propongo \_\_\_\_\_
10. \_\_\_\_\_ tienen probabilidades de adquirir una infección de transmisión sexual.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA  
CARRERA DE PSICOLOGÍA  
CUESTIONARIO 2



**Edad:**

**Instrucciones:** A continuación, se te presentan una serie de preguntas las cuales deberás de responder.

1. ¿Cuál es la diferencia entre VIH/SIDA?
2. ¿Qué practicas **NO** transmiten el VIH/SIDA?
3. ¿De qué manera se transmite el VIH?
4. ¿Qué le aconsejarías a un compañero del reclusorio si quiere hacerse una prueba de VIH/SIDA?
5. Describe brevemente la historia del VIH/SIDA en México.
6. ¿Qué es ser indetectable?
7. ¿Cómo es la calidad de vida de una persona que tiene VIH y es indetectable?
8. ¿Cómo apoyarías a una persona que recién recibió diagnóstico por VIH/SIDA?

**9.** ¿Qué es lo primero que te viene a la mente cuando escuchas las palabras VIH/SIDA?

**10.** ¿Cambió tu manera de ver el VIH/SIDA después de tomar el taller? Explícalo



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA  
CARRERA DE PSICOLOGÍA



Ciudad de México a:

ASUNTO: Carta de consentimiento informado

A QUIEN CORRESPONDA

PRESENTE

Yo \_\_\_\_\_ declaro libre y voluntariamente que acepto participar en el taller psicoeducativo "VIH/SIDA dirigido a Personas Privadas de su libertad". También se me ha informado que mis datos personales serán protegidos y usados únicamente con fines de desarrollo e investigación profesional

Así mismo se me dado a conocer de la autonomía que poseo para retirarme u oponerme al ejercicio psicoeducativo cuando lo estime conveniente.

Tomando ello en consideración consiento participar en el mencionado taller psicoeducativo y que los datos que se generen en mi participación serán utilizados para los fines descritos en el presente documento.

---

Nombre y firma del participante

## GLOSARIO

---

**Adhesión al tratamiento:** Hace referencia a el grado en que una persona sigue las indicaciones referentes a su tratamiento antirretroviral (o de cualquier otra clase). La adhesión se refiere también a aspectos como la adopción de medidas preventivas de reinfecciones y la asistencia al régimen de visitas médicas.

**Cisgénero:** Persona en la que su identidad de género coincide con el sexo asignado al nacer. Se utiliza habitualmente como término opuesto a transexual

**Cissexual:** Persona en la que su identidad de sexo coincide con el sexo asignado al nacer. Se utiliza habitualmente como término opuesto a transexual.

**Defusión Cognitiva:** Contrario a la fusión cognitiva la defusión cognitiva equivale a separar al ser humano (el oyente) de la mente (el hablante).

**Identidad de género:** Alude a la percepción subjetiva que un individuo tiene sobre sí mismo en cuanto a su propio género, que podría o no coincidir con sus características sexuales

**Identidad con el sexo:** Alude a la percepción subjetiva que un individuo tiene sobre sí mismo en cuanto a su propio sexo.

**Indetectable:** Significa que las pruebas de laboratorio no pueden detectar el virus de VIH en la sangre, aunque todavía hay cantidades extremadamente pequeñas del virus.

**Procesados:** Persona la cual se encuentra en un proceso jurídico debido a que es considerada sospechosa de cometer un crimen.

**Rapport:** Hace referencia al proceso mediante el cual se establece y mantiene una buena conexión, interacción, confianza mutua y comprensión entre dos o más personas.

**Sentenciados:** Persona que ha recibido una resolución de su proceso jurídico. Dentro de las cárceles y reclusorios mexicanos se les llama sentenciados a aquellas personas que fueron encontradas culpables de cometer un delito.

**Sistema penal:** Control social normalizado que castiga institucionalizado y, en la práctica abarca desde que se detecta o supone que se detecta una sospecha de delito hasta que se impone y ejecuta una pena.

## INDICE DE SIGLAS

---

**ACT:** Terapia de Aceptación y Compromiso

**CDC:** Centro para el Control y Prevención de Enfermedades

**HSH:** Hombres que tienen Sexo con otros Hombres

**INNSZ:** Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán

**ITS:** Infecciones de Transmisión Sexual

**LGBTTTIQA+:** Lesbiana, Gay, Bisexual, Transgénero, Travesti, Transexual, Intersexual, Queer, Asexual y la diversidad sexual no hetero-cis en general.

**SIDA:** Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, etapa final de la infección por VIH.

**PPL:** Persona Privada De Su Libertad

**TAR:** Tratamiento Antirretroviral

**TSC:** Trabajadoras y/o Trabajadores Del Sexo Comercial.

**TC:** Terapia Cognitiva

**TRE:** Terapia Racional Emotiva

**UDIS:** Usuarios De Drogas Inyectables

**VIH:** Virus De Inmunodeficiencia Humana