



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

“Significados y Experiencias de personas HSH con el diagnóstico de VIH”

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTAN (N)

Maria Cristina Arias Ordoñez

Director: Mtro. Oscar Sotomayor Flores

Dictaminadores: Lic. Karen Bartolo Estrada

Mtra. Verónica Estela Flores Huerta

Los Reyes Iztacala, Edo de México, 2022



Facultad de Estudios Superiores
IZTACALA



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Mi bebé hermoso, fuiste lo que nunca planeé, pero siempre soñé, esto siempre será dedicado a ti, porque, aunque aún no te conozco desde el día 1 que supe que llegarías quise dar lo mejor de mi para ti, esto es un ejemplo de ello, fuiste, eres y serás mi mayor motivación.

A mi UNAM, porque un día me abrió las puertas, a CCH Azcapotzalco por ser mi primera casa dentro de la universidad, por cada una de esas experiencias que me dio, pero sobre todo a la FESI por ser mi segunda casa, por forjarme como profesional, por cobijarme, por enseñarme y guiarme.

A mis padres, Norberto y Maura, por estar siempre firmes en esto, porque, aunque muchas veces me tropecé en este camino siempre estuvieron ahí, siempre creyeron en mí, gracias por apoyarme hasta el final.

A mis grandes compañeros, amigos y hermanos de la universidad: Gaby, Andrea, Yeli, Toño, Néstor y César, por siempre apoyarnos en el camino, por ser mis confidentes, por creer en mí, como yo creo en ustedes, y aunque ya no estemos juntos siempre serán parte de mí.

A mí profesor y director de tesis el Mtro. Oscar Sotomayor, por la paciencia, la entrega, por todos los conocimientos que siempre me dio, por ser un gran ejemplo en la carrera y en la vida, por hacer este sueño realidad, así como la Lic. Karen Bartolo y Mtra. Verónica Flores por aceptar ser parte de esto.

A mis 4 participantes por compartir conmigo una parte de su vida, por esas charlas fuera de la entrevista, siempre serán un ejemplo a seguir.

A Mario, por siempre creer en mí, por quitarme algunos miedos y hacerme ver lo fuerte que puedo llegar a ser y lo mucho que puedo lograr.

Gracias a esa persona que ya no es parte de mi vida, pero que cuando estuvo fue un gran apoyo, mi sostén, mi motivación, gracias por siempre creer en mí.

INDICE

Introducción.....	1
CAPÍTULO 1. Psicología de la salud.....	3
CAPÍTULO 2. Sexualidad.....	7
2.1. Satisfacción sexual.....	8
2.2. Identidades sexuales.....	9
2.2.1 Hombres que tienen sexo con hombres (HSH).....	13
2.3. Prácticas de riesgo.....	14
2.4. Infecciones de transmisión sexual (ITS).....	19
2.5 Prevención.....	27
2.5.1. Modelo epidemiológico-conductual.....	28
2.5.2. Antropológico Cultural	29
2.5.3. Modelo político-económico.....	29
CAPÍTULO 3. Antecedentes del VIH/SIDA.....	32
CAPÍTULO 4. Objeto de estudio.....	37
4.1 Metodología.....	37
4.2 Entrevista a profundidad.....	38
4.3 Planteamiento del problema.....	40
4.4 Justificación.....	40
4.5 Pregunta de investigación.....	41
4.6 Objetivo general	41
4.6.1 Objetivos específicos	41
4.7 Supuesto hipotético.....	42

4.8 Método.....	42
4.8.1 Participantes.....	42
4.8.2 Criterios de inclusión y exclusión.....	44
4.8.3 Materiales.....	44
4.8.4 Instrumentos	44
4.8.5 Escenarios	44
4.8.6 Procedimiento	45
CAPÍTULO 5. Resultados y Análisis de los significados y experiencias de personas HSH con el diagnostico de VIH	46
5.1 Significados de VIH y SIDA.....	46
5.2 Significados y experiencias a partir del diagnóstico y tiempo viviendo con el VIH – SIDA	48
5.2.1 Experiencias al vivir una discriminación.....	51
5.3 Significados y experiencias en la adherencia a los medicamentos y la importancia de estos	53
5.3.1 Experiencias respecto al trato que reciben en los lugares que se atienden.....	55
5.4 Significados y experiencias al momento de la trasmisión del VIH	57
5.5. Significados y experiencias de como era su vida antes del diagnóstico	59
5.6 Significados y experiencias de vivir con VIH	61
5.7 Significados y experiencias sobre las redes de apoyo al tener VIH	62
5.7.1 Familia	62
5.7.2 Pareja	64
5.7.3 Amigos	67

5.8 Experiencias sobre las prácticas sexuales de riesgo	68
5.8.1 Significados y experiencias respecto a la prevención	70
5.8.2 Experiencias en cabinas y cines	73
5.9 Significados de vivir con VIH	75
5.10 Significados de pensamientos e ideología hacia la muerte	77
5.10.1 Significados y experiencias de ver morir a alguien que tenía VIH	79
5.11 Significados y experiencias de ser HSH o convivir con alguien	81
CAPÍTULO 6. Discusión y conclusiones	84
Bibliografía	91
Anexo 1. Guion de Entrevista.....	98
Anexo 2. Consentimiento informado.....	105

Resumen:

El presente estudio se hizo a partir de una metodología cualitativa, con ayuda de entrevistas a profundidad semi – estructuradas esto con la intención de poder recopilar las narrativas de los participantes como información relevante y hacer un análisis de esta, para así poder llegar a cumplir satisfactoriamente el objetivo general de esta investigación que fue describir y analizar los significados y experiencias de los aspectos sociales, emocionales y físicos de las personas HSH con el diagnóstico de VIH, así como el poder contestar la pregunta de investigación que fue ¿cuáles son los significados y experiencias de los aspectos sociales, emocionales y físicos de las personas HSH con el diagnóstico de VIH? Para poder llevar a cabo esta investigación, como ya se había mencionado con anterioridad, se realizó una entrevista a profundidad a cuatro hombres que tuvieron o tienen relaciones sexuales con hombres, los cuales actualmente tienen el diagnóstico de VIH y se encuentran entre las edades de 40 años y 70 años. En los resultados se pudo encontrar que diferentes aspectos van a influir el cómo vivan su diagnóstico e infección, algunas de estas serían las redes de apoyo, la medicación, la discriminación, la información, los cuidados, así como el cómo viven la prevención para no seguir transmitiendo el virus o tener una reinfección y las prácticas sexuales de riesgo que llevaban o llevan a cabo.

Palabras clave: VIH, Prácticas sexuales de riesgo, redes de apoyo, HSH, transmisión.

INTRODUCCION

El presente estudio consta de 6 capítulos, antes de comentar sobre estos, es importante aclarar que esta investigación tiene como objetivo: describir y analizar los significados y experiencias de los aspectos sociales, emociones y físicos de Hombres que tienen Sexo con Hombres (HSH) con el diagnóstico del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). Es así como en el capítulo 1, se comienza hablando acerca de la psicología de la salud, la cual aplica los principios, técnicas y los conocimientos científicos desarrollados por ésta a la evaluación, diagnóstico prevención, explicación, tratamiento y modificación de trastornos físicos y mentales.

El capítulo 2, trata acerca de la sexualidad, empezando por que entienden algunos autores por el término de esta palabra, así mismo englobara la satisfacción sexual tanto en hombres como en mujeres, las identidades sexuales como lo son la heterosexualidad, homosexualidad y bisexualidad, por otra parte se comenta acerca de las personas HSH, de algunos estudios sobre prácticas de riesgo que lleva esta población, cabe aclarar que estas tienen consecuencias, las cuales pueden ser tanto negativas como positivas según la perspectiva de cada sujeto. Entre ellas el que sean transmitidos de alguna Infección de Transmisión Sexual (ITS), se retoma el herpes genital, la gonorrea, la sífilis, el Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA) y el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), de la cuales, esta última es uno de los temas principales de este estudio, así como de la prevención de esta.

El siguiente será el capítulo 3, dentro del cual se hablará de los antecedentes del VIH/SIDA, en el capítulo 4, se retomará la metodología, la entrevista a profundidad y método, se dará el número de participantes, los criterios de inclusión y exclusión, así como que tipo de instrumentos se utilizaron, los materiales, escenario y procedimiento de cómo se hizo el estudio. Siguiendo el capítulo 5, en donde se darán los resultados y análisis de lo encontrado, de las cosas que se encontraron fue que de los cuatro entrevistados 2 se consideran gays, 1 heterosexual y el último bisexual, pero han tenido sexo con hombres, así mismo, en este capítulo se va apreciar los significados y experiencias que tienen los pacientes a partir de su diagnóstico, como ha sido su estilo de vida antes, durante y después de esto, como han influido sus redes apoyo, cuales fueron y siguen siendo sus prácticas sexuales.

Por último, en el capítulo 6 se retomará la conclusión y discusión, donde podremos apreciar que la información dicha por los autores en ciertos aspectos llega a ser diferente a lo que se encontró con los participantes, por ejemplo, hay autores que mencionan que no hay una sintomatología en las personas infectadas por VIH, pero en la información obtenida podremos apreciar que la mayoría de ellos presenta sintomatología y por ello deciden hacerse una prueba, por otra parte, existe coincidencia con la información presentada, pues podremos ver como las redes de apoyo son un factor importante en la vida de los entrevistados, la importancia de la toma de los medicamentos, el estar conscientes de tener una prevención para evitar transmitir la infección o ser re infectados. El VIH y las personas HSH actualmente sigue siendo un tabú para la sociedad, pero es importante analizarlo para tener más información y así brindar una mejor ayuda.

Psicología de la salud

Para Labiano (2006), la salud, es entendida como el bienestar físico, psicológico y social, es importante aclarar que no es la ausencia de alteraciones y de enfermedad, sino es un concepto positivo que implica distintos grados la vitalidad y funcionamiento adaptativo. Este concepto está relacionado con un sentimiento de bienestar. Los aspectos objetivos de la misma tienen relación con la capacidad de funcionamiento de la persona. Entonces podemos decir que la salud es un estado y al mismo tiempo, un proceso dinámico cambiante, ya que continuamente se sufre de alteraciones en el medio interno, físico y psicológico, así como en las relaciones interpersonales, las cuales suponen permanentes reestructuraciones de los esquemas internos.

El modelo actual reconoce la complejidad de estos constructos, ya que acepta que los factores psicosociales afectan los sistemas corporales, lo cual va a provocar la alteración de la vulnerabilidad del individuo ante los procesos patológicos. El paradigma actual en este campo señala que la cantidad del bienestar psicológico y físico depende principalmente de los hábitos de la vida, es decir, las creencias y actitudes, los hábitos cotidianos, el comportamiento, construye aspectos centrales de la problemática humana.

Las conductas saludables, que implican acciones cognitivo-emocionales orientadas a manejar adaptativamente el estrés cotidiano, incluyen una alimentación basada en nutrientes naturales y equilibrada en sus componentes, como lo es el contacto con la naturaleza, el beber alcohol moderadamente o no hacerlo, hacer ejercicio, respirar aire oxigenado, dormir de 7 a 8 horas diarias, realizar controles médicos preventivos entre otros.

Siguiendo con el autor ya mencionado, para él las concepciones acerca de la relación mente-cuerpo han cambiado con el tiempo y en las diferentes culturas. Los antiguos griegos entendían que ambos elementos configuraban una totalidad y se condicionaban recíprocamente. Por ejemplo, Hipócrates creía que la salud era un estado de armonía y de equilibrio, relacionado con el respecto a leyes naturales y que lo que afectaba a la mente también afectaba al cuerpo, por otra parte, Galeno complementó la teoría en donde se dice que las emociones o las pasiones no sólo podían afectar el funcionamiento del cuerpo sino también podían provocar enfermedades.

Los chinos también concebían la enfermedad como una ruptura de fuerzas naturales, como un desequilibrio de energías influido por las emociones y los comportamientos. Por último, durante

el renacimiento se retomó la idea de la enfermedad en términos naturistas y aquí surge el modelo biomédico. Podemos decir que el modelo biomédico ha logrado grandes éxitos en el campo de la medicina, pero es insuficiente y limitado pues no dar respuesta a muchas problemáticas de los procesos de salud-enfermedad, por ejemplo: a las enfermedades crónicas, el dolor crónico y el manejo de estrés cotidiano.

Es así como se crea la psicología de la salud, esta surgió a partir de una perspectiva e integrativa con psicólogos pertenecientes a diferentes áreas psicológicas. La asociación americana crea en 1978 la “*Health Psychology*”, la división de la psicología de la salud hacia la cual confluyen distintas disciplinas de la sociología para el surgimiento de una nueva área: experimental, social, clínica, fisiológica, desarrollo de estudios epidemiológicos, etc. Maratazzo en 1980 define la psicología de la salud como la suma de las contribuciones profesionales, científicas y educativas específicas de la psicología como disciplina, para la promoción y el mantenimiento de la salud, así como la prevención y el tratamiento de la enfermedad, la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y la disfunción asociada, además del mejoramiento del sistema sanitario y la formulación de una política de la salud.

Entonces la psicología de la salud puede ser definida como la disciplina de la psicología que aplica los principios, técnicas y los conocimientos científicos desarrollados por ésta a la evaluación, diagnóstico prevención, explicación, tratamiento y modificación de trastornos físicos y mentales o cualquier otro comportamiento relevante para los procesos de la salud y enfermedad, en los distintos contextos en que estos tengan lugar.

De acuerdo con Sarduy y Alfonso (2001), en esta disciplina se entiende por salud un estado de completo bienestar físico, psicológico y social y no solamente la ausencia de enfermedad; en la actualidad, existen multitud de evidencia de que nuestra salud está profundamente influenciada por nuestra conducta, pensamientos y relaciones sociales, los estados psicológicos influyen en nuestra salud, nuestros sentimientos y emociones pueden tener efectos positivos o negativos en nuestro bienestar físico, como referente de lo anterior se puede mencionar a Engel, quien planteó un modelo alternativo al biomédico, el modelo biopsicosocial, hipotetizó la importancia de considerar los factores psicológicos, sociales y culturales junto a los biológicos como determinantes de la enfermedad y su tratamiento.

El establecimiento formal, institucional y profesional de la psicología de la salud tuvo lugar en 1978. Según Oblitas (2008), entre las principales aportaciones de la Psicología de la salud se encuentran la promoción de estilos de vida saludables, prevención de enfermedades y tratamiento de estas, la terapia psicológica ha demostrado su eficacia para reducir la alteración emocional y mejorar la adaptación a las nuevas situaciones, facilitar el paso por la enfermedad con un menor desgaste psicológico y contribuir a una mayor recuperación a todos los niveles físico, psicológico y social.

El papel de los psicólogos de la salud está en el diseño de instrumentos para medir las conductas de riesgo para la salud, en la creación de programas de prevención y promoción de la salud y en el desarrollo de estrategias de intervención para el manejo de los aspectos psicológicos de la enfermedad. actualmente se ha demostrado que los aspectos comportamentales de la nutrición balanceada, la práctica regular de ejercicio, la calidad del sueño, el pensamiento racional, las emociones positivas y las cálidas relaciones interpersonales, tienen un impacto significativo en la salud.

Continuando con Oblitas, en la actualidad las principales áreas de aplicación de la psicología de la salud están en tratamiento de diferentes enfermedades crónico degenerativas tales como cáncer: la psico-oncología es una sub-especialidad de la oncología enmarcada en el campo de la psicología clínica y de la salud que tiene como objetivos la prevención en varios niveles, primaria: detectando e interviniendo sobre los factores psicosociales que pudieran estar influyendo en el origen del cáncer; secundaria: detectando e interviniendo sobre los factores psicológicos más importantes que pueden facilitar una detección precoz del cáncer; Terciaria: La intervención terapéutica, la rehabilitación y los cuidados paliativos, interviniendo en la respuesta emocional de los pacientes, los familiares y de todas las personas encargadas del cuidado del paciente en las diferentes fases de la enfermedad.

La psicología de la salud también se encarga de dar atención al dolor crónico, trastornos cardiovasculares, donde interviene tanto en los factores de riesgo como en el tratamiento farmacológico o psicológico, mejorando la adherencia a las medidas terapéuticas; con respecto a la intervención preventiva en la enfermedad coronaria, es importante centrar el interés en la evaluación y modificación de diversos aspectos del comportamiento del paciente, en concreto en aquellos relacionados con los factores de riesgo biomédicos y conductuales, como pueden ser una

alimentación rica en grasas, sobrepeso, abuso de tabaco y alcohol, falta de ejercicio físico, hipertensión; respecto a los programas de intervención de evaluación psicológica se presta especial interés a los niveles de ansiedad y depresión.

Así como la psicología de la salud brinda atención a las enfermedades crónico degenerativas anteriores, lo hace de manera similar en prevención, tratamiento y afrontamiento de otras enfermedades como trastornos del sueño, asma bronquial, SIDA, diabetes, síndrome del colon irritable entre otras, teniendo un alto índice de efectividad en áreas como el afrontamiento adecuado de la ansiedad, depresión, estrés, la optimización del apoyo social, el aprendizaje de nuevas estrategias para la solución de problemas, el beneficio de las prácticas de actividades estéticas, culturales y recreativas, la reestructuración cognitiva, social y ambiental, etc., lo cual contribuye a un mejor manejo psicológico de la enfermedad.

Además, ofrece técnicas y estrategias multicomponentes de amplio espectro para ayudar a la persona a reestablecer su equilibrio perdido por alguna conducta de riesgo, tales como optimismo, meditación, terapias de relajación psicofisiológica, buen humor, ejercicios de visualización, escritura y palabra; promueve la prevalencia de emociones positivas, como la alegría y la satisfacción, contribuyen a obtener bienestar y felicidad. La psicología de la salud enfrenta un gran reto, según Sarduy y Alfonso (2001), este reto es la integración de la perspectiva de género, ya que la salud de una persona además de estar mediada por lo biológico, psicológico y social está igualmente influida por aspectos culturales, raciales y por su puesto de género.

Sexualidad

Para Lagarde (2005), “la sexualidad es el conjunto de experiencias humanas atribuidas al sexo y definidas por éste, obliga su adscripción a grupos socioculturales genéricos y a condiciones de vida predeterminadas.” (p.200). La sexualidad es un complejo cultural históricamente determinado que consistente en relaciones sociales, instituciones sociales y políticas, así como en concepciones del mundo, que define la identidad básica de los sujetos. Así mismo, sostiene que está constituida por determinadas formas de reaccionar, de comportarse, de pensar, y de sentir, así como por capacidades intelectuales, afectivas y vitales asociadas al sexo.

La sexualidad consiste también en los papeles, las funciones, las actividades económicas y sociales asignadas con base en el sexo a los grupos sociales y a los individuos en el trabajo, en el erotismo, en el arte, en la política y en todas las experiencias humanas. Esta autora menciona que la sexualidad consiste, en el acceso y en la posesión de saberes, lenguajes, conocimientos y creencias específicos; implica rangos, prestigio y posiciones con relación al poder. Argumenta también que al interior de nuestra cultura la sexualidad es identificada con el erotismo, al punto de usarse indistintamente ambos términos.

No obstante, en el terreno teórico es necesario diferenciar ambos conceptos para elaborar categorías rigurosas. La sexualidad incluye al erotismo, pero no lo agota, y que el erotismo debe ser reconocido en su especificidad. La división del trabajo por géneros es un hecho sexual, como lo son la masculinidad. En su obra, la autora enfatiza que el embarazo femenino es parte de la sexualidad femenina, y el parto es tan sexual como lo son las experiencias eróticas, la sexualidad está en la base del poder: tener una u otra definición genérica implica para los seres humanos, ocupar un lugar en el mundo y, aún ahora, tener un destino más o menos previsible.

Independientemente de la voluntad, la adscripción genérica ubica una forma de integración en la jerarquía social, y es uno de sus criterios de reproducción. Esto significa también, tener y ejercer poderes sobre otros, o no tener siquiera, poder sobre la propia existencia. Lagarde (2005), dice que la sexualidad rebasa al cuerpo y al individuo: es un complejo de fenómenos bio-socio-sociales que incluye a los individuos, a los grupos y a las relaciones intrapersonales de los individuos, así como a las instituciones, y a las concepciones del mundo-sistemas de representaciones, simbolismo,

subjetividad, éticas diversas, lenguajes y al poder. En ese sentido, la sexualidad es un atributo histórico de los sujetos, de la sociedad y de las culturas.

2.1 Satisfacción sexual

Cabe resaltar que dentro de la categoría de sexual también entra la satisfacción sexual, en donde esta es diferente según el género condiciona, limita, estereotipa patrones comportamentales, relaciones, deseos y potencialidades sexuales de manera distinta e inequitativa para mujeres y hombres. Según un estudio realizado por Valdés, Sapién y Córdoba (2004) la diferencias y desigualdades entre mujeres y hombres pueden tener un impacto en la forma como se relacionan entre sí y experimentan y satisfacción sexual, pues la investigación realizada en México estima que la anorgasmia se presenta entre el 40 y el 45% de las mujeres y que su satisfacción sexual se vincula con su percepción de rasgos positivos en la pareja: comunicación, confianza y amor.

En los resultados obtenidos en este estudio arrojaron que: los hombres asignaron mayor importancia que las mujeres al orgasmo en la percepción de una relación sexual como satisfactoria, las mujeres recurriendo y valoraron menos la masturbación que los hombres, así mismo estas señalaron mayor importancia hacia el amor, caricias, besos, dentro de un encuentro sexual. Por otra parte, los hombres atribuyeron mayor importancia a las características estéticas del cuerpo de la pareja, así mismo se llegó a la conclusión de que los hombres generalmente llegan a ser más sexuales que las mujeres.

Por su parte, Calvis (2013), menciona referente a la satisfacción sexual que:

“Mientras los heterosexuales centran todo el placer y esfuerzo en el coito, los homosexuales le dan más importancia a las caricias y a la estimulación mutua. Además, tienen un excelente conocimiento de sus zonas erógenas y por ende, las de sus compañeros. Esto les permite hacer caricias con dulzura y gran sensualidad, lo que no pasa frecuentemente con las parejas heterosexual, las cuales generalmente van inmediatamente al coito.” (p.1)

Una de las variadas prácticas entre los homosexuales es la siguiente: la penetración anal. Esto es para los gays lo que para los heterosexuales es el coito vaginal, y es una de las prácticas sexuales más comunes entre los homosexuales. Para esto y al ser el ano un orificio muy estrecho y de salida, se debe estimular y lograr la dilatación para una buena penetración. Por otro lado, se puede mencionar que: muchas de estas prácticas sexuales más comunes entre los homosexuales, también lo hacen las parejas heterosexuales.

2.2 Identidades sexuales

Es importante tener en claro cuáles son las diferentes orientaciones sexuales que existen, es así como Chomali (2008), menciona que:

“La heterosexual es aquello perteneciente o relativo a la heterosexualidad, este término hace referencia a la relación erótica entre individuos de diferente sexo. La heterosexualidad es una orientación sexual caracteriza por el deseo y la atracción hacia personas del sexo opuesto. Un hombre heterosexual se siente atraído por las mujeres, mientras que una mujer heterosexual siente atracción por los hombres.” (p.15)

La homosexualidad es la práctica de relaciones eróticas con personas del mismo sexo. Homosexualidad procede del griego homo (“igual”) y del latín sexus (“sexo”). La noción puede hacer referencia a la interacción sexual entre hombres o entre mujeres, pero también a la atracción sentimental o sexual de este tipo sin que se concrete la interacción. El término gay se utiliza para referirse a las personas homosexuales.

Álvarez-Gayou (2000) define a la homosexualidad como “la preferencia que tiene una persona para relacionarse con personas de su mismo género”, (p.3), entendiéndose “preferencia” como una inclinación natural, no necesariamente voluntaria, de análisis, selección y decisión, con tendencia hacia personas con preferencias similares o distintas. Uribe y Arce (2004) definen a la homosexualidad como “un término que ayuda a referirse a la inclinación del deseo del sujeto hacia una persona de su mismo sexo” (p.21), pero hacen una distinción entre la homosexualidad y lo gay, entendiéndolo este último como “un conjunto de vivencias sociales que estructuran una

subjetividad específica, con sus propios ritos de paso, sus mitos fundantes, sus territorios de reconocimiento y sus usos especiales del lenguaje”, (p.22).

La homosexualidad es una condición que suele generar discriminación. Hasta hace pocas décadas, era considerada como una enfermedad que, por lo tanto, podía curarse. En la actualidad, se entiende que la homosexualidad es una elección o una condición natural. Existe un amplio debate sobre la condición genética o social de la orientación sexual. Hay quienes creen que los individuos nacen heterosexuales u homosexuales y que su deseo obedece a un patrón genético. Otras personas sostienen que la inclinación sexual es producto de la libre elección del individuo. Así mismo se puede afirmar que cuando una persona siente atracción sexual por hombres y mujeres, se la puede calificar como bisexual.

Por su parte, Mc Cary, J. y Mc Cary, S. (1985), las definen como:

Heterosexualidad: Es la atracción sexual hacia miembros del sexo opuesto o actividad sexual con ellos; lo opuesto a homosexualidad.

Homosexualidad: Es la atracción sexual hacia miembros de su propio sexo o actividad sexual con ellos; lo opuesto a heterosexualidad.

Bisexualidad: Es la atracción sexual hacia miembros de ambos sexos (hombres y mujeres) o actividad sexual con ellos.

Así mismo, Shibley y DeLamateur (2006), las definen de la siguiente manera:

Heterosexual o Buga: Es una persona cuya orientación sexual se dirige hacia miembros de otro género. Dentro del lenguaje gay se ha creado y difundido el término de Buga el cual significa lo mismo.

Bisexual: Es una persona cuya orientación sexual se dirige hacia ambos géneros.

Homosexual: Es una persona cuya orientación sexual se dirige hacia personas de su mismo género.

También es importante hacer las diferencias entre identidad de género e identidad sexual, donde Ajo (2013, citada en EcuRed) dice que:

“La identidad de género, también conocida como identidad genérica es la forma en cómo se identifica la persona, si como hombre o como mujer, la forma en que se reconoce a sí misma, basando su conducta y su forma de ser y pensar a ese género con el que se siente identificada, todo esto va indistintamente de su sexo, orientación sexual, edad, nivel socioeconómico, etc. Es la conciencia de la persona de sentir pertenencia al sexo masculino o femenino. Una persona puede sentir una identidad de género distinta de sus características fisiológicas innatas. Por otra parte, menciona que la identidad sexual es la conciencia propia e inmutable de pertenecer a un sexo u otro, es decir, ser varón o mujer.” (p.1)

Es así como Álvarez-Gayou (2011), afirma que: las identidades de género son:

Travestismo: Expresión comportamental de la sexualidad que se conceptualiza como el gusto que tiene una persona por usar prendas, manierismos, accesorios o lenguaje atribuido en una sociedad y época determinada al otro género. El travestismo puede considerarse de varios tipos:

1) Parcial: cuando la persona utiliza algunas prendas (por ejemplo, ropa interior) y en ese acto obtiene una excitación erótica.

2) Total: cuando la persona utiliza la vestimenta total y se personifica como una persona del otro género.

En cuanto a la duración puede ser:

1) Ocasional: si usa estas prendas de vez en cuando.

2) Periódico: si lo hace con una periodicidad establecida, como por ejemplo cada fin de semana o cada 15 días; en algunos casos, los que lo practican revelan que puede empezar a presentarse un estado de ansiedad que va creciendo hasta el punto de que, al travestirse, ésta se calma y desaparece, y de ahí inicia un nuevo ciclo.

3) Profesional: cuando esta práctica está vinculada a una actividad profesional, como pudiera ser el caso de un actor o de las personas que personifican a actrices y cantantes en el teatro o en shows.

4) Permanente: si vive bajo esta condición cotidianamente y a toda hora.

Transgénero, este es cuando una persona que vive las 24 horas del día en el rol cruzado. El sexo biológico puede ser uno y la identidad de género puede ser concordante o discordante con el sexo. Lo sobresaliente aquí es el hecho de que el rol genérico predominante es siempre cruzado y que la persona lo vive día y noche, 24 horas al día. Esto significa que una persona cuyo sexo biológico es masculino, totalmente vestida como mujer constantemente y que puede decir que su nombre es Raúl o que su nombre es Alejandra. La preferencia genérica puede ser con atracción predominante hacia hombres (androfílica), hacia mujeres (ginefílica), o puede ser hacia ambos géneros (ambifílica). En este caso, las personas rara vez vinculan la experiencia de la excitación erótica con el uso de las prendas, y si lo refieren fue transitoria al principio de la práctica.

Transexualidad, es una discordancia entre el sexo y la identidad de género. De manera que es la expresión de hombres atrapados en cuerpos de mujeres o mujeres atrapadas en un cuerpo de varón. Es así que estas personas presentan algunas características únicas que vale la pena mencionar:

- 1) La gran mayoría tienen una pareja mujer, generalmente llevan una vida familiar de convivencia, en ocasiones con hijos (que pueden ser de la pareja o adoptados).
- 2) La principal molestia que presentan con su cuerpo se centra en los pechos y es lo que mayormente desean se elimine.
- 3) En segundo lugar la molestia es con la menstruación, aunque muchos de ellos la pierden por la acción de las hormonas.
- 4) En general no tienen una acentuada demanda para tener un pene.

Disforia de género, el concepto “disforia” se refiere a disgusto, a inconformidad. Por ello se cuestiona el que se hable en estos casos de disforia de género, pues con lo único que no están conformes estas personas es con su cuerpo, no con su género.

Bigenerismo o agenerismo, ésta se refiere a personas que se identifican plenamente como mujeres y como hombres, su rol genérico no es predominante e incluso pueden presentarse públicamente como parcialmente varones y parcialmente mujeres. O bien pueden alternar ambos roles. No se trata de ningún trastorno psiquiátrico ni de una doble personalidad. Son personas más o menos adaptadas, como cualquier persona heterosexual.

Autoginefilia, es una condición que se describe como el gran gusto o atracción hacia la propia imagen femenina. Consideramos que ésta puede presentarse en dos vertientes: 1) el gusto por la imagen, y 2) el gusto por las potencialidades que da la figura femenina.

2.2.1 Hombres que tienen sexo con hombres (HSH)

Estrada (2014), afirma que la categoría hombres que tienen sexo con hombres (HSH) nació a mediados de la década de los noventa, el término se empezó a utilizar en la literatura científica producida en inglés, a partir de 1997, bajo la sigla MSM (*men who have sex with men*), en Latinoamérica la categoría HSH se empezó a difundir en estudios y publicaciones científicas solo hasta finales de la década de los noventa. La población de HSH se ha convertido en un factor crucial que aporta la actual configuración a distintas epidemias, junto con otras poblaciones vulnerables como los/as usuarios (as) de drogas endovenosas, las mujeres transgeneristas y personas prostituidas.

Los datos epidemiológicos disponibles hasta hoy permiten afirmar que en muchos de los países de la región latinoamericana las epidemias de infecciones de transmisión sexual se encuentran concentrada en poblaciones de HSH. En varias de estas las cifras van en aumento desproporcionado en relación con las cifras epidemiológicas del país respectivo, entonces según los reportes de la Organización de las Naciones Unidas del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (ONUSIDA) de los últimos años, América Latina aporta el mayor número de infecciones nuevas de VIH en HSH después de los Estados Unidos de América.

Es así que se puede afirmar que el grupo de HSH está muy descuidado en varias regiones del mundo, incluida Latinoamérica, aparte de que son hombres muy difíciles de identificar y en la

mayoría de los casos el tamaño poblacional es excepcionalmente difícil de estimar. Aunque en la mayoría de los países, al menos una porción de la población de HSH es abiertamente gay y se puede encontrar en bares y sitios de encuentro identificados como de “socialización gay”, se debe tener en cuenta que, según estimativos, entre el 40 y el 45% de la población de HSH acude a estos sitios de encuentro, en donde se han enfocado la mayoría de las campañas, lo cual de entrada deja por fuera más de la mitad de la población objeto de estas acciones.

2.3 Prácticas de riesgo

Bahamon, Vianchá y Tobos (2014), mencionan que las prácticas sexuales de riesgo han despertado gran interés debido a que hacen más probable la incidencia de situaciones nocivas para el sujeto. Tener relaciones sexuales sin condón o habiendo consumido licor o la promiscuidad, hacen vulnerables a las personas frente a las amenazas referidas. Diferentes autores se han interesado por comprender las conductas sexuales de riesgo, debido a que a pesar de existir un adecuado conocimiento de las consecuencias negativas que ello puede acarrear a mediano y largo plazo, su nivel de prevalencia continúa siendo alto.

Las conductas sexuales de riesgo no se consideran como producto del desconocimiento de cómo protegerse, pues la mayoría de los jóvenes conoce las diferentes estrategias, sin embargo, se presentan altos índices de riesgo por no usar el preservativo y por las relaciones sexuales a edades cada vez más tempranas, aspectos que incrementan la vulnerabilidad frente a múltiples problemáticas. Dentro de algunas prácticas de riesgo, se encuentran el cruising, en lugares abiertos como parques o cerrados, como baños y saunas o “las cabinas” a continuación se hablará de cada una de estas.

Es importante mencionar que el cruising tiene su origen en la década de 1920 en algunos parques de Nueva York donde los gays se reunían con amigos y buscaban parejas sexuales. El cruising es un vocablo inglés que se utiliza para designar la práctica de interacción social que consiste en encuentros sexuales anónimos entre hombres gays en espacios públicos abiertos y/o cerrados, en este sentido, este es considerado como un encuentro, negociación y consumo de sexo.

Las prácticas sexuales que hasta hace poco tiempo eran consideradas inaceptables dentro de los códigos de conducta de la sociedad heteronormativa, los estudios sobre geografía y sexualidad continúan siendo escasos debido tanto a las miradas masculinistas, patriarcales y heteronormativas de la sociedad, es así que los estudios de cruising están más centrados en aspectos de salud pública y cuestiones médicas relacionadas con los denominados ángeles negros (portadores del sida), por lo tanto, según las investigaciones hechas con anterioridad se puede mencionar que los homosexuales hombres practican sexo más seguro que los heterosexuales.

Cabe resaltar que, en la práctica del cruising, generalmente los hombres homosexuales se apropian de determinados espacios urbanos o no para sus encuentros sexuales anónimos. Es necesario plantearse dónde están, pero también por qué son elegidos unos lugares y no otros, quiénes los visitan, por qué acuden a ellos, es evidente que el cruising es un hecho social y territorial y que no puede obviarse. Por su parte, es importante recordar que el cruising está catalogado como una práctica desviada o como un comportamiento desviado, altamente estigmatizado y perteneciente a la subcultura.

Los lugares para la práctica del cruising son numerosos y diversos. Como ya se había descrito antes, estos espacios públicos pueden ser abiertos (playas, parques, polígonos industriales, descampados, etc.), cerrados (baños, saunas, estaciones de autobuses, metro, centros comerciales, etc.)

En el 2015, Dóniz-Páez, realizó una investigación, este estudio se hizo en 3 lugares públicos, en los cuales se constaba de otro tipo de actividades. Para la realización de este se hizo una observación directa, la cual se puede decir que una la herramienta más significativa para la obtención de información.

Ahora bien, los resultados de esta observación fueron los siguientes:

1. Se trata de lugares muy vigilados y esto hace que los usuarios busquen continuamente otras zonas. Los espacios públicos para las prácticas sexuales no están circunscritos exclusivamente a los hombres gays. El uso sexual del espacio por parte de los heterosexuales es mucho más conocido y extendido y su máximo exponente es la prostitución femenina. Ahora bien, lo que es más novedoso es la existencia del cruising gay femenino o lésbico.

2. Aunque existan muchas más investigaciones sobre los hombres gays, la homosexualidad femenina sigue ¿estando socialmente más oculta o ignorada? Aun así ¿por qué los gestos cariñosos en público entre mujeres (besos, bailes, ir de la mano, juntas al baño, etc.) están mucho mejor vistos que entre hombres?
3. Son lugares en los cuales acuden tanto locales como extranjeros, así mismo acuden jóvenes y mayores adultos que son el grupo de edad en la que se centra este tipo de investigaciones, sin embargo, se sabe que también acuden menores de edad. Los usuarios no responden exclusivamente a los prototipos físicos definidos en la literatura científica de hombre gay joven, cuidado y de complexión deportista o hombres gays maduros, poco cuidados y de complexión dura, por último, que acuden tanto hombres homosexuales como heterosexuales.
4. Existen reglas para iniciar el encuentro, para desarrollarlo y ponerle fin y todo ello con el objetivo de sellar el acuerdo para el tener sexo rápido, anónimo y en un ambiente de seguridad. Hay alguna correlación entre algunos gestos (miradas, formas de caminar, movimientos corporales, etc.) y algunas prácticas sexuales.
5. Las razones para acudir a los espacios de cruising están relacionadas con la fantasía de tener sexo anónimo y esporádico con uno o varios desconocidos.

Otra investigación que se puede mencionar fue la que hicieron List y Teutle (2008), el objetivo de su estudio fue: analizar las dinámicas urbanas de los varones que acuden a distintas saunas de la capital poblana, en las que participan hombres provenientes de diferentes estados del país y que, por diversas razones, han elegido esta ciudad como punto de destino o de escala en su tránsito a otras entidades

Unos de los lugares que se estudio fue “Las Termas”, este se estableció hace algunos años en la capital del estado, desde que se inauguró, su rápida difusión en medios especializados despertó una gran curiosidad, gran parte del éxito de este lugar se ha debido a que sus visitantes lo consideran limpio, seguro, accesible y con un horario muy amplio, ya que los fines de semana funciona las 24 horas del día. Asimismo, el costo es relativa mente moderado. El otro lugar fue el

“El Ático”, aquí llegan a mezclarse sujetos gays y otros que no se reconocen como tales, fue creado con la intención de servir para el encuentro sexual, es así como clientela acude con este propósito.

Ahora bien, los dos baños sauna públicos, Uno de ellos se encuentra a un costado de uno de los mercados más grandes de una concurrida zona comercial de la ciudad y de la región, y también cerca de la Central de Autobuses, por lo que muchos de sus usuarios son tanto clientes como comerciantes del mercado y de las zapaterías y bodegas que venden al mayoreo. A pesar de encontrarse ubicado en una pequeña colonia, son pocos los vecinos varones que acuden a él, en gran medida por su fama de ser un punto de encuentro sexual para hombres.

Por otra parte, los viajeros sexuales, que son los visitantes de estos vapores son, en la mayoría de los casos, originarios de otras entidades del país o de otras ciudades del propio estado. Los gays suelen frecuentar los sitios creados exprofeso, mientras que los hombres que gustan de tener esa clase de encuentros sin las implicaciones de asumir una identidad frecuentan los espacios clandestinos. A los sujetos gay y bisexuales que suelen acudir a estos sitios los mueve un interés por descubrir la variedad de ofertas tanto institucionalizadas como clandestinas, que han venido promocionándose entre los sujetos gay sobre todo a través de las páginas web o de las recomendaciones que hacen entre sus pares. Cabe recalcar que en los negocios referidos en esta investigación no se ejerce el sexo servicio.

Es así como se descubrió un abanico de posibilidades en estos baños de vapor: los sujetos que, reconociéndose a sí mismos como heterosexuales, uno de los participantes de este artículo sobre este tema comenta lo siguiente:

“Nos sentimos calientes y queremos coger con lo que sea” (p. 117)

Los que se dicen bisexuales, muchos de ellos casados, que buscan tener encuentros con varones dentro de estos contextos; y los gays, quienes saben que en estos recintos hallarán hombres dispuestos a tener un breve encuentro en el anonimato. Evidentemente, no en todos los casos está reconocida la identidad sexual. Van sobre todo con la intención de tener encuentros anónimos, lo cual se espera que transcurra con el menor intercambio de información, pues, en la mayoría de los casos, ni siquiera se conoce el nombre de la persona con la que se ha tenido el contacto.

Un último estudio sobre prácticas de riesgo sería el que hizo Méndez (2018), en este, el investigador le hace una entrevista semi-estructurada a “Parker” y junto con él visita “Las cabinas”, los resultados de la entrevista y la observación en dicho lugar fueron los siguientes:

“Las cabinas”, es lugar de encuentro sexual para varones gay, según el relato que hace Parker sobre estos lugares, él menciona que: aun en los sitios más pedestres, parece haber categorías y niveles sociales. La conformación del espacio de “Las cabinas” está diseñada para que ingresen varios tipos de personas, según la cantidad de dinero que se encuentren dispuestos a desembolsar, por un tiempo indeterminado de sexo en vivo y/o sexo cibernético. Hay una cuota de 15 pesos por una hora para alquilar pequeños compartimentos individuales. Allí mismo, hay otras cabinas, las “*Very Important People*” (VIP) por 30 pesos; y unas, las menos, pero incluso aún más selectas, por 60 pesos la hora, cabe destacar que se paga al finalizar la sesión.

Así mismo, menciona que ya adentro uno elige qué hacer, pues afirma que hay quienes deciden ir directamente a sus cabinas; otros prefieren recorrer los pasillos para dar un primer vistazo a la gente que ese día ahí se encuentra, las puertas de las cabinas que pueden abrirse, para mirar quién se halla dentro, hay algunas vacías, otras ocupadas. Muchos ni siquiera voltean a ver quién se asoma por su puerta. Nadie se rige por la palabra hablada. Todo es una cuestión de miradas, de roces discretos y de gestos faciales que invitaban o rechazaban la posibilidad de un encuentro. Cabe resaltar que “Parker” afirma lo siguiente:

“Es un lugar para que te vean; para que te inflen el ego”, “Es para ir a coger, no para buscar una relación sentimental”.

Por otra parte, cabe mencionar que dentro de estos sitios en todas las cabinas hay una computadora con internet en la que se podía hacer uso, tanto de páginas pornográficas como de un chat interno que mantenía conectadas a todas las cabinas. A un costado del escritorio se asomaba en un recuadro un decálogo de “normas que hay que seguir”, entre estas una de las más destacadas es la siguiente: el llamado a permanecer callado para no incomodar a las cabinas vecinas. Y es que ahí el silencio parecía apreciarse, y el ruido, por el contrario, era un elemento que había que suprimir a toda costa.

Como se pudo leer en las prácticas de riesgo sexuales descritas anteriormente hay una alta posibilidad que durante estas no haya el cuidado suficiente (protección) al momento de la relación

sexual, lo cual puede desencadenar consecuencias negativas, como lo serían las infecciones de transmisión sexual, que es lo que se describirá a continuación.

2.4 Infecciones de transmisión sexual (ITS)

Bravo y Ortiz (2016), hablan sobre estas, y mencionan que las infecciones son aquellas que se transmiten de una persona a otra a través del contacto sexual. Las causas de estas son por más de 30 bacterias, parásitos, hongos y virus, la mayoría puede conducir a enfermedades crónicas, esterilidad y eventualmente la muerte. Existen más de 20 tipos de ITS, entre las que destacan:

Herpes genital: es una infección de transmisión sexual (ITS) común que puede contraer cualquier persona sexualmente activa. La mayoría de las personas con el virus no tiene síntomas. Incluso sin tener signos de la enfermedad, se puede transmitir el herpes a las parejas sexuales. Esta infección puede causar llagas genitales dolorosas y puede ser grave en personas con el sistema inmunitario deprimido. Si una persona con herpes se toca las llagas o toca el líquido de estas, puede pasar el herpes a otras partes de su cuerpo, como a los ojos.

Gonorrea: es una infección bacteriana común que se cura fácilmente con antibióticos. Se transmite por vía sexual, mediante el sexo vaginal, anal y oral. La bacteria se encuentra en el esperma (semen), el líquido pre-eyaculatorio, las secreciones vaginales. Puede infectar el pene, la vagina, el cuello uterino, el ano, la uretra, la garganta y los ojos (aunque es raro). La mayoría de las mujeres que contraen gonorrea no tienen síntomas. Si muestran síntomas de gonorrea, estos aparecen alrededor de una semana después de haber contraído la infección. Estos incluyen lo siguiente:

- Dolor o ardor al orinar
- Flujo vaginal anormal que puede ser amarillento o con sangre
- Sangrado entre periodos menstruales

Los hombres son más propensos a tener síntomas si contraen gonorrea. Habitualmente, los síntomas aparecen dentro de la semana posterior a haber contraído la infección. Estos incluyen lo siguiente:

- Secreción amarilla, blanca o verde del pene
- Dolor o ardor al orinar
- Dolor o hinchazón en los testículos

La gonorrea también puede infectar el ano si se tiene sexo anal o puedes propagar la infección al ano desde otra parte del cuerpo (por ejemplo, al limpiarte después de ir al baño). La gonorrea anal no suele presentar síntomas. No obstante, los signos de gonorrea en el ano pueden incluir:

- Picazón en, o alrededor del ano
- Secreción del ano
- Dolor al defecar

Las infecciones en la garganta causadas por gonorrea tampoco suelen provocar síntomas. Si aparecen algún síntoma, generalmente es solo dolor de garganta.

Sífilis: es una infección bacteriana que suele transmitirse por contacto sexual. La enfermedad comienza como una inflamación sin dolor, generalmente en los genitales, el recto o la boca. La sífilis se transmite de una persona a otra mediante el contacto de la piel o las membranas mucosas con estas inflamaciones. Luego de la infección inicial, la bacteria puede permanecer latente en el cuerpo durante décadas antes de activarse de nuevo. Cabe resaltar que esta se presenta en etapas y los síntomas varían según la etapa. No obstante, las etapas pueden coincidir y los síntomas no siempre suceden en el mismo orden

El primer signo de la sífilis es una pequeña llaga, que se denomina “chancro”. La llaga aparece en el lugar donde la bacteria ingresó al cuerpo. Si bien la mayoría de las personas infectadas por sífilis tienen solo un chancro, algunas personas presentan varios. Este suele aparecer alrededor de 3 semanas después de la exposición. Muchas de las personas que tienen sífilis no notan el chancro porque suele ser indoloro y puede estar oculto en la vagina o el recto. Este se curará solo en un período de entre 3 y 6 semanas.

Unas pocas semanas después de que se cure el chancro, es posible que aparezca una erupción cutánea que comienza en el tronco y, finalmente, cubre todo el cuerpo (incluso las palmas de las manos y las plantas de los pies). Esta erupción cutánea no suele producir picazón y puede estar acompañada por llagas que parecen verrugas en la boca y la zona genital. Algunas personas

también padecen caída del cabello, dolores musculares, fiebre, dolor de garganta e hinchazón de los ganglios linfáticos. Estos signos y síntomas pueden desaparecer en pocas semanas o pueden aparecer y desaparecer de forma repetida durante hasta un año.

Si no se recibe tratamiento para la sífilis, la enfermedad pasa de la etapa secundaria a la etapa latente (oculta), en la cual no tiene síntomas. La etapa latente puede durar años. Es posible que los signos y síntomas no vuelvan a presentarse nunca, o bien la enfermedad puede progresar a la tercera etapa (etapa terciaria).

Entre el 15 y el 30 por ciento de las personas infectadas por sífilis que no reciben tratamiento presentarán complicaciones conocidas como sífilis terciaria (tardía). En la etapa tardía, la enfermedad puede dañar el cerebro, nervios, ojos, corazón, vasos sanguíneos, hígados, huesos y articulaciones. Estos problemas pueden ocurrir muchos años después de la infección original que no se trató.

Tricomoniasis: (o “tric”) es una infección de transmisión sexual (ITS) muy común causada por la infección transmitida por el parásito protozooario llamado *Trichomonas vaginalis*. Los síntomas de la enfermedad pueden variar, y la mayoría de los hombres y mujeres que tienen el parásito no saben que están infectados.

Cuando la tricomoniasis causa síntomas, pueden variar entre irritación leve e inflamación grave. Algunas personas presentan los síntomas durante los 5 a 28 días después de haberse infectado, pero otras los presentan mucho más tarde, los síntomas pueden aparecer y desaparecer. Los hombres con tricomoniasis pueden sentir picazón o irritación dentro del pene, ardor después de orinar o eyacular, o pueden tener alguna secreción del pene. Las mujeres con tricomoniasis pueden notar picazón, ardor, enrojecimiento o dolor en los genitales, molestia al orinar, o una secreción clara con un olor inusual que puede ser transparente, blanca, amarillenta o verdosa.

Tener tricomoniasis puede provocar molestias al tener relaciones sexuales. Si no se trata, la infección puede durar meses y hasta años. La tricomoniasis puede aumentar el riesgo de contraer o propagar otras infecciones de transmisión sexual. Por ejemplo, puede causar inflamación genital que hace más fácil infectarse con el virus del VIH o transmitírselo a una pareja sexual.

VIH/SIDA: esta es una de las ITS más frecuentes, conocido como el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH o HIV, por sus siglas en inglés) es un virus que afecta al sistema de defensas del organismo, llamado sistema inmunológico. Una vez debilitado por el VIH, el sistema de defensas permite la aparición de enfermedades. Esta etapa avanzada de la infección por VIH es la que se denomina Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA). Esto quiere decir que el SIDA es un conjunto de síntomas (síndrome) que aparece por una insuficiencia del sistema inmune (inmunodeficiencia) causada por un virus que se transmite de persona a persona (adquirida).

La mayoría de las ITS afectan tanto a hombres como a mujeres, pero en muchos casos los problemas de salud que provocan pueden ser más graves en las mujeres. Si una mujer embarazada padece alguna de estas infecciones, puede causarle graves problemas de salud al bebé.

Los antibióticos pueden tratar las ITS causadas por bacterias, hongos o parásitos. No hay cura para estas causada por un virus, pero los medicamentos pueden ayudar con los síntomas y mantener la enfermedad bajo control. El uso correcto de preservativos de látex reduce enormemente, aunque no elimina, el riesgo de adquirir y contagiarse. La forma más confiable de evitar la infección es no tener sexo anal, vaginal u oral.

Siguiendo con el VIH esta se descubre a partir de que en 1984 se sostuvieron distintas teorías sobre la posible causa del SIDA. Rosas y Gomes (2008), comentan que estos primeros casos eran jóvenes de sexo masculino, en su mayoría homosexuales o usuarios de drogas inyectables. Como, inicialmente, un grande número de infectados era homosexual, la enfermedad fue bautizada al principio como “cáncer gay”.

En un principio la comunidad homosexual fue culpada de la aparición y posterior expansión del SIDA en Occidente. Incluso algunos grupos religiosos llegaron a decir que el sida era un castigo de Dios a los homosexuales (esta creencia aún es popular entre ciertas minorías de creyentes cristianos y musulmanes). Otros señalan que el estilo de vida «depravado» de los homosexuales era responsable de la enfermedad. Aunque en un principio el sida se expandió más deprisa a través de las comunidades homosexuales, y que la mayoría de los que padecían la enfermedad en Occidente eran homosexuales, esto se debía, en parte, a que en esos tiempos no era

común el uso del condón entre homosexuales, por considerarse que éste era sólo un método anticonceptivo. Por otro lado, la difusión de este en África fue principalmente por vía heterosexual.

La teoría con más apoyo planteaba que el sida era una enfermedad básicamente epidemiológica. Pérez (2008), menciona que:

“Otras teorías sugieren que el sida surgió a causa del excesivo uso de drogas y de la alta actividad sexual con diferentes parejas. También se planteó que la inoculación de semen en el recto durante la práctica de sexo anal, combinado con el uso de inhalantes con nitrito llamados poppers, producía supresión del sistema inmunológico. Pocos especialistas tomaron en serio estas teorías, aunque algunas personas todavía las promueven y niegan que el sida sea producto de la infección del VIH.” (p.2)

Siguiendo con el autor ya mencionado, nos dice que:

“La teoría más reconocida actualmente, sostiene que el VIH proviene de un virus llamado “virus de inmunodeficiencia en simios” (SIV, en inglés), el cual es idéntico al VIH y causa síntomas similares al sida en otros primates. Según un estudio publicado en 2014, el virus entraría en los seres humanos por primera vez en los años 20 del siglo XX, en el centro de África” (p.3)

En 1984, dos científicos franceses, Françoise Barré-Sinoussi y Luc Montagnier del Instituto Pasteur, aislaron el virus de sida y lo purificaron. Robert Gallo, estadounidense, pidió muestras al laboratorio francés, y adelantándose a los franceses lanzó la noticia de que había descubierto el virus y que había realizado la primera prueba de detección y los primeros anticuerpos para combatir a la enfermedad.

Después de diversas controversias legales, se decidió compartir patentes, pero el descubrimiento se les atribuyó a los dos investigadores originales que aislaron el virus, y solo a ellos dos se les concedió el Premio Nobel conjunto, junto a otro investigador en el 2008, reconociéndolos como auténticos descubridores del virus, aceptándose que Robert Gallo se aprovechó del material de otros investigadores para realizar todas sus observaciones.

En 1986 el virus fue denominado VIH (virus de inmunodeficiencia humana). El descubrimiento del virus permitió el desarrollo de un anticuerpo, el cual se comenzó a utilizar para

identificar dentro de los grupos de riesgo a los infectados. También permitió empezar investigaciones sobre posibles tratamientos y una vacuna.

Por otra parte, Gutiérrez y Blanco (2016) menciona que:

“En esos tiempos las víctimas del SIDA eran aisladas por la comunidad, los amigos e incluso la familia. Los niños que tenían sida no eran aceptados por las escuelas debido a las protestas de los padres de otros niños; éste fue el caso del joven estadounidense Ryan White. La gente temía acercarse a los infectados ya que pensaban que el VIH podía contagiarse por un contacto casual como dar la mano, abrazar, besar o compartir utensilios con un infectado” (p.10)

El SIDA pudo expandirse rápidamente al concentrarse la atención sólo en los homosexuales, esto contribuyó a que la enfermedad se extendiera sin control entre heterosexuales, particularmente en África, el Caribe y luego en Asia.

Ahora bien, Pérez (2008), afirma que:

“Gracias a los descubrimientos realizados en la actualidad se tienen más conocimientos sobre todo lo relacionado con el VIH y su detección, por ejemplo: El VIH no tiene síntomas. Por lo tanto, la única manera de saber si alguien contrajo el VIH es a través de un test. En Argentina, se calcula que el treinta por ciento de las personas que viven con VIH no saben que lo tienen.” (p.3)

González (2012), afirma que:

“El test de VIH es un análisis de sangre que detecta la presencia de anticuerpos al VIH. Existen dos tipos de test: el llamado ELISA que es una extracción de sangre y se realiza en un laboratorio y el test rápido, para el que se depositan unas gotas de sangre de la yema de un dedo sobre una tira reactiva y cuyo resultado se obtiene veinte minutos después. En ambos casos, si el resultado es positivo, debe ser confirmado con una prueba de laboratorio denominada Western Blot. El análisis de VIH es voluntario, confidencial y no requiere orden médica. En todos los hospitales públicos y centros de salud de la república mexicana es gratuito” (p.30).

Aunque una vez producida la infección por VIH, los anticuerpos tardan entre 3 y 4 semanas en ser detectados. Es decir que, durante este tiempo, llamado “período ventana”, los análisis pueden resultar negativos, aunque la persona tenga el virus. Es por eso que cuando hubo una situación de riesgo, si el análisis se hizo durante el mes siguiente y el resultado fue negativo, se recomienda repetirlo.

Así mismo, un resultado positivo significa que: se encuentran anticuerpos del VIH en la sangre. Es decir, que la persona tiene el diagnóstico, no significa que tenga SIDA. Además de que se debe tener en cuenta que esa persona puede transmitir la infección a otra persona, que debe usar preservativo en las relaciones sexuales para no transmitir el virus y evitar el riesgo de reinfección, es decir, que otra cepa diferente del VIH ingrese en el organismo, que, en caso de que una persona quede embarazada, debe tomar los recaudos necesarios para evitar la transmisión al bebé.

No hay cura para esta infección, pero los medicamentos contra el VIH (llamados antirretrovirales o ARV) pueden evitar que evolucione al SIDA. Estos medicamentos ayudan a las personas infectadas a tener una vida más larga y sana; además, reducen el riesgo de transmisión del virus (la propagación del virus a otras personas).

Entonces, se puede mencionar según lo dicho por Leite, De Oloveira, Lessa, Ramos y Tosoli (2017), que la utilización y el acceso a la terapia antirretroviral (TARV), la monitorización de los servicios de salud y sus resultados relacionados, apuntan un camino para la búsqueda de la mejoría de la Carga Viral (CV) de las personas que viven con VIH/SIDA. Sin embargo, encontrar una solución definitiva para el problema es todavía un desafío enfrentado por científicos de todas las disciplinas.

Es así como se puede comentar que: la monitorización clínica de las personas con el diagnóstico, es actualmente, una de las más importantes herramientas para el acompañamiento de los avances y esfuerzos necesarios para la mejoría de la atención, así mismo, la asistencia en salud es de gran importancia para esos individuos, los que necesitan de cuidados especiales para la manutención de la CV.

Por su parte, Araya, Carrasco, Fernández, Pérez y Lasso (2013), afirman que:

“El impacto del tratamiento antirretroviral (TARV) se ha visto reflejado en indicadores de salud tales como: disminución de la mortalidad, hospitalizaciones, retraso de la presentación del SIDA, de infecciones oportunistas y de las complicaciones derivadas de la enfermedad. Estos indicadores son comparables con países desarrollados en los cuales el VIH es considerado una enfermedad crónica. Es así que, como toda enfermedad crónica, es indispensable apoyar a los usuarios con programas educativos.” (p.582)

Cabe mencionar que existen tres fases de infección por el VIH:

- **Infección aguda por el VIH**

La infección aguda por el VIH es la etapa más temprana de infección por ese virus y, por lo general, se manifiesta en un lapso de 2 a 4 semanas después de que la persona ha contraído esta infección. Durante esta fase, algunas personas tienen síntomas similares a los de la influenza (gripe), como fiebre, dolor de cabeza y erupción cutánea. En esta fase, el VIH se reproduce rápidamente y se propaga por todo el cuerpo. El virus ataca y destruye una clase de glóbulos blancos (células CD4 o linfocitos CD4) del sistema inmunitario que luchan contra la infección. Durante la fase de infección aguda por el VIH, la concentración de ese virus en la sangre es muy alta, lo cual aumenta considerablemente su riesgo de transmisión.

- **Infección crónica por el VIH**

La segunda fase es la infección crónica por el VIH (también llamada infección asintomática por el VIH o fase de latencia clínica.) Durante esta fase de la enfermedad, el VIH sigue reproduciéndose en el cuerpo, pero en concentraciones muy bajas. Aunque personas con infección crónica por el VIH no tienen ningún síntoma relacionado con la misma, pueden propagar el virus a otras. Sin tratamiento con medicamentos contra el VIH, la infección crónica suele evolucionar a SIDA en 10 años o más, aunque ese período puede ser menos en algunas personas.

- **SIDA**

El SIDA es la fase final y más grave de la infección por el VIH. Puesto que el virus ha destruido el sistema inmunitario, el cuerpo no puede luchar contra las infecciones oportunistas y el cáncer. (Las infecciones oportunistas son infecciones y tipos de cáncer relacionados con infecciones que se presentan con más frecuencia o son más graves en las personas con inmunodeficiencia que en las personas con un sistema inmunitario sano.) A las personas con el VIH se les diagnostica SIDA si tienen un recuento de linfocitos (células) CD4, o si presentan ciertas infecciones oportunistas. Sin tratamiento, por lo general, las personas con SIDA sobreviven unos 3 años. En la actualidad se han hecho muchos esquemas de prevención para evitar la transmisión de las ITS (sobre todo del VIH/SIDA), que es de lo que se hablara a continuación.

2.5 Prevención

La epidemia de infección por el VIH se ha configurado bajo el paradigma del estigma, la discriminación y la exclusión social. Entonces se puede afirmar que la infección por el VIH aparece en Estados Unidos precisamente cuando el movimiento gay alcanza su madurez política, pero años más adelante surgieron las pruebas diagnósticas obligatorias para el VIH, la persecución y el acoso de la comunidad gay que vio disminuidas sus conquistas políticas y sociales.

Por otra parte, se puede decir que en Haití, Guyana, Belice y República Dominicana la epidemia está muy arraigada en la población general y se propaga principalmente a través del coito heterosexual, mientras que, en Colombia, México, Perú y el Cono Sur se producen más infecciones en hombres que tienen sexo con hombres (HSH). Para algunos de estos países, el VIH/ SIDA es la primera causa de mortalidad, y sólo se colocan por detrás de los países del África Subsahariana. Entonces según los reportes de ONUSIDA, América Latina aporta el mayor número de infecciones nuevas de VIH en HSH después de Estados Unidos de América.

Es así como Valdespino, García, Conde, Olaiz, Palma, y Sepúlveda, (2007), afirman que:

“Se considera que la epidemia en México se halla concentrada en grupos que mantienen prácticas de riesgo. Casi 90% de los casos de SIDA notificados en

registros oficiales se han atribuido a las relaciones sexuales sin protección y alrededor de la mitad de ellas a las relaciones sexuales entre varones. Sin embargo, la transmisión heterosexual representa 44,5% de los casos notificados y el número creciente de pacientes mujeres.” (p.390).

ONUSIDA ha reconocido que cuantificar la magnitud de la infección por VIH a escala nacional o regional es importante en términos de la evaluación, planeación de programas y supervisión.

Por su parte, Estrada (2006), afirma que existen tres modelos teóricos que se han utilizado para afrontar la prevención de la transmisión del VIH en estos años, responden a distintas ópticas de la prevención, representa cada uno un mayor nivel de inclusión con relación al anterior y son utilizados en ocasiones de manera ecléctica.

2.5.1 Modelo epidemiológico-conductual

El surgimiento de la epidemia determinó un retroceso en relación con las formas de entender la sexualidad y el erotismo, y propició el restablecimiento de las ideas esencialistas y normativas sobre los comportamientos sexuales, entonces La finalidad de los discursos médicos no era únicamente contrarrestar los factores de riesgo, sino marcar los parámetros que distinguían el ejercicio de una sexualidad normal de una sexualidad anormal.

La asociación SIDA/homosexualidad produjo, como consecuencia inevitable, que los programas de prevención y las acciones educativas se dirigieran, casi en su totalidad, a la población de hombres homosexuales (denominados en su momento “grupos de riesgo”), fue hasta finales de 1989, las políticas de información pública y las campañas de prevención tenían dos objetivos: el primero, consolidar el componente educativo; el segundo, fortalecer las acciones en comunicación. Estos eran los criterios principales a través de los cuales se podría conseguir un cambio y lograr respuestas adecuadas de los diferentes actores sociales. Con el transcurrir del tiempo se evidenció la poca efectividad de sus estrategias.

2.5.2 Modelo antropológico-cultural

Para 1991 se puede percibir la superación de la perspectiva biologicista y biomédica fundamentada en el enfoque de riesgo, las nuevas reflexiones tuvieron en cuenta los contextos ambientales y socioculturales, es así que se hizo hincapié en los significados que los sujetos les dan a las prácticas preventivas y de riesgo, se consideró que la vulnerabilidad no era equiparable con una mera probabilidad, sino que se encontraba determinada también por una combinación de factores culturales y sociales que influyen en la conducta de los individuos.

Con esa nueva categoría se pretendía acabar con los prejuicios y la discriminación social hacia la orientación homosexual. Reconocer el aspecto positivo y negativo de estas campañas de prevención sirvió de referente para transitar a otra fase del modelo, que exigía apreciar al riesgo no como un dato epidemiológico sino como un fenómeno social y psíquico que debía caracterizarse desde los elementos socioculturales y contextuales.

2.5.3 Modelo político-económico

Al final de la década de los noventa y al inicio del siglo XXI surge el modelo político-económico. Este parte de la idea de que las desigualdades económicas y sociales están en la base de la epidemia, este modelo nace de la evidencia de que los sujetos se conducen no sólo a partir de sus actitudes individuales y de las pautas sociales, sino también en función de los recursos estructurales capitales y simbólicos con los que cuentan.

Las relaciones de género que hacen más vulnerables a las mujeres, a reformar una estructura económica que liga al SIDA cada vez más con la pobreza y los grupos marginales, a revertir la exclusión de la que son víctimas los usuarios de drogas y a superar la estigmatización de la homosexualidad que hace que los HSH continúen siendo víctimas preferenciales de la epidemia. El modelo propone, además, que la prevención debe integrarse a la atención de las personas, no sólo por razones humanitarias sino también de salud pública, lo cual trae como consecuencia la propuesta de integralidad en los programas de prevención-atención.

Así mismo, Martín, Rojas, Martínez, Sánchez, Remor, y Del Romero, (2008), hicieron una investigación de la cual mencionan que; la transmisión sexual (ITS) en el colectivo de hombres que mantienen sexo con hombres (HSH) ha aumentado de forma notable en los últimos años, en cuanto a los casos de SIDA en varones homo/bisexuales, se encontró que España es uno de los países con mayor tasa de SIDA, es así que el Centro Nacional de Epidemiología, en 2007, indicó que hasta esa fecha de elaboración del Informe, la tercera vía de transmisión más frecuente de los casos diagnosticados de SIDA fueron las relaciones homosexuales entre hombres.

Por otra parte, dado que el VIH/SIDA ha afectado de forma notable al colectivo de HSH, un importante volumen de los estudios de intervención, individuales y comunitarios, bien desarrollados y rigurosamente evaluados, se han centrado en esta población.

Es así que se realizó una revisión de las intervenciones individuales, grupales y comunitarias.

Individuales: se caracterizan por tener rigurosos diseños y por la utilización de ensayos clínicos aleatorizados, cuyo objetivo es evaluar la efectividad de la intervención sobre el comportamiento sexual de riesgo. 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 entrenar a los sujetos en nuevas habilidades conductuales y comunicativas.

Grupos: Su objetivo es incidir en la dinámica de las relaciones, ya que parten de la idea de que la asunción o no del riesgo será una función del contexto donde ocurren las distintas relaciones.

Comunitarias: Reducir los niveles de riesgo de poblaciones o segmentos de población determinados.

Como conclusión después de la realización de estas intervenciones se puede decir que: las intervenciones a nivel individual siguen siendo recomendables para entornos clínicos, es así que MacKellar et al. (2002, citado en Martín et. al., 2008) sugieren que los esfuerzos preventivos deben dirigirse a reducir el retraso en las pruebas entre HSH jóvenes que no se sienten cómodos con su identidad sexual, a centrar el asesoramiento en la disminución de distorsiones en la percepción del riesgo y la preocupación sobre resultados positivos en las pruebas.

Por otra parte, se sugiere que es necesario tomar en cuenta la prevención de la transmisión del VIH dentro de las relaciones estables. Además, la cultura y las creencias ligadas al placer

sexual deben ser tomadas como elementos clave en el análisis de la percepción del riesgo y la susceptibilidad de enfermedad, además de que hay que tener en cuenta que los hombres bisexuales parecen tener un acceso menor a la información de prevención del VIH y servicios relacionados, ya que éstos están diseñados para la población gay.

Antecedentes del VIH/SIDA

Cabe mencionar que respecto a lo anterior se han hecho algunos estudios para comprender los significados y experiencias de las personas HSH que viven con el diagnóstico de VIH, algunas de las investigaciones encontradas son las siguientes:

Como primer punto es importante mencionar lo que refiere Torruco (2016), en el primer mundo se ha inclinado la balanza de la atención de las personas con VIH a favor de la vida. Cada vez más frecuentemente se publica información donde las personas con VIH tienen la misma sobrevivencia que la población general; en este mundo se concentra la atención en evitar nuevas infecciones, diagnosticar lo más pronto posible a los recientemente infectados, tratarlos pronto y enrolarlos en la atención médica especializada.

Pero hay otro mundo posible, en el cual la comunicación del riesgo de infección es deficiente, los pacientes no solicitan la detección o los estados son incapaces de motivar a la población para que se realice pruebas. Es en este mundo en el cual los diagnósticos de SIDA en los hospitales siguen siendo frecuentes y, dada la dificultad de manejar a estos pacientes de alta complejidad, la mortalidad se mueve muy poco año con año. En este también nacen niños con la infección por VIH, ya que la detección en las embarazadas es deficiente. A este mundo pertenecen la mayoría de los países de África (principalmente subsahariana), América latina y algunos países asiáticos. En México es probable que se tenga características de los dos mundos. La estimación más reciente de personas que padecen la infección es alrededor de 180 mil personas, lo cual nos convierte en un país con baja prevalencia.

Así mismo, el autor ya mencionado comenta que no importando en que “tipo” de mundo nos encontremos y de la gran información que hay en la actualidad, por parte de los trabajadores de la salud se hace patente el estigma y, por lo tanto, se propicia la discriminación, con cosas como:

- Marcación de expedientes.
- Exageración de las medidas de seguridad o precauciones universales.
- Objeción a hospitalizar pacientes.
- Retraso en la atención o falta de atención a las personas hospitalizadas.

- Realización de pruebas de detección del VIH sin consentimiento.
- Violación de la confidencialidad.

Es así como Rosas y Gomes (2008), hicieron un estudio con el objetivo de investigar el prejuicio contra homosexuales masculinos portadores de VIH/SIDA. Para su realización, se aplicaron cuestionarios los cuales analizaban 4 aspectos (Fragmentos de entrevistas [en esta se les leyeron 2 historias ficticias. 1. Persona con cáncer pulmonar, el cual había sido provocado por el consumo de tabaco y 2. Persona con VIH, el cual fue transmitido por no usar preservativo], atribución de responsabilidad, la CMJ y Datos sociodemográficos) Estos cuestionarios se les realizaron a 171 estudiantes de psicología, (participaron de forma voluntaria) en donde el 15,8% eran del sexo masculino y el 84,2% del sexo femenino. Cabe resaltar que el delineamiento experimental fue orientación sexual y tipo de enfermedad.

En los resultados se obtuvo lo siguiente: La responsabilidad por la infección fue influenciada por el tipo de enfermedad aisladamente, pero no por el tipo de orientación sexual aisladamente. Más importante es el hecho de que hay mayor atribución de responsabilidad para el SIDA que para el Cáncer. La orientación sexual en la responsabilidad es significativa sólo cuando la enfermedad es SIDA: hay mayor atribución de responsabilidad a los heterosexuales que a los homosexuales.

Para los participantes con alta CMJ, también el efecto de la orientación sexual en la atribución de responsabilidad es significativo cuando la enfermedad es el SIDA. En este caso, existe mayor responsabilidad para los homosexuales que para los heterosexuales. Cuando la enfermedad es cáncer, la relación entre orientación y responsabilidad no es significativa

Como discusión se llegó a que el prejuicio y la discriminación tienen que ser entendidos a partir de una lógica que coloca estos fenómenos en el seno de la estructura social, donde los sistemas de creencias tienen un papel fundamental en su explicación. Por otra parte, aquellos participantes que tienen una adhesión más fuerte a esas creencias (CMJ) responsabilizan más al homosexual portador del VIH/SIDA. En el caso de que hubiera existido un equilibrio entre el número hombres y mujeres o que la mayoría fuesen hombres, los resultados, sin duda, serían otros, dado que, tal y como señala los hombres presentan más expresiones flagrantes de prejuicio contra los homosexuales que las mujeres.

Ahora bien, Gómez, Mayorga, Pérez, Rojas, Orozco, y Camargo, en el 2013, hicieron una investigación, con el objetivo de determinar la prevalencia de los diagnósticos de enfermería en personas con VIH/SIDA que reciben atención ambulatoria en instituciones de salud de Bucaramanga, Colombia.

Su investigación fue de corte transversal descriptivo. Se realizó una entrevista y se aplicó el instrumento: “Formato de valoración de tamizaje del adulto” a 91 adultos. Los criterios de inclusión fueron que todas las personas fueran mayores de 18 años y tuvieran el diagnóstico de VIH/SIDA, que recibían atención ambulatoria en algunas instituciones de salud de Bucaramanga. Se excluyeron mujeres embarazadas y personas con alteración en la esfera mental, alteraciones crónicas o con limitaciones de la comunicación. El consentimiento informado se obtuvo de forma verbal, en él se garantizó la confidencialidad de la información.

Los resultados de este estudio arrojaron que se encontraron prevalencias para 79 diagnósticos, con un mínimo de 4 y un máximo de 46 diagnósticos por persona. La edad promedio de las personas entrevistadas fue de 36,9 años y su escolaridad de 8,6 años. Seis diagnósticos presentaron una prevalencia mayor del 50%, que fueron: riesgo de infección y riesgo de lesión con 98,9%, seguido por protección inefectiva con 96,7%, riesgo de deterioro de la integridad cutánea con 95,6%, deterioro del patrón del sueño con 57,1% y sedentarismo con 53,8%. Cabe resaltar que en estudio se incluyeron 96 categorías diagnósticas de enfermería.

La conclusión fue que: esta investigación es una propuesta para que enfermería estandarice la atención brindada y sus planes de cuidado en las personas que viven con VIH/SIDA basándose en el proceso de enfermería y en el uso de lenguaje estandarizado. Se hace imperativa la necesidad de investigación en esta área con estudios sobre los diagnósticos más prevalentes

Otro estudio realizado fue el hecho por Faler y Abreu (2016), en el cual su objetivo fue: identificar los impactos en la vida y en la estructura familiar de la persona a partir del diagnóstico de VIH. En este se realizó un estudio de caso con un enfoque cualitativo a una persona del sexo femenino (Linda [nombre ficticio]), de 43 años, casada, con 8° año de escolaridad y la cual tenía 17 años con el diagnóstico, esta recibía tratamiento antirretroviral en el Hospital de un municipio. Para obtener la información se utilizó entrevistas semi estructuradas, (las cuales se grabaron y posteriormente fueron transcritas en su totalidad) y se interpretaron los datos a través del análisis de contenido.

Los resultados en este estudio de caso identificaron sentimientos puntuales como la ira, el dolor y el miedo al diagnóstico. Estas diversas emociones son experimentadas por el sujeto en diferentes fases: la ira y el dolor se perciben al descubrir la enfermedad, el miedo es relacionado a la vida familiar, especialmente el miedo a la pareja, que niega la enfermedad y no acepta el diálogo sobre el tema.

El análisis de la información generada se dividió en las categorías siguientes:

1. Impacto del diagnóstico.
2. Estrategias utilizadas para hacer frente a la enfermedad.
3. Apoyo a la familia de la paciente con VIH/SIDA.
4. Expectativas de futuro que tiene el sujeto con VIH/SIDA.

Para hacer el análisis de cada una de estas 4 categorías, se retomaron algunos diálogos que Linda dio en la entrevista y se fueron comparando con lo que decían algunos autores sobre ese mismo tema

Como conclusión, se llegó a que el diagnóstico de VIH/ SIDA termina generando impactos en las vidas de las personas que viven con este, los cuales implican cambios en varios aspectos de la vida de una persona, tales como las relaciones familiares, sus relaciones interpersonales de trabajo, etc. El diagnóstico de VIH puede interferir con la vida afectiva y emocional, siendo notable la expresión de sentimientos como el miedo, tristeza, desesperación y la inseguridad, por otra parte, el deseo de no vivir durante los episodios depresivos. Se debe combinar el tratamiento médico y psicológico para mejorar la calidad de vida de los pacientes con el diagnóstico, de ahí la importancia de un equipo multidisciplinario para las personas con enfermedades crónicas como el VIH/SIDA.

Por último, un estudio que coincide con el anterior es el hecho por Flores, Almanza y Gómez (2008), ya que, en este, su objetivo fue: explorar la experiencia de la familia en el contexto del VIH/SIDA, tratando de identificar distintos momentos psicosociales por los que atraviesan durante la enfermedad.

Participaron 11 personas de forma voluntaria (6 con el diagnóstico [4 hombres y 2 mujeres]), el resto eran familiares. Para su participación se les solicitó que firmaran un consentimiento

informado. Se les realizó una entrevista-semiestructurada compuesta por 3 áreas (interacción familiar, institución e información y redes de apoyo). Las entrevistas fueron transcritas y el material discursivo fue sometido a un doble análisis.

Los resultados arrojaron que: En cuatro de las seis familias entrevistadas, el conocimiento del diagnóstico se dio a partir de una enfermedad oportunista o a partir del intento de suicidio realizado por el individuo. Cabe recalcar que las familias, el conocimiento del diagnóstico los colocó en una situación estresante y de incertidumbre.

Por otra parte, se puede mencionar que: el diagnóstico marcó el inicio de un proceso de adaptación a pérdidas de diversa índole y confrontó a los miembros de la familia ante la idea de la muerte. En las familias con niños y adolescentes, se prefería evitar la revelación de la enfermedad, también se decidió que la enfermedad fuera conocida sólo por los miembros de la familia nuclear, y en otros casos se permitía seleccionar a algunos miembros de la familia extensa. La enfermedad se calla por una sensación de vergüenza, el miedo al rechazo y a la estigmatización, e incluso se hace pasar por otra enfermedad más aceptada socialmente.

En la conclusión de esta investigación se llegó a lo siguiente: Las familias de personas infectadas constituyen un grupo fundamental para la posibilidad de deconstruir significados de la enfermedad anclados al estigma y discriminación, estas adquieren un rol de soporte tanto emocional como social que es indispensable para el afrontamiento.

Se ha observado que cuando estas familias se enteran de que uno de sus miembros vive con VIH/SIDA, se experimenta incredulidad, miedo, tristeza, ira, desesperanza, o se manifiestan alteraciones del estado de ánimo, así mismo viven con un sentimiento de vergüenza y el miedo al rechazo social, por lo que se adaptan a la estigmatización ocultando la enfermedad o manteniéndola en silencio. Estas familias han logrado afrontar la experiencia de la enfermedad a través de su naturalización. Este proceso se facilita por el mantenimiento de los rituales cotidianos y por evitar que la enfermedad sature los espacios, los tiempos y los discursos de las familias.

Objeto de estudio

4.1 Metodología

El presente trabajo se hizo a partir de una metodología cualitativa, la cual para Taylor y Bogdan (1996), es aquella que se refiere a la investigación que produce datos descriptivos, es decir, las mismas palabras de las personas, habladas o escritas y la conducta observable. Así mismo los autores consideran que deben de existir diez puntos, para que sea considerada una metodología cualitativa y son los siguientes:

1. La investigación cualitativa es inductiva y flexible.
2. El investigador ve el escenario y a las personas en una perspectiva holística, no se reduce a variables.
3. Se es sensible a los efectos que los investigadores causan sobre las personas que son objeto de estudio.
4. Se trata de comprender a las personas dentro de un marco de referencia de ellas mismas.
5. Se debe suspender o apartar sus propias creencias, perspectivas y predisposiciones.
6. Todas las perspectivas son valiosas.
7. Los métodos cualitativos son humanistas.
8. Se pone énfasis en la validez de la investigación.
9. Todos los escenarios y personas son dignas de estudio.
10. La investigación cualitativa es un arte.

Es importante retomar que además de los puntos anteriores, una metodología cualitativa tiene diferentes técnicas de recolección de información, como lo son la observación participante y no participante, los grupos focales, la historia de vida y la entrevista a profundidad, de la cual se hablara a continuación:

4.2 Entrevista a profundidad

Esta, según Álvarez-Gayou (2013), afirma que: “es una conversación que tiene una estructura y un propósito. En la investigación cualitativa, la entrevista busca entender el mundo desde la perspectiva del entrevistado, y desmenuzar los significados de sus experiencias” (p. 109). Es así que se busca puntualizar, conocer e indagar en su subjetividad lo cual permitirá profundizar en su pensar, sentir y su actuar. Así mismo Taylor y Bogdan (1996) mencionan que, esta es: “entrevistas cualitativas en profundidad a reiterados encuentros cara a cara entre el entrevistador e informantes, encuentros dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, expresados en sus propias palabras. Las entrevistas a profundidad siguen el modelo de una conversación entre iguales y no de un intercambio formal de preguntas y respuestas” (p. 101).

Para Diaz, Torruco, Martínez y Valera (2013) la entrevista es una técnica de gran utilidad en la investigación cualitativa para recabar datos; es así que la definen como una conversación que propone un fin determinado distinto a solo conversar. Se argumenta que la entrevista es más eficaz que el cuestionario porque obtiene información más completa y profunda, además presenta la posibilidad de aclarar dudas durante el proceso, asegurando respuestas más útiles. La entrevista es muy ventajosa principalmente en los estudios descriptivos y en las fases de exploración, así como para diseñar instrumentos de recolección de datos (la entrevista en la investigación cualitativa tiene como propósito obtener información en relación con un tema determinado; se busca que la información recabada sea lo más precisa posible; se pretende conseguir los significados que los informantes atribuyen a los temas en cuestión).

Las entrevistas semiestructuradas: presentan un grado mayor de flexibilidad que las estructuradas, debido a que parten de preguntas planeadas, que pueden ajustarse a los entrevistados. Su ventaja es la posibilidad de adaptarse a los sujetos con enormes posibilidades para motivar al interlocutor, aclarar términos, identificar ambigüedades y reducir formalismos. Se considera que esta ofrece un grado de flexibilidad aceptable, a la vez que mantienen la suficiente uniformidad para alcanzar interpretaciones acordes con los propósitos del estudio. Este tipo de entrevista es la que ha despertado mayor interés ya que se asocia con la expectativa de que es más

probable que los sujetos entrevistados expresen sus puntos de vista de manera relativamente abierta, que en una entrevista estandarizada o un cuestionario.

Los autores mencionados anteriormente sugieren algunas recomendaciones para llevarlas a cabo:

- Contar con una guía de entrevista, con preguntas agrupadas por temas o categorías, con base en los objetivos del estudio y la literatura del tema.
- Elegir un lugar agradable que favorezca un diálogo profundo con el entrevistado y sin ruidos que entorpezcan la entrevista y la grabación.
- Explicar al entrevistado los propósitos de la entrevista y solicitar autorización para grabarla o video-grabarla.
- Tomar los datos personales que se consideren apropiados para los fines de la investigación.
- La actitud general del entrevistador debe ser receptiva y sensible, no mostrar desaprobación en los testimonios.
- Seguir la guía de preguntas de manera que el entrevistado hable de manera libre y espontánea, si es necesario se modifica el orden y contenido de las preguntas acorde al proceso de la entrevista.
- No interrumpir el curso del pensamiento del entrevistado y dar libertad de tratar otros temas que el entrevistador perciba relacionados con las preguntas.
- Con prudencia y sin presión invitar al entrevistado a explicar, profundizar o aclarar aspectos relevantes para el propósito del estudio.

Por último, se puede decir que el mayor reto es el manejo de un tiempo limitado y el interés por hacer todas las preguntas de la guía. Asimismo, el entrevistador debe estar alerta de su comportamiento no verbal y sus reacciones ante las respuestas, para no intimidar o propiciar restricciones en los testimonios del entrevistado.

4.3 Planteamiento del problema

A pesar de que existe diferente información acerca de los HSH y del VIH, no ha sido suficiente pues es una infección que se sigue transmitiendo, dejando claro que no es por pertenecer a esta población, toda persona no importando su identidad sexual está en riesgo de que le transmitan alguna infección, es así que lo importante sería poder tener un mayor control en la prevención, ya que hay que recordar que entre mayor sea el número de pacientes con el virus, menor podrá ser el apoyo, pues las instituciones que brindan el apoyo pueden llegar a saturarse, así como el poder tener un desabasto de medicamentos, es así que se vuelve un problema público en salud .

Con esto no se quiere llegar a que ya no se transmita el virus, si no que existen una reflexión de cuál es la experiencia al tenerla, y así se pueda llegar a una mayor prevención al acudir a lugares de encuentro, resaltando que es asistir a estos sitios o tener estos encuentros no es que sea algo negativo, sino el poder asistir con la prevención necesaria sería lo recomendable. El tener una regulación emocional antes o después de un diagnóstico será un factor importante, ya que es algo que al no tenerse puede ser perjudicial, ya que de esto también dependerá el como la persona viva con el diagnóstico o lo prevenga.

4.4 Justificación

El hacer este tipo de investigación ayudará a tener más información acerca de la población HSH, así de cómo es su vivencia con el VIH, para así poderles brindar una mejor atención, ya sea en el diagnóstico, tratamiento, evolución y seguimiento. Hay que recordar que son personas de las que se tiene conocimiento pues ya es un sector importante dentro de la sociedad, pero de las que casi no se tiene información de experiencias por la falta de estudios sobre estas, es así que con la teoría, entrevistas y análisis se pueden entender un poco más esta población y sus requerimientos.

4.5 Pregunta de investigación

¿Cuáles son los significados y experiencias de los aspectos sociales, emocionales y físicos de las personas HSH con el diagnóstico de VIH?

4.6 Objetivo general

Describir y analizar los significados y experiencias de los aspectos sociales, emocionales y físicos de las personas HSH con el diagnóstico de VIH.

4.6.1 Objetivos específicos

Describir y analizar los significados de los aspectos sociales de las personas HSH con el diagnóstico de VIH.

Describir y analizar los significados de los aspectos emocionales de las personas HSH con el diagnóstico de VIH.

Describir y analizar los significados de los aspectos físicos de las personas HSH con el diagnóstico de VIH.

Describir y analizar las experiencias de los aspectos sociales de las personas HSH con el diagnóstico de VIH.

Describir y analizar las experiencias de los aspectos emocionales de las personas HSH con el diagnóstico de VIH.

Describir y analizar las experiencias de los aspectos físicos de las personas HSH con el diagnóstico de VIH.

4.7 Supuesto hipotético

Los significados y experiencias de las personas HSH con el diagnóstico de VIH van a influir en la vida diaria de estas personas, como lo que pensaban antes de tenerlo, así como lo que piensan y hacen ya teniéndolo, teniendo en cuenta que van a influir diferentes aspectos como las redes de apoyo, la medicación, prevención y las prácticas sexuales de riesgo.

4.8 Método

4.8.1 Participantes

Se trabajó con una población HSH, los cuales fueron cuatro participantes con el diagnóstico de VIH, ha estos para empezar se les pregunto algunos datos sociodemográficos, así como de formar individual se le hizo una entrevista a profundidad (Ver tabla 1).

Tabla 1. Características socio demográficas de los participantes y entrevistas.

Seudónimo	Edad	Escolaridad	Ocupación	Estado civil	Hijos	Religión	Preferencia sexual	Estado serológico	Otras enfermedades	Duración de entrevista	Lugar de la entrevista
Alonso	64 años	Primaria	Pensionado	Casado (mujer)	3 hijos	Católica	Bisexual	Indetectable	Tumor en glándula suprarrenal izquierda, problemas intestinales y de hígado	1 hora, 16 minutos	Vips, Miguel Ángel de Quevedo, CDMX
Erick	43 años	Preparatoria terminada	Actor y niño	Soltero	No	Devoto a la Santa Muerte	Homosexual	“No me acuerdo en este momento”	Sífilis	2 horas, 20 minutos	Vips, Miguel Ángel de Quevedo, CDMX
Moisés	65 años	Primaria	Pensionado	Casado (mujer)	3 hijos	Católica	“...este solo con mi esposa...” Bisexual	Indetectable	Ninguna	1 hora, 14 minutos	Vips, Miguel Ángel de Quevedo, CDMX
Rafael	52 años	Preparatoria terminada	Entrenador de futbol	Soltero	No	Creyente de Dios	Homosexual	Indetectable	Epilepsia	1 hora, 15 minutos	Vips, Miguel Ángel de Quevedo, CDMX

Fuente: Trabajo de campo, Ciudad de México 2020.

4.8.2 Los criterios de inclusión para este estudio fueron los siguientes

1. Ser hombre
2. Ser HSH
3. Ser portadores del VIH
4. Tener una edad mínima de 40 años y máxima de 70 años

Y los criterios de exclusión serán

1. Ser mujer
2. Varones que no tengan practicas HSH
3. No ser portadores de VIH
4. Ser menores de 40 años y mayores de 70

4.8.3 Materiales

Un dispositivo electrónico con la aplicación grabadora.

4.8.4 Instrumento

Se utilizo una guía de entrevista semiestructurada.

4.8.5 Escenario

Variable dependiendo los participantes

4.8.6 Procedimiento

Este se dividió en cuatro etapas y las cuales se explican a continuación:

1. Negociación: se contactó a cada participante, se estableció la fecha y el lugar de cada entrevista, así como las condiciones en que se realizó.
2. Entrevista: se acudió a la entrevista en las fechas, horas y lugares acordados por ambos (participante e investigador) con el material e instrumentos necesarios. Antes de comenzar cada entrevista se pidió la autorización para audiograbar las mismas, con el consentimiento informado que se solicitó firmar por escrito, con el fin de recabar fielmente las experiencias y significados de cada participante.
3. Procesamiento de la información: cada entrevista se transcribió, con la finalidad de recuperar los discursos íntegros de los participantes.
4. Codificación de la información de las entrevistas: se retomaron algunas categorías y subcategorías a partir de la información de los participantes, otras fueron elaboradas en base al discurso del marco teórico además se incorporaron categorías emergentes a partir de los hallazgos encontrados en el proceso de la investigación.

Resultados y Análisis de los significados y experiencias de personas HSH con el diagnóstico de VIH

5.1 Significados de VIH y SIDA

Dentro de esta categoría cada uno de los participantes dio su opinión de lo para ellos significa el VIH y el SIDA, así como hacen una diferencia entre estas. Cabe recalcar que los 4 participantes saben diferenciar entre estas, así como en lo que consiste cada una y como va afectando a su organismo, de igual forma el que los llevaría a pasar de tener VIH a SIDA, así mismo tanto Alonso, Moisés y Rafael concuerdan en la idea de que antes la falta de información tanto del personal de la salud como de la sociedad hacía pensar que el padecer VIH era igual a morir, pero con el paso del tiempo todos coinciden que tener la enfermedad no es igual a muerte.

Pérez (2008), señala que; *“VIH es una de las ITS más frecuentes, conocido como el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH o HIV, por sus siglas en inglés) es un virus que afecta al sistema de defensas del organismo, llamado sistema inmunológico. Una vez debilitado por el VIH, el sistema de defensas permite la aparición de enfermedades. Esta etapa avanzada de la infección por VIH es la que se denomina Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA). Esto quiere decir que el SIDA es un conjunto de síntomas (síndrome) que aparece por una insuficiencia del sistema inmune (inmunodeficiencia) causada por un virus que se transmite de persona a persona (adquirida)”* (pág. 5).

Así mismo Rosas y Gomes (2008), comentan lo siguiente;

“Los medicamentos pueden ayudar con los síntomas y mantener la enfermedad bajo control. El uso correcto de preservativos de látex reduce enormemente, aunque no elimina, el riesgo de adquirir y contagiarse.” (p.575).

Esto se puede corroborar en las siguientes narrativas, donde los participantes tienen una idea similar de lo que es el VIH y SIDA como lo mencionan los autores anteriores.

“Alonso: Es el síndrome de inmunodeficiencia adquirida, no, más bien el SIDA es el síndrome de inmunodeficiencia adquirida y el VIH es el virus de inmunodeficiencia humana, la diferencia entre esas es que el VIH es el virus que te ataca las defensas de tu organismo y por eso si no se atiende uno se queda desprotegido, sin defensas y en un momento uno puede contraer enfermedades que a uno lo puede poner en una situación de SIDA, en una fase terminal (...) los primeros años si se consideraba como una enfermedad mortal, pero ya hoy en día ya no es mortal, ya es controlable, ya solo la determinan como una enfermedad crónica, así que no es igual a muerte porque yo soy un caso de esos, o sea ya tengo 19 años viviendo con el VIH y en términos generales he estado bien de salud.”

“Erick: (...) este como tal es un virus que tenemos nosotros, bueno... por lo que yo he entendido, que tenemos nosotros en la sangre, es portador del VIH, creo que las siglas son en inglés, (...) el SIDA por lo que he escuchado, ya es una etapa final, de hecho, ya empiezan a salir como manchas en el cuerpo y como tal el proceso del medicamento retroviral ya no hace efecto dentro ya del cuerpo, como tal ya no hace reacción el medicamento, ya es casi la última etapa. Las diferencias es que el VIH lo tienes controlado apegándote al medicamento, teniendo un mejor estatus de vida, y el SIDA pues eso es precisamente si no te cuidas, si no usas condón adecuadamente o tienes relaciones o también por infecciones, que se vuelve otra vez a reproducir el virus, te vuelves a reinfectar. (...) no es igual a muerte, como tal no, si no llevas apegado al tratamiento obviamente tus defensas se bajan, como tal por VIH no te mueres, se te bajan tus defensas y por cualquier virus y si no están tus defensas al 100%, bueno pues tienes la posibilidad de enfermarte de cualquier otra enfermedad.”

“Moisés: Pues es una enfermedad supuestamente que no tiene cura, para mí eso es el VIH, pero te puedo decir que ahorita a pesar de que no tiene cura, pero me he mantenido estable y es una enfermedad que la verdad es por transmisión sexual y que si uno no usa protección pues ahí viene no solo el VIH sino otras enfermedades ahora sí que hay que tener cuidado (...) yo tengo entendido que el

SIDA es cuando uno ya tiene las defensas bajas que ya no cuenta uno con nada de CD4 y nada de eso (...), las diferencias entre estas es que el SIDA es algo que ya no tiene uno defensas, que ya este uno bajo de todo, de plaquetas y propensa a otras enfermedades por lo mismo y el VIH yo tengo entendido que ya está uno más protegido porque uno ya tiene uno el CD4 se puede decir que normal y ya de sus plaquetas uno está mejor y ya no es tan oportunista otra enfermedad, yo creo que la diferencia es eso. VIH si es igual a muerte si uno no tiene cuidado y si uno no se cuida principalmente tomar su medicamento al horario y si nosotros no llevamos esa disciplina pues podemos morirnos que por el descuido”

“Rafael: Es una enfermedad más, como cualquiera, bueno al menos yo la he visto como cualquier otra enfermedad, siempre y cuando se den los cuidados y atenciones adecuadas va a ser la gravedad. EL SIDA es la enfermedad que cuando no te has cuidado, protegido, no te has atendido llega al lapso de que tus defensas ya están muy débiles o ya no tienes defensas y es donde entra una infección atacar tu organismo y es muy difícil a veces el volver a sanar o a recuperar la salud (...) las diferencias es que el VIH es la infección del virus, es cuando lo tiene uno, pero mientras este controlado o esté en tratamiento no se agrava o pasa a mayores y el SIDA es cuando no tienes atenciones, no tienes cuidados y tu organismo se está deteriorando porque no tiene las defensas. (...) el VIH ahorita ya no es igual a muerte, cuando se conoció si, por la falta de estudios, por la falta de conocimientos (...)”

5.2 Significados y experiencias a partir del diagnóstico y tiempo viviendo con el VIH – SIDA

Dentro de esta categoría los participantes hablan sobre cuánto tiempo llevan con su diagnóstico, Alonso y Rafael tienen más de 15 años con este, refieren que cuando fueron diagnosticados pensaban que en poco tiempo iban a morir, pues en aquel tiempo existía poca información sobre la enfermedad, por otra parte, Erick y Moisés tienen menos de 8 años de su

diagnóstico, pero aun así al enterarse hubo falta de información. Tres de ellos mencionan haber tenido síntomas antes de hacerse la prueba, en algunos síntomas coinciden como fiebre y diarrea, por su parte Rafael comenta que no tuvo síntoma alguno, que solo se hizo la prueba porque su pareja había muerto de eso.

Gutiérrez y Blanco (2016) mencionan la forma de actuar en los primeros años del VIH y dicen que: *“(...) las víctimas del SIDA eran aisladas por la comunidad, los amigos e incluso la familia. Los niños que tenían sida no eran aceptados por las escuelas debido a las protestas de los padres de otros niños. La gente temía acercarse a los infectados ya que pensaban que el VIH podía contagiarse por un contacto casual como dar la mano, abrazar, besar o compartir utensilios con un infectado” (p.10)*

Por su parte, Pérez (2008), afirma que: *“Gracias a los descubrimientos realizados en la actualidad se tienen más conocimientos sobre todo lo relacionado con el VIH y su detección, por ejemplo: El VIH no tiene síntomas. Por lo tanto, la única manera de saber si alguien contrajo el VIH es a través de un test.” (p.3)*

En los siguientes testimonios podemos notar que estos llegan a coincidir en lo que mencionan los autores, pues los participantes hablando acerca de la falta de información sobre el tema cuando fueron diagnosticados y como eran tratados, así mismo los autores lo refieren y el cambio que ha sucedido con el paso del tiempo.

“Alonso: A mí me detectaron en el 2001 (...) los síntomas que tuve es que empecé a bajar de peso sin ninguna razón, comía y terminaba yo de tomar los alimentos y me daba diarrea, empecé yo a tener mucha comezón yo en la piel aun sin tener salpullido como me ves mi piel pero yo sentía la comezón por dentro inclusive yo me rascaba y no sentía alivio, porque te rascas, sientes comezón y no sientes alivio, entonces yo me empecé a curar yendo con médicos, con personas que curan de males, cuando me dieron el diagnostico positivo sientes que se te abre la tierra, yo dije; ¡Pues hasta aquí!, hasta aquí llegue, porque había un total desconocimiento del VIH, porque en ese tiempo, todavía hace 19 – 20 años o había la información que ahora hay, yo pensaba que ya me iba a morir (...) inclusive en

esos momentos se me vino la idea de suicidarme, porque sentía que no iba a saber cómo afrontar la situación ante mi familia.”

“Erick: Yo tengo diagnosticado, desde el 2013, (...) yo ya estaba muy mal, de hecho yo ya lo presentía, pero ya eran muchas fiebres, demasiadas diarreas también, muchas evacuaciones, me sentía muy cansado, en las uñas de los dedos ya se me estaban poniendo amarillas, empecé con una tos, que se me metió una bacteria porque yo ya tenía las defensas muy bajas (...) el día que me hice la prueba fui solo, siempre he estado solo, en este tipo de situaciones siempre he estado solo, (...), cuando me dijeron que era positivo no sentí tanto, no recaí tanto, porque yo ya lo presentía, por el estilo de vida que yo ya había llevado (...) entonces el golpe no es tan fuerte, yo solo recibí la confirmación de lo que yo ya estaba pensando (...) si me sentí así como que “ups”, que voy hacer ante la sociedad, es lo primero que se me vino, por mi familia, pero de sentirme yo mal o de espantarme, no, lo que a mí me pesaba era mi familia, mi papá, mis hermanas, mis sobrinas, pensé que me iban a rechazar porque todavía hay muchos tabúes.”

“Moisés: Mira pues con el diagnostico tengo 4 años como con 2 meses más o menos, recuerdo que fue un 15 de septiembre yo comí unos tacos de carnitas de puerco, pero para esto ya al otro día no amanecí enrronchado pero yo se lo atribuía a la carne, fui al doctor me receto algo pero hasta ahí quedo ese timbre, pero yo ya estaba pensando en más mal, no me daba temperatura ni eso, fue hasta cuando yo ya estaba sin defesas cuando yo empecé con las temperaturas, pero yo ya me sentía más cansado, se me iba la voz, me sentía como que más agitado porque ya no tenía casi defensas (...) ya me hace la prueba el doctor y me dice; “usted se va a ir inmediatamente a su clínica, es que esto y esto del VIH y está en la 3° etapa”, o sea que ya estaba casi para morirme, porque yo ya estaba muy mal (...),mi temor que tenía es que mi esposa fuera a estar,(...) las únicas emociones que sentía eran negativas, porque no había emoción buena (...) primero pensaba yo en que ya no iba a trabajar que yo ya tenía la edad para pensionarme y pensaba que ya no iba hacer nada porque yo me veía de la jodida, la verdad, yo dije; hasta

aquí se acabó todo, ya no voy hacer nada, no voy a salir porque todavía me sentía mal, que emoción vas a tener, pues ninguna, todo piensa uno negativamente porque dices; a lo mejor yo me mantengo así todo desnutrido, no voy a mejorar, así voy a estar, ya no voy hacer nada, tanto de mi vida personal... piensa uno que se acaba todo “

“Rafael: Ya voy alrededor de 18 años (...) yo tenía a mi pareja, yo soy una persona que le da toda la confianza del mundo, el problema es que yo creo que él no confió en mí y en ese tiempo yo no tenía idea de lo que era el VIH y sus síntomas, entonces yo lo notaba muy raro, unas calenturas muy fuertes que le daban a él y de repente se le inflamaban mucho los ganglios atrás de las orejas y en la entre pierna, él me decía que como se dedicaba a la obra, era plomero y hacia cosa así, me dijo que era una hernia que desde chico la tenía, ya después yo lo lleve a tratarse nada más que nunca me dejaron pasar con él, el pasaba y yo preguntaba cómo estaba y solo me decían que bien, yo me fui hacer los estudios, ya llevaba 1 año con él y salí negativo (...) él falleció me volví a hacer los estudios, yo no tenía síntomas, solo me quedo la espina, salió positivo y yo dije “en 2 o 3 meses me voy a morir”, lo que me ayudó a mí es que yo empecé a acudir a terapias, ahí me enseñaron aceptar las cosas y a ver la vida de una forma muy diferente, y ahí fue donde entendí que no era una enfermedad mortal(...)”

5.2.1 Experiencias al vivir una discriminación

Dentro de esta categoría 3 de los participantes hablan acerca de cómo han vivido la discriminación social teniendo la enfermedad, es así como Alonso y Moisés prefieren evadir el comentar que tienen dicha infección para evita malos tratos o distanciamiento de las personas que los rodean, por su parte Erick afirma que el sí ha vivido una discriminación, así como el cómo fue vivirla, cómo le afectó y que hizo.

Campillay y Monárdez (2019), mencionan acerca de la discriminación y comentan lo siguiente; *“es una conducta de desprecio contra otra persona o grupo, ya sea cultural y socialmente extendido en base a un prejuicio negativo. En el contexto de personas con VIH/SIDA, estas situaciones generan una vulneración de los derechos humanos. La estigmatización es un problema presente en el entorno de la atención en salud y ha sido influenciado por barreras sociales, culturales y legales. Estas deben abordarse para garantizar el acceso a servicios con estándares de calidad aceptables, y esencialmente con información relacionada con VIH/SIDA que sea precisa, con pertinencia cultural y accesible a toda la población. Pues en el estigma colabora el temor al contagio relacionado con la falta de formación al personal sanitario e información a la población. Esta brecha de conocimiento ha provocado temor y favorece la idea de que la enfermedad puede ser diseminada exclusivamente por el comportamiento de los grupos de riesgo. Esto debilita las acciones preventivas de la población y provoca el recogimiento de los grupos de riesgo que se sienten amenazados, requieren protegerse del acoso social y la predisposición negativa de la sociedad.”* (pág. 95)

Con esto podemos ver que lo que dicen los autores coincide con las siguientes citas textuales que nos brindan los participantes, así como se describe el conocimiento o desconocimiento respecto al tema será como actúe ante la situación las personas.

“Alonso: (...) mi esposa no quería que le dijera a los demás, yo creo el temor a la discriminación (...) yo no tenía ese temor, porque precisamente yo sentía que al platicarlo me desahogaba y a parte sentía como que ya tenía un apoyo más, no sentía yo temor por decírselos.”

“Erick: Si, ese día se me bajaron mis defensas y empecé yo a tener fiebre muy fuerte, fui con la enfermera, pero mi supervisor me empezó a decir que no era normal esa fiebre, que él no se tragaba el cuento, que yo tenía otra cosa, (...), al grado de que me estuvo hostigando, me estuvo acosando para sacarme la verdad al grado que si le dije “si, si tengo VIH” entonces, ya fue cuando fui con la enfermera y la enfermera estuvo de mi lado, me protegió y me cuidó y ella fue la que le dio seguimiento a todo y si le metieron una fuerte sanción al supervisor, (...) en ese momento sentí odio, así con ganas de pararme y cachetearlo, porque ese es

el impulso que a veces uno siente, (...) , pero tomé la mejor de decisión de poderme dar de baja yo mismo, al final del día las cosas siempre van a caer por su propio peso (...)”

“Moisés: (...) pero si la gente lo sabe ya no se te va acercar más, luego hasta ya no te hablan igual, hay mucha discriminación, ahora imagínate por esto que se puede esperar.”

5.3 Significados y experiencias en la adherencia a los medicamentos y la importancia de estos

Dentro de esta categoría los participantes hablan acerca de su adherencia al medicamento y si ha existido algún cambio en estos. Los 4 participantes hablan de la importancia de tomarlo, pues concuerdan que es algo que los hace mantenerse estables respecto a la infección, así como el que dificultades presentaron en un principio para consumirlo. En la actualidad Alonso, Erick y Rafael ya tuvieron un cambio en su medicación, pues después de tener que tomar varias pastillas en un solo día, ahora solo toman 1 y se les hace más fácil y mejor.

Araya, Carrasco, Fernández, Pérez y Lasso (2013), afirman que: *“El impacto del tratamiento antirretroviral (TARV) se ha visto reflejado en indicadores de salud tales como: disminución de la mortalidad, hospitalizaciones, retraso de la presentación del SIDA, de infecciones oportunistas y de las complicaciones derivadas de la enfermedad. Estos indicadores son comparables con países desarrollados en los cuales el VIH es considerado una enfermedad crónica. Es así que, como toda enfermedad crónica, es indispensable apoyar a los usuarios con programas educativos ”* (p.582). Cabe recalcar que el autor ya mencionado, comenta que existen tres fases de infección por el VIH:

- **Infección aguda por el VIH**

La infección aguda por el VIH es la etapa más temprana de infección por ese virus y, por lo general, se manifiesta en un lapso de 2 a 4 semanas después de que la persona ha contraído esta

infección. Durante esta fase, algunas personas tienen síntomas similares a los de la influenza (gripe), como fiebre, dolor de cabeza y erupción cutánea. En esta fase, el VIH se reproduce rápidamente y se propaga por todo el cuerpo. El virus ataca y destruye una clase de glóbulos blancos (células CD4 o linfocitos CD4) del sistema inmunitario que luchan contra la infección. Durante la fase de infección aguda por el VIH, la concentración de ese virus en la sangre es muy alta, lo cual aumenta considerablemente su riesgo de transmisión.

- **Infección crónica por el VIH**

La segunda fase es la infección crónica por el VIH (también llamada infección asintomática por el VIH o fase de latencia clínica.) Durante esta fase de la enfermedad, el VIH sigue reproduciéndose en el cuerpo, pero en concentraciones muy bajas. Aunque personas con infección crónica por el VIH no tienen ningún síntoma relacionado con la misma, pueden propagar el virus a otras. Sin tratamiento con medicamentos contra el VIH, la infección crónica suele evolucionar a SIDA en 10 años o más, aunque ese período puede ser menos en algunas personas.

- **SIDA**

El SIDA es la fase final y más grave de la infección por el VIH. Puesto que el virus ha destruido el sistema inmunitario, el cuerpo no puede luchar contra las infecciones oportunistas y el cáncer. (Las infecciones oportunistas son infecciones y tipos de cáncer relacionados con infecciones que se presentan con más frecuencia o son más graves en las personas con inmunodeficiencia que en las personas con un sistema inmunitario sano.) A las personas con el VIH se les diagnostica SIDA si tienen un recuento de linfocitos (células) CD4, o si presentan ciertas infecciones oportunistas. Sin tratamiento, por lo general, las personas con SIDA sobreviven unos 3 años.

“Alonso: En cuanto al aspecto de personas con VIH pues significa bastante, yo creo que es la vida de uno, porque si uno no se adhiere al medicamento pues vienen enfermedades oportunistas y eso puede conllevar a la muerte (...) siempre he tenido cierta disciplina, no se me complicó tomar el medicamento, de hecho, cuando me diagnosticaron yo viajaba y de cierta forma ni los viajes me lo complicaban porque simplemente ponía mi alarma y en el lugar donde fuera,

muchas veces me lo tomaba manejando, pero relativamente no se me ha complicado la adherencia al medicamento, actualmente tomo el atazanavir, el ritonavir y la kivexa, es una pastilla diaria de cada una.”

“Erick: al principio no me tomaba el medicamento, salía muy mal, después senté cabeza, no hubo nadie, hasta eso yo soy orgulloso de mi mismo, ahora sé que es muy importante porque es el estado de vida (...) un 20 % ayuda el medicamento un el 80% es mío, agua, ejercicio, una buena alimentación y todo eso, pero el medicamento para mi si ha sido importante porque yo antes era muy descuidado, yo el medicamento me lo tomaba hasta con la cerveza (...) no me importaba el medicamento porque necesitaba una sustancia de drogas, como no sabía que tenía yo a la mano, pues me lo echaba (...)”

“Moisés: Para mí se me hacen bien porque yo me he recuperado, mi primer medicamento fue truvada y otros, ahora tomo el ritonavil . ”

“Rafael: actualmente tomo el que es una sola pastilla, porque estaba tomando truvada y verapina, pero para este mes que viene ya me mandaron el nuevo (...) ya viene compuesto, apenas lo voy a empezar a tomar (...) nunca me ha costado trabajo adherirme al tratamiento, mi primer tratamiento que fueron un montón de pastillas, sí me sentí incómodo y todo eso (...) yo creo que con el problema de mi epilepsia se me entiesaba todo mi cuerpo, mi mente estaba consciente, pero todo mi cuerpo se quedaba tieso, ni hablar podía, pero eso fue como 3 o cuatro veces nada más, fue lo único y un poco de malestar estomacal.”

5.3.1 Experiencias respecto al trato que reciben en los lugares que se atienden

Dentro de esta categoría se habla del trato que han recibido los pacientes a partir de su diagnóstico, Alonso, Erick y Moisés coinciden en que el trato no es por su infección, si no algo

general y “normal” en las clínicas seguro o instituciones a las que acuden, más que ser tratados por su condición, son tratados según el estado de ánimo de la persona que los atiende.

Torruco (2016), habla acerca de la importancia del trato del sector salud hacia los pacientes y afirma que: los aspectos éticos de la atención permiten que se genere una relación de confianza que favorece de manera directa la actitud de la persona frente a su enfermedad. El equipo de salud debe estar preparado no solo para acciones técnicas y procedimentales, sino para establecer una relación de ayuda verdadera y cercana. Los procesos de afrontamiento de la enfermedad se inician con intentos de autoayuda, posible hasta que las personas agotan sus propias capacidades, para luego requerir de apoyo de la red social.

Continuando con las ideas de este autor he aquí, la importancia de que el equipo de salud esté siempre dispuesto a acoger a estas personas pues, una vez agotada la resistencia individual se desencadena en la mayoría de los casos una crisis emocional cuyo síntoma principal es la desesperanza. Mencionados como los principales facilitadores que van a determinar que las personas accedan al sistema sanitario, están la confianza en el sistema y las personas, conocimiento del sistema, la cercanía geográfica y el contexto sociocultural. Por lo que la dimensión ética de la atención se vuelve relevante para acoger, contener y acompañar a las personas diagnosticadas en su proceso de aceptación a la enfermedad. Siendo fundamental un trato respetuoso para retener a las personas y completar su tratamiento.

Volviendo a retomar lo dicho por el autor, en las siguientes narrativas se puede ver la comparación de ser tratados correctamente y de no ser tratados de la manera adecuada, ya que el sector salud, será una de las redes de apoyo para el paciente, esta será la que le de la información más clara y al no ser así, se corre el riesgo de que este solo este mal informado, así como se pueden perjudicar sus emociones.

“Alonso: Pues yo creo que como en todas instituciones, hay personas que te atienden muy bien y hay personas que no del todo bien y muchas veces que uno lo entiende, (...) pero si yo me pusiera a calificar al seguro social le pondría un 8,

porque han sido más las atenciones que las desatenciones, o sea son mínimas de personal médico que de cierta forma no te atienden como es.”

“Erick: Al principio fue un trato no muy bien, cuando me fui hacer todo el papeleo me hicieron muchas largas, pero hasta que no puse un hasta aquí, (...) yo necesito el medicamento si o si y no quiero recurrir a otras estancias.”

“Moisés: El trato en la clínica es bueno, porque yo lo viví, un poquito pesaditos en la noche, lo que pasa es que en la noche hay muy poquitos de guardia y como que les vale un poquito más, en el día hay más vigilancia (...) pero si me atendieron muy rápido, muy bien, porque me hicieron de todos los estudios.”

5.4 Significados y experiencias al momento de la transmisión del VIH

En esta categoría se habla del momento de la transmisión del virus, pero es muy difícil saber cuándo fue, ya que como lo expresa Alonso, Erick y Moisés, cuando se tienen diferentes relaciones sexuales con distintas personas, es difícil averiguar quien fue la persona que te transmitió el virus o el lugar, algo contrario con lo que paso con Rafael, pues aquí en solo mantenía una pareja sentimental y sexual y su pareja tenía VIH, entonces al estar solo con esa pareja es evidente quien se lo transmitió.

Gutiérrez y Blanco (2016), hablan acerca de la forma de transmisión de VIH y dicen lo siguiente: *“Se puede adquirir por transmisión maternofetal y perinatal, incluida la leche materna, por transfusiones de sangre o derivados contaminados, por trasplante de órganos y por contacto directo con sangre (compartir jeringuillas), asimismo por conductas de riesgo como inyección de drogas intravenosas, relaciones sexuales sin protección, entre otros”* (pag.2)

Así mismo los autores mencionados también comentan que; “*el VIH no es un virus que se adquiera con facilidad por vía sexual, en comparación con la cantidad de personas que practican sexo cada año, es un escaso porcentaje de estas contrae esta infección. Tras una exposición sexual al VIH, la probabilidad de no adquirir el virus es siempre mucho mayor que la de infectarse (por supuesto, el riesgo solo existe si la pareja sexual tiene el VIH y su carga viral es detectable). Sin embargo, cabe recordar que puede bastar una única exposición para que se produzca la infección. Una exposición es cualquier situación en la que podría existir un riesgo de transmisión del VIH si un miembro de la pareja tiene el virus y su carga viral es elevada. Muchas de las nuevas infecciones por el VIH (posiblemente la mayor parte) proceden de personas con el VIH que no saben que lo tienen. Una persona que se haya infectado muy recientemente (en los dos meses previos) se encuentra en el momento en que más probabilidades tiene de transmitir el VIH durante las relaciones sexuales. Esto es debido a que, en los primeros meses, la cantidad de virus en el organismo alcanza su nivel máximo.*” (pág. 5).

Como se puede leer en las citas anteriores, existen diferentes formas en las que se pueda transmitir el virus, pero en las cuatro narrativas siguientes, podemos apreciar que en los cuatro casos fue de forma sexual, es ahí donde no sabemos el momento exacto en el que sucedió, pero se tienen una idea de en qué momento debió haber estado la persona que ya tenía el virus para poderlo transmitir.

“Alonso: (...) me contagie por una relación sexual, no se quien fue porque he tenido muchas relaciones sexuales (...).”

“Erick: mmm... no y si, la persona indicada no, no sé quién me contagio, pero el lugar si lo sé, fue en lugares de encuentro (...) fue en la casita en donde me infecté porque ahí es donde recurro más. (...) ¿y para qué?, para estar pensando en quien fue, ¡ay que hueva!, tengo más cosas que pensar, mira a lo mejor se va a escuchar burlón, pero ya lo tengo, ya me fregué, tengo que vivir con ello y a mí un medicamento o una enfermedad me hace ser más o me hace ser menos y tengo que continuar (...).”

“Moisés: Mira, recordar no, pero te voy a decir que supuestamente uno usa el preservativo, yo no sé si hubo alguna falla en eso, yo se lo atribuyo a eso, (...) no se quién me lo transmitió, nadie te dice que tiene VIH, nadie y si tú vas a pagar por un servicio no te van a avisar porque si no ya no vas a ir, lo único que te dicen es que están bien (...).”

“Rafael: Yo tenía a mi pareja, (...) yo lo notaba muy raro, unas calenturas muy fuertes que le daban a él y de repente se le inflamaban mucho los ganglios atrás de las orejas y en la entre pierna, (...) después me entero de que él tenía VIH, pero nunca me lo dijo (...) él falleció, me volví a hacer los estudios, salió positivo a VIH.”

5.5. Significados y experiencias de como era su vida antes del diagnóstico

Dentro de esta categoría se abarca el tema de cómo fue para ellos el enterarse que tenían el diagnóstico, cuáles fueron sus primeros pensamientos, por ejemplo: Alonso pensó que iba a morir, por su parte Erick y Moisés lo tomaron de otra forma, pero a pesar de ello no fue fácil aceptar la situación.

Cordero (2017), habla sobre lo anterior y dice que: La primera reacción de la persona afectada es generalmente "catastrófica", con una fuerte carga emocional, por la percepción del miedo a una muerte cercana e inevitable tras un curso doloroso por la enfermedad. Se suelen agregar preocupaciones en torno a la pérdida de soporte social y del afecto por parte de familiares y amigos, pensando que será una carga pesada para el entorno; e incluso al miedo a la alteración de su aspecto externo y a la posible pérdida de sus facultades mentales.

Son muy frecuentes los cuadros severos de angustia y depresión. A raíz de lo anterior las áreas fundamentales que integran a una persona se ven afectadas severamente por esta crisis, influyendo no solo en su estado físico, sino en sus relaciones interpersonales, a nivel laboral, conductual, cognitivo y emocional. Estas crisis pueden no ser elaboradas y concluidas de forma inmediata, y

muchas veces las personas necesitan una ayuda externa para lograr aceptar su diagnóstico y vivir plenamente.

La información anterior la podemos completar con lo que dijeron los participantes a continuación, pues en algunos casos o en la gran mayoría los primeros pensamientos no fueron positivos respecto al tema, por lo contrario, había pensamientos irracionales ante lo desconocido que para ellos era el VIH.

“Alonso: En un principio dejé de hacer proyectos, o sea como yo pensaba que ya me iba a morir porque había un desconocimiento total en mí del VIH, ahorita 2020 ya es muy diferente al 2001 cuando me diagnosticaron, no había mucha información todavía, inclusive cuando me diagnosticaron pensé; “estos del seguro me van a internar y me van a tener ahí aislado” ese era mi pensamiento, entonces pues yo no tenía ningún proyecto, pues andaba bien deprimido y no podía coordinar bien mis ideas.”

“Erick: Antes rechazaba a las personas con VIH, decía; “no, yo nunca voy a tener eso, yo nunca” porque me quedó grabado lo de mi tío, por los moretones, eso lo tengo aquí (toca su cabeza), (...) si hubo un momento en que le llegué a tener mucho miedo de contagiarme (...) cuando me dan el diagnóstico no lo tomé así tan a pecho, porque como yo ya sabía (...) el VIH no cambio mis planes, me dio más trabajo de actuación.”

“Rafael: Yo nunca me asusté de eso, (...) siento que me dieron mucho amor y eso siento que me ayudó mucho a mí, porque antes de que pasara todo esto conocí a un chico que tenía VIH, para mí no hubo problema, hasta le propuse qué nos cuidáramos, no tenía mucha idea de eso.”

5.6 Significados y experiencias de vivir con VIH

Dentro de esta categoría, Moisés y Rafael platican que ha pasado con sus vidas después del diagnóstico, como es un día a día a partir de la enfermedad, así como que cosas han cambiado o que han hecho para que el VIH no les afecte.

Cordero (2017), menciona sobre lo anterior y dice que; *“Después del diagnóstico serológico positivo la persona se encuentra en una encrucijada en su vida, empieza a interrogarse sobre lo que sucederá consigo misma y con el mundo que la rodea: ¿Cuánto tiempo me quedará de vida? ¿Podré seguir estudiando? ¿Podré trabajar? ¿Qué va a pasar con mi familia? ¿Con las metas que me había planteado? En este sentido, el diagnóstico conlleva a la persona a un proceso de autorreflexión acerca de sus metas, de su familia, de su mundo laboral, de sí misma. Se revalora la vida, definir nuevas prioridades, formas de vida; siempre y cuando la crisis sea elaborada y finalizada de forma adecuada. Dado a que el VIH es una enfermedad crónica y no siempre discapacitante, las personas son capaces de efectuar las mismas actividades que realizaban en su cotidianidad antes de ser diagnosticadas en el área laboral, profesional, familiar y social. Por lo tanto, se asume que el proyecto de vida no tiene que ser eliminado de la vida de la persona, renunciando a sus metas; sin embargo, la connotación social que tiene la enfermedad, éste se ve "derrumbado", "deshecho", "inacabado". No obstante, cuando la persona empieza un proceso de aceptación de su enfermedad, comprende que su vida puede seguir adelante y que sus metas, establecidas con anterioridad siguen siendo viables.”* (pág. 30).

Según lo anterior y los testimonios siguientes, sabemos que dependerá de la persona, así como del contexto o la situación que estén viviendo el cómo tomen el diagnóstico y como sea el proceso para llegar a una aceptación.

“Moisés: No, fíjate que no cambió nada, al contrario, creo hice más planes, salgo más a pasear, yo no pienso en el SIDA, en el VIH, yo pienso lo que viene mañana o lo que viví en el día, pero yo no estoy pensando; “¡Ay, tengo esto!”, fíjate que no, creo yo tenía más miedo cuando me lo comentaban que ahora que lo tengo,

porque no me da miedo, porque digo; si llevo mi medicamento como debe de ser y mis ejercicios todo estará bien.”

“Rafael: Los planes que cambiaron fue que empecé a ver primero por mí, después por mí, y al último por mí, fui haciendo mi casa, fui saliendo a conocer que me daba miedo, después le demostré a toda mi familia que yo podía valerme por mí (...) de mis planes que ahora tengo el primero sería conseguir un empleo que me pueda dar recursos porque quiero aprender físico terapeuta (...)”

5.7 Significados y experiencias sobre las redes de apoyo al tener VIH

5.7.1 Familia

Dentro de esta categoría se habla de cómo fue para Alonso, Erick, Moisés y Rafael el hablar con su familia sobre su diagnóstico, en los 4 casos siempre hubo un apoyo, pero si fueron selectivos al momento de elegir a quien de los integrantes de su familia era correcto decirle y a quien no.

Flores, Almanza y Gómez (2008), afirman sobre el tema familiar lo siguiente; *“el diagnóstico marcó el inicio de un proceso de adaptación a pérdidas de diversa índole y confrontó a los miembros de la familia ante la idea de la muerte. En las familias con niños y adolescentes, se prefería evitar la revelación de la enfermedad, también se decidió que la enfermedad fuera conocida sólo por los miembros de la familia nuclear, y en otros casos se permitía seleccionar a algunos miembros de la familia extensa. La enfermedad se calla por una sensación de vergüenza, el miedo al rechazo y a la estigmatización, e incluso se hace pasar por otra enfermedad más aceptada socialmente. Se ha observado que cuando estas familias se enteran de que uno de sus miembros vive con VIH/SIDA, se experimenta incredulidad, miedo, tristeza, ira, desesperanza, o se manifiestan alteraciones del estado de ánimo, así mismo viven con un sentimiento de vergüenza*

y el miedo al rechazo social, por lo que se adaptan a la estigmatización ocultando la enfermedad o manteniéndola en silencio.” (pág. 10).

A partir de lo dicho anteriormente con los autores y de las siguientes narrativas podemos decir que hay una similitud, pues en la mayoría de los casos se escogió a quien decirles que se tiene VIH y a quienes no y por qué, pero siempre fue a las personas más cercanas dentro del ámbito familiar, pues será una de las redes de apoyo más importantes.

“Alonso: Para platicarle a mis hijos pasaron 3 meses (...) reuní a los 3 y ya platicamos, en aquellos tiempos cuando yo a alguien le empezaba a platicar de mi diagnostico luego luego me soltaba llorando, me daba mucho sentimiento, entonces ya les dije que tenía SIDA, ellos ya tenían la idea de que algo andaba mal en mí, porque supieron que me mandaron hablar del seguro social así como con urgencia, entonces ese día ya les dije yo, me solté a llorar y me abrazo mi hijo, me consolaron y ya me dijeron que estaban conmigo y que tenía todo su apoyo, y yo creo que sí, hasta la fecha han sido el apoyo, más de mis hijas, mi hijo como que es más alejado, yo creo que la cuestión de que la familia lo sepa ayuda mucho emocionalmente, son como ventanas, que cuando tú te sientes mal o cualquier cosa, o sea ya no te angustias, sabes que tienes el apoyo de las personas, porque después de ellos empezaron a saberlo más gente”

“Erick: Cuando le conté a mi hermana al principio no me dijo nada (...) un día estábamos en una reunión y llego llorando, se me puso en mis pies y me dijo que porque yo y porque yo, y le dije que fue por mi vida, libertinaje más que todo y al final de cuentas yo tengo que asumir las consecuencias de mis actos, entonces a ella fue a la que le pego más, a las demás de mis hermanas no, ni a mis sobrinas, al contrario, fue un apoyo ya después (...) hasta ahorita sí, me apoyan en todos los sentidos.”

“Moisés: Mis hijos desde un principio, fueron me abrazaron; “no papá si tú tienes eso nosotros te vamos a apoyar”, entonces me dio un poquito más de confianza, yo ya no iba tanto con ese temor de que tenía VIH entonces ahora llegan, por

ejemplo mi hijo llega me abraza y “papá ¿Cómo estás?”, la de en medio esa como que tiene el carácter mío, más reservado, más como enojona, ella no y le dicen que es igualita a mí, la grande igual, no me visita seguido, pero en el momento que yo necesitaba (...) mis hermanos no saben con eso te digo todo, ellos saben que igual tuve una bacteria en el pulmón, me vi muy malo, iban a venir a verme cuando yo estaba internado pero les dije que no, no es necesario que lo sepan mis hermanos porque no dependo de ellos, a lo mejor si dependiera de alguno de ellos les digo, pero ahorita la verdad no, ni es necesario decirle a nadie.”

“Rafael: Poco a poco se lo fui diciendo, se lo fui diciendo a mis hermanas que eran las más allegadas a mí y a mis sobrinos que siempre me han querido y siempre he tenido una buena comunicación con ellos, y poco a poco se fue dando la noticia, a uno de mis hermanos un poco machista, que no la captaba muy bien, pero la educación que tenemos es de apoyarnos siempre todos, y siempre me han apoyado (...) siempre me apoyaron, y hasta la fecha me siguen apoyando ahora lo que dicen ellos es que yo soy un ejemplo para todos ellos.”

5.7.2 Pareja

Esta categoría dependerá mucho del estado civil de las personas, para pensar que tanto influye en su vida, por ejemplo, para Alonso y Moisés lo más preocupante para ellos que son casados no era el que sus parejas supieran su diagnóstico, si no que no estuvieran con el virus, y para Erick y Rafael, lo importante si era que sus parejas de esos tiempos supieran que tenían VIH, para ver su reacción.

Faler y Abreu (2016), comentan que, en las parejas serodiscordantes, el principal desafío en su salud sexual es el riesgo de transmisión del VIH, principalmente en relaciones duraderas. La posibilidad para la transmisión se muestra desigual entre diferentes grupos poblacionales, destacándose en poblaciones vulnerables. La vida en pareja es la unión de dos mundos distintos que se sostiene mediante amor, comunicación, confianza, respeto y al cual deben acoplarse ambas

personas para lograr una reeducación en sus hábitos. Sin embargo, para las personas que viven con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), esto se vuelve complicado, debido a los estigmas sociales que conlleva el vivir en pareja, más aún cuando la persona mantiene una relación afectiva, amorosa y sexual con otra persona que no vive con VIH.

Por otra parte, Flores y Almanza (2013) hablan sobre las personas con VIH y dicen que; *“pueden temer la revelación del diagnóstico hacia sus parejas, familiares, amistades o compañeros de trabajo por la misma razón, lo cual puede provocar aislamiento y limitar la posibilidad de obtener apoyo por parte de sus redes sociales o acceder a servicios de apoyo. Incluso la internalización del estigma puede afectar la salud mental de los pacientes ya que puede generar ansiedad, depresión y desesperanza; así como afectar sus relaciones sociales, por el temor de transmitir el VIH a otras personas o a sufrir rechazo social si es que se enteran de su diagnóstico.”* (pág. 52)

Ahora bien, podemos decir que una de las personas más importantes en la vida de otra es la pareja, pues es con esta con la que se comparte la mayoría de las cosas diarias, entonces el decir y vivir con el diagnóstico es uno de los momentos más difíciles e importantes como se pueden apreciar en las siguientes citas.

“Alonso: cuando le dije a mi esposa me senté a llorar, le dije; “pues que tengo SIDA”, porque en aquel tiempo se hablaba de SIDA no tanto de VIH, entonces ella como que lo tomo a broma, todavía se sonrió y me dijo que no estuviera de bromista y le dije que era enserio que tenía SIDA y ya... se puso a llorar conmigo, en ese momento yo me sentía de lo peor (...) y ya me dijo ella; “cuando nos casamos juramos vivir juntos hasta que la muerte nos separe y así va a suceder, yo no te voy a dejar por esta situación”, (...) fuimos a unos laboratorios y a los 2 nos hicieron estudios y al tercer día nos los entregaron, los abrí, negativo el de ella (...) me libere de la carga de culpa de que ella estaba bien, de que ella no estaba infectada.”

“Erick: (...) yo anduve con el novio de mi sobrina, bueno el ex, se empezaron a dar las cosas, al grado de que él ya sabía de mi diagnostico antes de esto que te

estoy contando, entonces no hubo necesidad de haberle dicho, pero siempre use condón.”

*“**Moisés:** Mi esposa también me abrazó y me dijo; “si ya la regaste ni modo, pero te vamos a apoyar, no te preocupes”, (...) al día siguiente de que les dije ella se fue a hacer los estudios y pues ya salió que no, negativo, (...) esa era mi preocupación, ya a los 5 o 6 meses se vuelve hacer los estudios, porque le dijeron que así estuviera 1 año o 2 algo así, entonces eso ya era otro peso que te quitabas de encima parte a mí me preocupaba.”*

*“**Rafael:** (...) conocí a un chavo y pues a mí nunca me ha gustado mentirle a alguien, nos tratamos como una semana y pues yo siempre he sido de pareja y le dije mi diagnóstico, lo que me gustó de él es que me dijo; “no hay problema, yo te acepto así como eres” y eso me gustó, él me enseñó que la vida seguía, (...) tiempo después él se hizo los estudios y también salió positivo, yo me sentí mal con él porque yo sentía que yo lo había infectado (...) al principio si nos protegíamos, pero después ya no, bueno al principio a veces sí y a veces no, pero no te puedo asegurar muy bien (...) pero reflexionando era muy difícil que yo pudiera contagiar a alguien porque yo estaba indetectable y siempre lo he estado, haciendo la idea de lo que él me contaba, cuando él le dijeron el diagnóstico , tampoco se asustó, no se sacó de onda, sí nos siguió la vida igual, los 2 igual y hasta la fecha, no me ha reclamado nada, ni me ha dicho nada, entonces entender que igual y no lo infecte ya ven infectado, (...) después tuve a otro chico que también cuando lo conocí le dije mi diagnóstico, me acepto, con él si me cuide, pero con el tiempo él también salió positivo, no sé, pues puede que por la vida que él también llevaba también lo infectaron allá o lo infecte yo. Han sido mis únicas 2 parejas después del diagnóstico, han existido intentos de parejas, pero no se ha dado.”*

5.7.3 Amigos

La tercera, pero no menos importante es la red de apoyo de los amigos, pero aquí hay una diferencia con las otras, aunque sean importantes los amigos en la vida de las personas, muchas veces se prefiere no decir el diagnóstico, más que sea alguien muy cercano, por ejemplo; Moisés no le comentó a ninguna de sus amistades porque considera que no es algo relevante y Alonso, Erick y Rafael solo lo platicaron con las amistades más cercanas a ellos.

Lamotte (2014) afirma lo siguiente; *“el apoyo más importante es el social (amigos, trabajo, escuela e instituciones) el enfermo de VIH/SIDA suele sufrir de estigma social, ser aislados por parte de la sociedad. El rechazo de los “amigos”, el no encontrar trabajo o no estudiar por la enfermedad que tienen puede agravar la situación del enfermo y de la familia. El apoyo percibido por parte de los familiares y de la red de convivencia disminuye el efecto del prejuicio de la enfermedad y afecta positivamente a la CV del individuo coinfectado.”* (pág. 995).

Entonces como se dijo con anterioridad, la red de apoyo de las amistades es importante, ya que será un apoyo emocional para el diagnóstico lo cual en algunas ocasiones hará que la persona diagnosticada vea la enfermedad de otra forma, el no quedarse solo con el apoyo de familia y pareja y abrir más esa red de apoyo, será algo que lo favorecerá, como en las siguientes narrativas se puede apreciar.

“Alonso: Mi jefe inmediato me dio palabras de aliento, de consuelo, porque me decía; “Mira, tú ya me platicaste un día de un caso que hubo con un cliente allá por Puebla, que a él le hicieron estudios y salió con VIH y después en el seguro le dijeron que los disculparan porque se habían equivocado de resultados (...) en ese tiempo yo estaba en un grupo de doble A y se lo dije a mi padrino, de hecho, fue uno de los primeros, yo creo que fue el segundo, primero mi jefe, luego él.”

“Erick: Cuando mi hermana en una fiesta lo dijo, yo mentí (...) agarraron y todos mis amigos voltearon y me dijo una de mis amigas, ¿si es cierto Erick, lo que está diciendo?, no le dije, está mal y tuve que disfrazar todo, les dije, no no chicos para nada, ustedes sigan tomando, porque no eran unos amigos cercanos, eran

compañeros del trabajo, entonces no hubo así para poderles decir a ellos, porque al final del día ahorita ni los veo. (...) a mis amistades cercanas si les dije que tenía VIH, tal cual así se los aventé, hubo mucha gente que ya no me habla, me dejó de hablar, los termine eliminando de mis redes sociales, de por si soy muy orgulloso.”

“Moisés: No, nada más lo saben mis hijos, mi esposa y yo (...) tampoco le voy a avisar a mis amigos porque ellos no me van a ayudar en nada y yo no dependo de ninguno, más que de mi pensión, pero económicamente no depende de nadie. “

“Rafael: Poco a poco yo en el deportivo donde daba clases llevaba una bonita relación con una profesora y un profesor, que es el coordinador de fútbol, ellos eran pareja y como llevaba una bonita relación con ellos. A la primera que le comenté fue ella porque ella estudió pedagogía y psicología, entonces me acerqué a ella y le platicué y pues ella me aceptó y como yo nunca he dado motivos de nada, luego ella le platicó a él y nunca hubo nada, pero como él es un poquito machista de repente se reservaba en algunas cosas, pero siempre me aceptó y me apoyó.”

5.8 Experiencias sobre las prácticas sexuales de riesgo

Dentro de esta categoría los participantes hablan acerca de las prácticas sexuales que llevan o llevaban, por ejemplo; Alonso comenta que contactaba a gente por internet o la conocía en cines, Erick acude y acudía a lugares de encuentro como lo son las cabinas y Moisés refiere que el solo se iba al centro a contratar servicios, algunos coinciden que en estas prácticas generalmente se tiene sexo sin condón.

Referente a esto Bahamon, Vianchá y Tobos (2014), establecen que; *“las prácticas sexuales de riesgo han despertado gran interés debido a que hacen más probable la incidencia de situaciones nocivas para el sujeto. Tener relaciones sexuales sin condón o habiendo consumido licor o la promiscuidad, hacen vulnerables a las personas frente a las amenazas referidas. Se*

quiere entender por qué existen las conductas sexuales de riesgo, debido a que a pesar de existir un adecuado conocimiento de las consecuencias negativas que ello puede acarrear a mediano y largo plazo, su nivel de prevalencia continúa siendo alto.” (pág. 330).

Tener una conducta de riesgo en diferentes ocasiones no va a depender de si se tiene un diagnóstico o no, ya que como podemos ver a continuación, dos de los participantes a pesar de ya tener VIH siguen asistiendo a lugares de encuentro y solo uno de ellos no:

“Alonso: de hecho, las relaciones sexuales ya son más con hombres, los contacto a través de internet, bueno aquí también hay cines, anteriormente iba a los cines, ahí era donde contactaba, pero la cuestión es que en las salas de cine ya no me atrajeron mucho porque a mí me gusta vestirme, soy travesti de closet. Encontré por ahí unas cabinas de unas tiendas de sex shop de esas tiendas de erotika que tienen cabinas, hay de todo ahí, ahí te dan la libertad de que te vistas y yo quería sentirme así porque la única forma en la que me podía yo vestir era en un lugar así y ahí me sale más económico y pues andar ahí libre, entonces yo fui a esa tienda y empecé poco a poco (...) antes no usaba condón, porque pensé que nunca me iba a infectar, en aquel tiempo ni los condones conocía, y porque sin protección se siente más rico,”

“Erick: (...) yo voy a lugares de encuentro como las cabinas, están en un sex shop, entras y en la parte de arriba por lo regular hay cabinas, hay unos agujeros y entonces ahí puedes ver una película porno, te puedes asomar por el hoyito y ves que el otro se está masturbando o esta con otra persona, entonces puede pasar su pene por el hoyito y le haces sexo oral o también puedes tener relaciones, nada más te volteas y ya, él en su cabina y el otro en la suya o te invita la cabina, eso es en las cabinas de las erotikas (...) el Mazatlán es un hotel, te dan ciertas horas, ahí si porque es un hotel, llegas, ya si quieres te bañas y todo, dejas tu puerta medio abierta y en los pasillos vas caminando, son tres pisos, pues ya vas caminando, ves que se están tocando y eso o luego quieres un trio y ya si te gusta pues ya (...) hay una palabra que se está ocupando mucho “sexo sin condón”, se ocupa mucho en esos lugares, en todos, pero al final del día el ambiente tú lo haces,

yo te voy a decir y tampoco me doy a dar mis golpes de pecho, porque al final del día somos seres humanos, todo ese tipo de lugares los veo bien, pero también hay límites (...) también así como del cine de la erotika, ahí en este cine no me gusta porque va gente del centro, yo discrimino, la verdad es que no, pero va gente grande o van gente de obras, no discrimino ni nada, pero tú ya tienes un estereotipo de una persona, entonces en los cuartos oscuros pues luego me salgo en la luz tenue y pues también trato de verlos, porque luego te empieza a toquetear todo el mundo, entonces ahí si no, entonces primero me salgo, voy veo, si me gusta la persona pues ya.”

“Moisés: Contrataba servicios en el centro con mujeres (...) también algunos hombres, pero ya no los contrato.”

5.8.1 Significados y experiencias respecto a la prevención

Dentro de esta categoría los practicantes hablan acerca de la importancia del uso del condón, así como de que generalmente ellos son los que van prevenidos para cualquier encuentro sexual, para prevenir una reinfección, el contagio de otra enfermedad, también tomando en cuenta que ellos no quieren transmitir en VIH. Por su parte Estrada (2006), afirma que existen tres modelos teóricos que se han utilizado para afrontar la prevención de la transmisión del VIH en estos años, responden a distintas ópticas de la prevención, representa cada uno un mayor nivel de inclusión con relación al anterior y son utilizados en ocasiones de manera ecléctica.

Modelo epidemiológico-conductual

El surgimiento de la epidemia determinó un retroceso en relación con las formas de entender la sexualidad y el erotismo, y propició el restablecimiento de las ideas esencialistas y normativas sobre los comportamientos sexuales, entonces La finalidad de los discursos médicos no era únicamente contrarrestar los factores de riesgo, sino marcar los parámetros que distinguían el ejercicio de una sexualidad normal de una sexualidad anormal.

La asociación SIDA/homosexualidad produjo, como consecuencia inevitable, que los programas de prevención y las acciones educativas se dirigieran, casi en su totalidad, a la población de hombres homosexuales (denominados en su momento “grupos de riesgo”), fue hasta finales de 1989, las políticas de información pública y las campañas de prevención tenían dos objetivos: el primero, consolidar el componente educativo; el segundo, fortalecer las acciones en comunicación. Estos eran los criterios principales a través de los cuales se podría conseguir un cambio y lograr respuestas adecuadas de los diferentes actores sociales. Con el transcurrir del tiempo se evidenció la poca efectividad de sus estrategias.

Modelo antropológico-cultural

Para 1991 se puede percibir la superación de la perspectiva biologicista y biomédica fundamentada en el enfoque de riesgo, las nuevas reflexiones tuvieron en cuenta los contextos ambientales y socioculturales, es así que se hizo hincapié en los significados que los sujetos les dan a las prácticas preventivas y de riesgo, se consideró que la vulnerabilidad no era equiparable con una mera probabilidad, sino que se encontraba determinada también por una combinación de factores culturales y sociales que influyen en la conducta de los individuos.

Con esa nueva categoría se pretendía acabar con los prejuicios y la discriminación social hacia la orientación homosexual. Reconocer el aspecto positivo y negativo de estas campañas de prevención sirvió de referente para transitar a otra fase del modelo, que exigía apreciar al riesgo no como un dato epidemiológico sino como un fenómeno social y psíquico que debía caracterizarse desde los elementos socioculturales y contextuales.

Modelo político-económico

Al final de la década de los noventa y al inicio del siglo XXI surge el modelo político-económico. Este parte de la idea de que las desigualdades económicas y sociales están en la base de la epidemia, este modelo nace de la evidencia de que los sujetos se conducen no sólo a partir de sus actitudes individuales y de las pautas sociales, sino también en función de los recursos estructurales capitales y simbólicos con los que cuentan.

Las relaciones de género que hacen más vulnerables a las mujeres, a reformar una estructura económica que liga al SIDA cada vez más con la pobreza y los grupos marginales, a revertir la exclusión de la que son víctimas los usuarios de drogas y a superar la estigmatización de la homosexualidad que hace que los HSH continúen siendo víctimas preferenciales de la epidemia. El modelo propone, además, que la prevención debe integrarse a la atención de las personas, no sólo por razones humanitarias sino también de salud pública, lo cual trae como consecuencia la propuesta de integralidad en los programas de prevención-atención.

Según lo anterior podemos apreciar que han existido y existen distintas formas para intentar prevenir la transmisión sobre todo el VIH, como lo son el brindar información en distintas formas, sea que las de el medico al paciente, por internet, publicidad entre otras, algo que a continuación podemos observar que en las narrativas siguientes los participantes llevan a cabo, pues si no se le hubiera dado esta información seguirían trasmitiendo el virus o no se cuidarían corriendo el riesgo de contagiarse de algo más.

“Alonso: Actualmente si me protejo, Es que la mayoría de los hombres que van ahí luego quieren sexo oral sin protección, precisamente en estos días fui, me encontré un señor que me dice que le hiciera el sexo oral, le dije que sí, pero si traía condón, me dijo que no que él estaba limpio que no pasaba nada, le dije que no lo conocía, yo siempre cargo condones... saqué un condón y le dije que me lo pagara, pero ni me lo pago, hasta esos tienen, son bien tacaños, pero siempre yo cargo mis condones.”

“Erick: (...) voy atarragado de condones, hasta esas toallitas de bebé, o sea soy extremadamente limpio, si, mi cuidado es mucho (...) tengo mi estuche mi alegría, porque aprendemos y jugamos, entonces siempre soy así, yo si me cuido.”

“Moisés: Yo he hablado con mis nietos ya por mi experiencia y por lo que a mí me paso es por lo que hablo con ellos; “usen el preservativo hijos, no tienen para el preservativo, yo se los compro” (...) yo si uso condón, no porque yo ya lo tenga no lo debo usar.”

“Rafael: para mí eso es una palabra que debemos de llevar siempre en todos lados, prevenir, yo trato siempre de prevenir, siempre poner una balanza qué es lo que te va a causar bien y qué es lo que te va a causar mal, entonces la prevención ya llevas un paso adelante, (...) es importante el uso del condón, porque por muy saludable que te diga que la gente, aunque te enseñen sus papeles, no sabe realmente cómo está su organismo, entonces la prevención es fundamental para evitar esos problemas, enfermedades y todo eso.”

5.8.2 Experiencias en cabinas y cines

En esta categoría se habla acerca de los lugares de encuentro a los que asisten los participantes, cabe aclarar que de los cuatro solo Alonso y Erick asisten a este tipo de lugares, ambos han asistido a cabinas, cuentan cómo ha sido su experiencia en estos lugares, así como una descripción breve de estos y sus costos.

Bahamon, Vianchá y Tobos (2014) hablan sobre el “*Cruising*” y comentan que este tiene su origen en la década de 1920 en algunos parques de “*Nueva York*” donde los gays se reunían con amigos y buscaban parejas sexuales. El “*Cruising*” es un vocablo inglés que se utiliza para designar la práctica de interacción social que consiste en encuentros sexuales anónimos entre hombres en espacios públicos abiertos y/o cerrados, en este sentido, este es considerado como un encuentro, negociación y consumo de sexo.

Cabe resaltar que, en la práctica del “*Cruising*”, generalmente los hombres homosexuales se apropian de determinados espacios urbanos o no para sus encuentros sexuales anónimos. Es necesario plantearse dónde están, pero también por qué son elegidos unos lugares y no otros, quiénes los visitan, por qué acuden a ellos, es evidente que el “*Cruising*” es un hecho social y territorial y que no puede obviarse. Por su parte, es importante recordar que este está catalogado como una práctica desviada o como un comportamiento desviado, altamente estigmatizado y perteneciente a la subcultura homosexual.

Los lugares para la práctica del “*Cruising*” son numerosos y diversos. Como ya se había descrito antes, estos espacios públicos pueden ser abiertos (playas, parques, polígonos industriales, descampados, etc.), cerrados (baños, saunas, estaciones de autobuses, metro, centros comerciales,

entre otros.) Según la información anterior, podemos decir que esto ya es una práctica común, que para encontrar los lugares de encuentro solo se necesita buscar en internet o que alguna persona que tiene conocimientos sobre estos te informé, a partir de ahí al meterse en este tipo de actividades la experiencia de cada uno será parecida pero siempre habrá vivencias diferentes como se puede apreciar en las siguientes citas.

“Alonso: Las cabinas te las anuncian en el internet, en alguna ocasión la vi y dije voy a ir a ver de qué se trata (...) en ocasiones si hay intercambio verbal, yo por ejemplo me considero sociable, entonces si alguna persona se acerca a mí y me empieza a platicar, les empiezo a platicar, algunas personas si como que son muy renuentes, como que solo van a lo que van, porque hasta hay personas que ni siquiera les gusta el tocamiento de cuerpo como que solo se enfocan al puro sexo oral, (...) voy una vez al mes a veces tardo en ir más, dependiendo porque también hay muchos compromisos, que la familia, que mi esposa con sus problemas de salud, ya tan fácil no tengo el tiempo, pero si voy, durante esos 5 años estaban cobrando \$60 nunca lo subieron, hasta ahorita este año ya lo subieron a \$70 (...) hay varios módulos, de 10 a 15, dependiendo del local, son módulos como de 1 metro cuadrado, tienen su pantallita donde te exhiben las películas porno y su sillón, o sea las personas que si son muy pocas que solo van a ver la película, llegan cierran su puertita y le ponen el pasador y ahí están, pero la mayoría las usa para ligue, esas cabinas están conectadas unas con otras por un orificio como de unos 10 o 15 cm de diámetro aproximadamente que le llaman glorioli que es donde puedes interactuar con otra persona nada más es cuestión oral, hay personas que son heterosexuales y les da pena estar con el gay o con el travesti y son a los que generalmente les gusta interactuar por esos orificios y normalmente aparte de eso tienen baño, tienen un cuarto oscuro que es donde se meten varias personas a interactuar en grupo o muchas veces parejitas que les gusta exhibirse.”

“Erick: Uy hay muchos, las cabinas de zona rosa, está un hotel por salto del agua el Mazatlán, (...) las cabinas están en los sex shop, entras y en la parte de arriba por lo regular hay cabinas, hay unos agujeros y entonces ahí puedes ver una

película porno, te puedes asomar por el hoyito y ves que el otro se está masturbando o esta con otra persona, entonces puede pasar su pene por el hoyito y le haces sexo oral o también puedes tener relaciones, nada más te volteas y ya, él en su cabina y el otro en la suya o te invita la cabina, eso es en las cabinas de las erotikas (...) nada más hay contacto es físico, a veces nada mas de “te gusta” (Intentando señalar hacia su pene) y ya, ahí a lo que va, no hay una plástica, (...) cobran \$60, puedes estar el tiempo que tú quieras, obvio respetando el horario de la erotika (...) el Mazatlán el que te decía es un hotel, te dan ciertas horas, ahí si porque es un hotel, llegas, ya si quieres te bañas y todo, dejas tu puerta medio abierta y en los pasillos vas caminando, son tres pisos, pues ya vas caminando, ves que se están tocando y eso o luego quieres un trio y ya si te gusta pues ya, todo es miradas, en cualquiera de los lugares, raro es el que así llegues a platicar (...) apenas fui, es por el metro allende, son salas de cine y ahí haces de todo, ahí tienes sexo, oral, anal, todo, hay de todo, hay otro lugar que es la casita, del teatro donde estoy yo a la vuelta, está en insurgentes, son cuartos oscuros, ahí tu pagas y te llevas tus cosas, a mi lo que me gusta de ahí es que hay lookers y guardas todas tus cosas, son \$150 por looker, todo el tiempo que quieras, bueno según son 6 horas estipuladas, pero ahí como me conocen y luego les llevo que la galletita, que la torta, pero me gusta ahí porque tienen su papel de baño, esta es una casa, bueno parece una casa, entonces puedes caminar en toda la casa, tiene su servicio de baño, tiene jaboncito, tiene todos los servicios, está bien por el precio está bien (...) hay partes que son cuartos oscuros, hay partes que si hay luz y pues vas caminando, o sea las recamas ahí si están oscuras, lo que no me gusta de ahí (...)

5. 9 Significados de vivir con VIH

En la categoría de futuro, Alonso, Erick, Moisés y Rafael hablan de sus pensamientos y planes que tienen a futuro ya con el diagnóstico de VIH, los cuatro coinciden que tienen planes por seguir, que este no es algo para que los dejen, por lo contrario los ha motivado para que sigan adelante, los cuatro hablan acerca de si tener un futuro acompañados, ya sea por su familia o pareja, que es

algo que si le gustaría, solo uno de ellos refiere que si no es así; no le asusta la soledad y podría seguir adelante.

Cordero (2017), argumenta que; *“El proyecto de vida después del diagnóstico puede representar dos procesos diferentes según la historia de vida de cada persona: su redefinición de forma diferente a lo que se había planteado al revalorizar aspectos de su vida importantes y al definir con mayor claridad sus prioridades, buscando su plena satisfacción y bienestar personal; o bien el construir un proyecto de vida por primera vez, debido a la inexistencia de este por los estilos de vida que se tenía. El diagnóstico VIH positivo ha representado para muchas personas la oportunidad de transformar sus vidas, de valorar aquello que es realmente importante para el individuo, y para asumir estilos de vida saludables con calidad.”* (pág. 32)

Podemos ver que según la información del autor y las narrativas siguientes de los participantes ha existido una valoración de planes y el diagnóstico a hecho que se fortalezcan las ganas de realizarlas, viendo al diagnóstico no como un impedimento, sino como una motivación.

“Alonso: Seguir con ese proyecto de organizador de excursiones porque para empezar me ayuda mucho económicamente y la otra aparte de que gano dinero, viaje, me divierto y desde luego en lo familiar seguir con los cuidados de mi esposa, porque es los últimos dos años me he dedicado a eso, me veo acompañado con mi esposa, ya tenemos 45 años de casados y yo considero que ella me ha apoyado mucho desde mi diagnóstico me apoyo mucho y yo creo que eso debe de ser reciproco.”

“Erick: Si tengo planes, serian terminar 2 series de youtube que tengo, tener un negocio, me gusta mucho el estilismo, (...) me veo acompañado si de una pareja, fíjate que de amigos ya he tenido muchas decepciones, de amigos he sufrido tantas decepciones, bullying, malos tratos, envidias(...) me siento super bien, físicamente me veo en el espejo, cada ratito me ando viendo y digo no soy un ton cruz, pero simpático si lo soy, me visto bien, tengo salud, porque la verdad tengo salud

ahorita no he tenido ningún achaque, has de cuenta que ya a mi edad ya unos tienen muchos achaques.”

“Moisés: Pues yo pienso que si voy bien con mi tratamiento como hasta ahorita yo espero llegar a muchos años más, con los cuidados que tenga uno, puede llegar lejos.”

“Rafael: como yo no soy muy de estar esperanzado a alguien, tal vez me veo solo, (...) espero que Dios me dé la oportunidad de vivir el tiempo que más se pueda, sí 100 años se puede, pero bien, caminar o hacer mis labores yo, ser independiente, pero aun así siento que mis sobrinos sí me apoyarían, pero así de una pareja yo nunca pierdo la esperanza, ya no es tanta la necesidad, ya no me preocupa, no hay problema, tampoco me preocupa que pase el tiempo y me quedé solo, disfruto la soledad también, pues tantos años solo, me encanta estar solo.”

5.10 Significados de pensamientos e ideología hacia la muerte

Alonso, Erick, Moisés y Rafael coinciden en que en algún momento llegará la muerte a su vida, pues es una etapa, pero están seguros que la probabilidad de que esta suceda sea por VIH es muy baja, ya que están conscientes que es más probable que suceda por alguna enfermedad oportunista, esto es un pensamiento muy diferente al que tenían al momento de que les dieron su diagnóstico, pues inmediatamente pensaban que ya morirían, algo que con el paso del tiempo y con la información que se les ha brindado se ha logrado un cambio de pensamiento irracional, para uno racional.

Asensi, Fernández, Alcaraz y Muñoz (2019) dan su opinión al respecto sobre la muerte de las personas con el diagnóstico de VIH y dicen que la esperanza de vida de una persona adulta infectada con VIH puede cambiar en función de diferentes factores, entre ellos sociodemográficos y de acuerdo con el nivel de inmunosupresión. Los pacientes que inician terapia antirretroviral tempranamente logran una esperanza de vida muy cercana a la de la población general, por el

contrario, el diagnóstico tardío, la falta de atención médica y el tratamiento inadecuado contribuyen a reducirla

En estos pacientes también influyen factores del estilo de vida, la obesidad, el tabaco y alcohol. En ciertos casos se producen coinfecciones por otros microorganismos, como el caso de virus de hepatitis B y hepatitis C. A esto, hay que sumarle que los pacientes con tratamiento antirretroviral se ven expuestos a la toxicidad a largo plazo de los fármacos utilizados, lo cual puede ocasionar otras comorbilidades. Las toxicidades más frecuentes del tratamiento antirretroviral son dislipemia, resistencia a la insulina, diabetes mellitus, problemas renales y pérdida de masa ósea.

Pese a que la esperanza de vida actual en pacientes VIH con tratamiento antirretroviral ha aumentado, las cifras de mortalidad siguen siendo más elevadas en este grupo de pacientes que en la población general y parece ser causada por infecciones no relacionadas con el VIH, ya que las principales causas de mortalidad no son infecciosas, si no enfermedades cardiovasculares, enfermedad renal avanzada, enfermedad hepática descompensada y cáncer no relacionado con VIH.

Ahora bien, podemos observar que en la mayoría de los casos las personas no mueren por VIH, si no por lo que esto contrae, como el que tomen un tratamiento antirretroviral a la larga este es perjudicial, pues controla el VIH, pero daña a algunos organismos, también que las defensas pueden bajar y esto provocar que entre alguna enfermedad oportunista, cabe mencionar que la muerte también puede ser por un descuido y que el VIH se convierta en SIDA, así mismo esta información se puede apreciar en las siguientes descripciones.

“Alonso: Si, si he pensado en la muerte, pienso que el día que llegue, bienvenida, porque aunque no me quiera morir, que el día que llegue bienvenida porque ya va a ser un bálsamo a todos los dolores físicos que tiene uno, o sea aunque los antirretrovirales le dan a uno calidad de vida también le trae a uno efectos colaterales, siempre son molestos, yo pienso que la muerte para mi es un bálsamo, o sea no me quiero morir porque tengo proyectos entre esos los cuidados a mi esposa, pero el día que llegue lo único que yo pido es que no sea una fase terminal

prolongada, porque ha eso es a lo que le tengo miedo, a la fase terminal, no a la muerte (...) si me ha pasado pensar que algún día pueda ya no haber medicamentos, o sea que ya haya hecho resistencia a todos los medicamentos y que después ya no haya uno que pueda contener el virus del VIH y adquirir el SIDA y morir.”

“Erick: (,,,) ay muchas veces he pensado que puedo morir por VIH, si se siente feo, porque yo veía los dolores de mi tío, porque gritan bien feo y aparte todos lo moretones, vi una película de cuando apenas iban diagnosticando el VIH, quedaban todos cadavéricos, no había una cura y se hacían del baño, me quede impresionado, me da miedo.”

“Moisés: Fíjate que no, nunca he pensado en la muerte yo, eso luego te llega de repente, probablemente pienso más en preparar un lugar como las criptas, porque luego a la mera hora no saben ni que, donde, eso sí me gustaría tenerlo.”

“Rafael: Si he pensado, pero justo nos lo han enseñado en los talleres jamás te vas a morir por VIH, esta es una enfermedad que te va comiendo tus defensas, pero en sí lo que te va a matar es una infección que te llegue y te destruya algún órgano, el VIH no te mata.”

5.10.1 Significados y experiencias de ver morir a alguien que tenía VIH

De los cuatro participantes, dos de ellos han visto morir a alguien cercano por “VIH”, Alonso cuenta su experiencia de que se enteró de que un conocido había muerto por ello, pero como tal no lo vivió, por lo contrario, Erick y Rafael si, en el caso de Erick él comenta que vi a su tío morir por esto, siendo algo muy fuerte pues aún lo recuerda, por su parte Rafael, vio morir a su pareja, el que le transmitió el virus.

Montalvo, Mejía, Ramírez, Rosas, Serpa, Gómez, y Quispe (2016) hablan sobre el tema de la muerte por VIH y dicen que un tercio de los pacientes con infección por VIH fallece por causas

relacionadas directamente con la inmunodepresión que provoca el SIDA y uno de cada ocho lo hace por enfermedades hepáticas, especialmente aquellos afectados que están peor controlados y tienen las defensas más bajas. El buen control de la hepatitis parece clave para reducir la mortalidad en estos enfermos.

Siguiendo con los mismos autores, también refieren que por pudor o por miedo al estigma algunos médicos o familiares de personas que fallecen por SIDA omiten informar la causa de muerte a las autoridades o a las empresas funerarias lo que pone en grave riesgo de contagio a quienes realizan las autopsias o embalsaman los cadáveres pues el virus de inmunodeficiencia humana sobrevive hasta 36 horas a la muerte de su huésped o hasta 16 días y medio si el cuerpo es congelado.

El tema de una muerte por VIH, podemos apreciar que sigue siendo un tabú en muchos países y se siga creyendo que se muere por VIH, cuando después de tantas investigaciones, ya se sabe que es por alguna otra enfermedad, la con función de información puede influir en que a pesar de la información esto siga siendo impactante para las personas cercanas que viven esto como se puede ver en las siguientes citas textuales que nos dieron los participantes.

“Alonso: mmm... no, bueno amigos o conocidos, hace años nos daban en el hospital general de zona nos daban platicas, en una ocasión estábamos todos y aun no llegaba la especialista y la trabajadora nos preguntó si teníamos alguna duda antes de que llegue la persona que va a exponer y un muchacho dijo que él y pregunto; “oiga ¿que yo no puedo comer en loza, que tengo que comer en puro desechable mis alimentos, es que mis hermanas así me dan en puro desechable” y se puso a llorar, cuando salimos pues yo me puse a platicar con él, le ofrecí mi amistad, tenía poco de que lo había diagnosticado, tenía como 1 mes, yo lo conocí en un octubre y el falleció en mayo, yo por lo que vi su familia nunca lo supo ayudar, y él se deprimió y se dejó morir.”

“Erick: (...) a mi tío y es feo, porque yo veía los dolores de mi tío, porque gritaba bien feo y aparte todos lo moretones (...).”

“Rafael: Mi pareja fue mi primera experiencia, sí me dolió mucho, pero yo en ese tiempo cuando él falleció me volví a hacer los estudios, salió positivo y yo dije “en 2 o 3 meses me voy a morir”, lo que me ayudó a mí es que yo empecé a acudir a terapias, ahí me enseñaron aceptar las cosas y a ver la vida de una forma muy diferente, y ahí fue donde entendí que no era una enfermedad mortal.”

5.11 Significados y experiencias de ser HSH o convivir con alguien

En esta categoría se les pregunto a los pacientes que sabían sobre las personas HSH, a lo cual se pudo denotar que tenían un escaso conocimiento sobre esto, Alonso y Rafael dijeron que es algo que no les afecta, que es una preferencia más y que si conocen personas así, por lo contrario, Erick refirió que es algo que está mal, pues no están como tal, definidos sexualmente y es algo que puede afectar al no estar bien definidos.

Estrada (2014), afirma que la categoría hombres que tienen sexo con hombres (HSH) nació a mediados de la década de los noventa, el término se empezó a utilizar en la literatura científica producida en inglés, a partir de 1997, bajo la sigla MSM (*men who have sex with men*), en Latinoamérica la categoría HSH se empezó a difundir en estudios y publicaciones científicas solo hasta finales de la década de los noventa. La población de HSH se ha convertido en un factor crucial que aporta la actual configuración a distintas epidemias, junto con otras poblaciones vulnerables como los/as usuarios (as) de drogas endovenosas, las mujeres transgeneristas y los/as trabajadores (as) sexuales.

Los datos epidemiológicos disponibles hasta hoy permiten afirmar que en muchos de los países de la región latinoamericana las epidemias de infecciones de transmisión sexual se encuentran concentrada en poblaciones de HSH. En varias de estas las cifras van en aumento desproporcionado en relación con las cifras epidemiológicas del país respectivo, entonces según los reportes de la Organización de las Naciones Unidas del Síndrome de Inmunodeficiencia

Adquirida (ONUSIDA) de los últimos años, América Latina aporta el mayor número de infecciones nuevas de VIH en HSH después de los Estados Unidos de América.

Es así como se puede afirmar que el grupo de HSH está muy descuidado en varias regiones del mundo, incluida Latinoamérica, aparte de que son hombres muy difíciles de identificar y en la mayoría de los casos el tamaño poblacional es excepcionalmente difícil de estimar. Aunque en la mayoría de los países, al menos una porción de la población de HSH es abiertamente gay y se puede encontrar en bares y sitios de encuentro identificados como de “socialización gay”, se debe tener en cuenta que, según estimativos, entre el 40 y el 45% de la población de HSH acude a estos sitios de encuentro, en donde se han enfocado la mayoría de las campañas, lo cual de entrada deja por fuera más de la mitad de la población objeto de estas acciones.

La definición de HSH no es muy conocida a pesar de que se lleva a la práctica, pues existen personas que llevan a cabo esto y ni siquiera lo conocen por esta definición, y puede causar confusión ya que se definen sexualmente de una forma, pero sus actos los llevan a definirse de otra, parte de esto lo podemos apreciar en las siguientes narrativas.

“Alonso: Bueno, pues que es otra preferencia, o sea yo si me defino bisexual porque a mí me atrae el físico de un hombre, tanto de un hombre como el de una mujer, me enamoro de él, también dependiendo de sus comportamientos, porque no necesariamente debe ser una persona guapa, yo creo que los sentimientos aquí cuentan más, la forma que te trate y todo eso y pues las personas que nada más tienen sexo con hombres, en mis caminares me he encontrado muchos, que nada más es a lo que van que ni siquiera aceptan ni un tocamiento, ósea una caricia, nada más lo puro sexual, “sabes que, hazme sexo oral, deja te penetro y punto”, obviamente ahí luego sale la pregunta de y tú eres bisexual o que eres y te dicen; “no, soy heterosexual, pero me gusta tener relaciones con travestis o con hombres, pero o sea lo más esencial nada más.”

“Erick: Honestamente la veo mal, porque no hay una definición de sexo, (...) yo por ejemplo, si yo voy a mis lugares, bueno en primera yo sé a dónde voy y yo sé

con quién estoy, pero yo tengo bien definido, porque yo estuve juntado con un chico que era bisexual y al final se terminó casándose con una chica, fui a su boda (...)”

*“**Rafael:** esa es una de mis dudas que yo no capto, cuando un hombre se mete con un hombre, pues a lo mejor no es homosexual, pero muchos me platican hoy gays que dicen, pues él es hombre porque está casado, yo al conocimiento que tengo es; si tienes relaciones con hombres y mujeres, pues ya eres bisexual, muchos dicen; es que yo soy hetero, pero me gusta tener relaciones con hombres, entonces yo digo; la palabra hetero es hombre con mujer, entonces ya cuando es hombre – mujer - hombre ya eres gay, creo que también es válido, tantos años en cursos y talleres he aprendido que hay que respetar, siempre y cuando me de respetar yo mismo (...) tengo amigos que tienen esas relaciones, que tienen relaciones con esas personas.”*

Discusión y conclusiones

A partir de todo el trabajo anterior, se puede concluir que se cumplió el objetivo general, el cual es: describir y analizar los significados y experiencias de los aspectos sociales, emocionales y físicos de las personas HSH con el diagnóstico de VIH, ya que a partir de las entrevistas a profundidad que se llevaron a cabo con los participantes se pudieron retomar y analizar lo dicho anteriormente.

Respecto a la pregunta que se planteó la cual es: ¿Cuáles son los significados y experiencias de los aspectos sociales, emocionales y físicos de las personas HSH con el diagnóstico de VIH?, se pudo contestar también con la ayuda de la entrevista, ya que dentro de esta se conoció como es para ellos vivir con el diagnóstico, que pensaron cuando se enteraron de este, que piensan ahora, como fue y es la adherencia al medicamento, cuáles eran sus planes y como cambiaron, así de como esto ha influido en su vida social tanto con familiares como con amigos, se conoció que hacen actualmente para no seguir transmitiendo el virus y como llevan su vida sexual.

Cabe mencionar que para la participación de este estudio se tuvieron cuatro criterios de inclusión, los cuales fueron: ser hombre, ser HSH, ser portador de VIH y tener una edad mínima de 40 años y máxima de 70 años, entonces se puede afirmar que se cumplieron, ya que los cuatro participantes fueron hombres, tenían varios años con el diagnóstico de VIH, todos en algún momento de su vida o actualmente tenían relaciones sexuales con otros hombres y por último sus edades estaban dentro del rango establecido. Para futuras investigaciones se sugiere hacer historias de vida, ya que con ellas se podrían obtener más información, tener más participantes para obtener más datos, ampliar los rangos de edad, así como el tiempo de que les dijeron que tenían el diagnóstico para así poder hacer comparaciones de cuando ya llevan años con este, a cuando se los acaban de detectar.

Es importante mencionar acerca de los HSH, es así como podemos retomar lo que señala Dóniz-Páez (2015), pues menciona que el término HSH se refiere a cualquier hombre que tenga sexo con otro hombre independientemente de cómo se autodefina: gay, bisexual o heterosexual, entre otras identidades. Es algo que pudimos notar dentro de la investigación, como por ejemplo uno de ellos se identificaba como heterosexual porque está casado y tiene a sus hijos, pero en algún momento

de su vida tuvo relaciones con hombres, pero el haber tenido relaciones con hombres no hacía que cambiara su preferencia sexual, otro de ellos comentaba que esa definición no le gustaba y no estaba de acuerdo con ello porque para él no estaban bien definidos, entonces podemos decir que el término HSH es algo que aun causa controversia y confusión entre las personas y más cuando se tiene una pareja del sexo apuesto.

Los dos participantes que mencionaron que son casados y con hijos, refirieron que les costó mucho trabajo aceptarlo, pues después de tantos años el darse cuenta fue un impacto en sus vidas, uno de ellos siempre lo mantuvo en secreto y nunca le confeso a su esposa como se transmitió de VIH, el otro menciona que fue difícil confesar que mantenía relaciones sexuales con otros hombres, pero que hasta la fecha su esposa lo apoya. Entonces podemos decir que a pesar de que HSH actualmente ya es un término conocido, aún falta información que la deje más clara, porque los participantes de este estudio a pesar de ser parte de término, ellos no se consideran como tal solo se asumen como gays, bisexuales o heterosexuales, cabe resaltar que las practicas mencionadas no hace que su identidad cambie.

Así mismo, podemos afirmar que, según otros estudios, no importando la orientación sexual o el cómo se definan existen algunas prácticas sexuales de riesgo que pueden llevar a tener consecuencias negativas como la transmisión de alguna infección, respecto a estas prácticas Bahamon, Vianchá y Tobos (2014) comentan que estas han despertado gran interés debido a que hacen más probable la incidencia de situaciones nocivas para el sujeto. Tener relaciones sexuales sin condón, encuentros casuales con desconocidos o habiendo consumido alcohol o alguna otra sustancia, hacen vulnerables a las personas frente a las amenazas referidas.

Dentro de algunas prácticas de riesgo, se encuentran el “*cruising*”, en lugares abiertos como parques o cerrados, como baños y saunas o “las cabinas”, es algo que podemos afirmar que es cierto, pues dos de los participantes refirieron acudir a estas, las primeras veces como curiosidad de conocer, uno de ellos influenciado por dos cosas, por las sustancias que había consumido (drogas y alcohol) y por acompañar algunos amigos, de los lugares a los que más asisten es a las cabinas, ambos refieren que no con el propósito de conocer emocionalmente a alguien, solo con la intención de satisfacer sus necesidades sexuales, pero justo por estos encuentros con personas desconocida y no tener una prevención es donde se les transmite el VIH.

Dos de ellos hablan acerca de sus experiencias dentro de las cabinas, donde refieren que es un costo muy bajo, de aproximadamente \$70, no hay casi platicas, solo son miradas, es un lugar donde comúnmente nadie conoce a nadie, hay diferentes tipos de habitaciones donde se pueden tener encuentros de 2, 3 u orgias o simplemente de cubículo a cubículo tener relaciones sexuales con otra personas, esto gracias en que en algunas paredes hay orificios por los cuales introducen su pene y se tiene sexo oral o penetración, esto concuerda con lo que escribe Méndez (2018).

El autor ya mencionado comenta que la conformación del espacio de “Las cabinas” está diseñada para que ingresen varios tipos de personas, según la cantidad de dinero que se encuentren dispuestos a desembolsar, por un tiempo indeterminado de sexo en vivo y/o sexo cibernético. Hay una cuota de 15 pesos por una hora para alquilar pequeños compartimentos individuales. Allí mismo, hay otras cabinas, las “*very important people*” (VIP) por 30 pesos; y unas, las menos, pero incluso aún más selectas, por 60 pesos la hora, cabe destacar que se paga al finalizar la sesión.

Así mismo, comenta que ya adentro uno elige qué hacer, pues afirma que hay quienes deciden ir directamente a sus cabinas; otros prefieren recorrer los pasillos para dar un primer vistazo a la gente que ese día ahí se encuentra, las puertas de las cabinas que pueden abrirse, para mirar quién se halla dentro, hay algunas vacías, otras ocupadas. Muchos ni siquiera voltean a ver quién se asoma por su puerta. Nadie se rige por la palabra hablada. Todo es una cuestión de miradas, de roces discretos y de gestos faciales que invitaban o rechazaban la posibilidad de un encuentro. Es así como resalta que es para ir a coger, no para buscar una relación sentimental. Entonces podemos ver que lo anterior coincide con lo que los participantes de este estudio mencionan, así como cabe recordar que ir a estos lugares puede tener consecuencias como lo sería que se transmita alguna infección como el VIH.

Hay que recordar que el VIH es una de las ITS más frecuentes, y es conocida como el Virus de Inmunodeficiencia Humana, este afecta al sistema de defensas del organismo, llamado sistema inmunológico. A pesar de que los participantes ya están diagnosticados con esta infección les costó trabajo recordar que era está o más bien como definirla, están conscientes de como identificarla, pues en la mayoría de los casos se tiene una sintomatología.

Para esto, Pérez (2008), afirma que el VIH no tiene síntomas y que la única manera de saber si alguien contrajo el VIH es a través de un test, eso es algo que podemos contradecir según lo encontrado en este estudio, pues tres de los participantes presentaron algún tipo de sintomatología

como diarreas constantes, fiebres elevadas, pérdida de peso, los cual los llevo acudir con médicos y estos les solicitaran la prueba de VIH para así asegurar o descartar que estaban infectados.

Siguiendo con lo anterior González (2012), afirma que la prueba de VIH es un análisis de sangre que detecta la presencia de anticuerpos al VIH. Existen dos tipos de test: el llamado ELISA que es una extracción de sangre y se realiza en un laboratorio y el test rápido, para el que se depositan unas gotas de sangre de la yema de un dedo sobre una tira reactiva y cuyo resultado se obtiene veinte minutos después. En ambos casos, si el resultado es positivo, debe ser confirmado con una prueba de laboratorio denominada “*Western Blot*”. Los participantes al ya tener años con el diagnostico comenta que la prueba que se les hizo fue la de ELISA, además que mencionan que los resultados se los tardaron varios días en dar, entonces fue después de la sintomatología y de la prueba que tuvieron un resultado positivo y a partir de ellos empezaron a consumir sus medicamentos.

El tomar los medicamentos de forma constante es algo que ayudara a tener controlada la infección de VIH y llevar una vida estable, como lo refieren los participantes, pues al consumir los medicamentos de la forma adecuada y llevando un control en su vida diaria evitando lo que les aconsejan los doctores (alcohol y drogas), haciendo ejercicio, alimentándose sanamente, el VIH estará controlado y esto evitara que se llegué al SIDA o que alguna enfermedad oportunistas se introduzca a su organismo,

Lo anterior concuerda con lo que explica González (2012), pues refiere que no hay cura para esta infección, pero los medicamentos contra el VIH (llamados antirretrovirales) pueden evitar que evolucione al SIDA. Estos medicamentos ayudan a las personas infectadas a tener una vida más larga y sana; además, reducen el riesgo de transmisión del virus (la propagación de este a otras personas). En este estudio los 4 participantes mencionan que actualmente se encuentran indetectables, esto a partir de que saben la importancia de tomar sus medicamentos y saben que si lo siguen haciendo podrán permanecer más tiempo indetectables y estables en su control del VIH.

Hay que recordar que los medicamentos son una parte fundamental para la salud de los pacientes, pero no hay que dejar a un lado las redes de apoyo que se tienen, pues se sabe que, si una familia, pareja o amigos rechazan, minimizan o discriminan a la persona diagnosticada esto

será un factor que no les ayudara, por lo contrario, los hará que se desanimen y pierdan el control, así como la esperanza de vida. En los cuatro participantes su mayor red de apoyo fue su familia, aunque al principio pensaron que los iban a rechazar el que no fuera así, que los apoyaran y actualmente lo hagan es algo que los motiva a seguir adelante.

Flores, Almanza y Gómez (2008), comentan que comúnmente después de que se sabe el diagnóstico, la persona con VIH decide quien quiere que sepa la noticia o si solo debe ser conocida sólo por los miembros de la familia nuclear, y en otros casos se permitía seleccionar a algunos miembros de la familia extensa. La enfermedad se calla por una sensación de vergüenza, el miedo al rechazo y a la estigmatización, e incluso se hace pasar por otra enfermedad más aceptada socialmente. Se ha observado que cuando estas familias se enteran de que uno de sus miembros vive con VIH/SIDA, se experimenta incredulidad, miedo, tristeza, ira, desesperanza, o se manifiestan alteraciones del estado de ánimo, así mismo viven con un sentimiento de vergüenza y el miedo al rechazo social, por lo que se adaptan a la estigmatización ocultando la enfermedad o manteniéndola en silencio.

Esta información se puede corroborar con lo que platicaron los participantes, pues como ya se había mencionado en un principio ellos dudaban en comentar su diagnóstico, pues tenían miedo a que los rechazaran, a perder su familia, en uno de los casos la esposa decidió a quien decirle de la familia y a quienes no, en otro la persona con VIH, comento que prefería solo decirle a los más cercanos que estaba infectado y a los demás darles otra explicación de por qué estaba en el hospital, los otros 2 comentan que prefieren solo platicarle a muy pocos porque no ven la necesidad de coméntalo a alguien más, podemos apreciar de que a pesar de que en la actualidad ya existe mucha información aún sigue siendo un tabú para la mayoría de la sociedad.

Siguiendo con las redes de apoyo Lamotte (2014) afirma que el apoyo más importante es el social (amigos, trabajo, escuela e instituciones) el enfermo de VIH/SIDA suele sufrir de estigma social, ser aislados por parte de la sociedad. La mayoría de los pacientes concuerda que preferían no decirles a sus amigos su diagnóstico por miedo al qué dirán o en algunos de los casos lo dijeron y estas amistades se alejaron de ellos, también uno de ellos vivió una discriminación en su trabajo, lo cual lo llevo a dejarlo, entonces podemos apreciar que esta red de apoyo también es importante y los lleva a tomar decisiones, aunque no es tan fuerte como la de la familia si llega afectar emocionalmente al diagnosticado.

Se sabe que, así como impacta a otras personas conocer el diagnóstico de otras personas, en la misma persona, es más, porque los planes que se tenían pueden llegar a cambiar, es una noticia que en un principio puede llegar a tener pensamientos trágicos, como lo menciona Cordero (2017), argumenta que el proyecto de vida después del diagnóstico puede representar dos procesos diferentes según la historia de vida de cada persona. El diagnóstico VIH positivo ha representado para muchas personas la oportunidad de transformar sus vidas, de valorar aquello que es realmente importante para el individuo, y para asumir estilos de vida saludables con calidad.

Esto es algo que podemos verificar en las narrativas, ya que cuando se enteraron del diagnóstico, tuvieron ideas irracionales, disonancias cognitivas, pensaron en la muerte y dejaron a un lado sus planes, pero con el tiempo y al tener controlada la infección se dieron cuenta que tenían que seguir adelante con sus vida, ya que al final su diagnóstico no les impedía seguir con su vida, por lo contrario los cuatro lo tomaron como una motivación para rectificar sus planes y llevarlos a cabo, pensar más a futuro y estas conscientes que el VIH no los podía detener, si no lo impulso a seguir adelante y cumplir el sueño de ser estilista, terapeuta, realizar excursiones y viajar o seguir construyendo casa, aunque no descartan la idea de que un día tendrán que morir, pero no exactamente de VIH.

Asensi, Fernández, Alcaraz y Muñoz (2019) hablan sobre la mortalidad de los pacientes con VIH, comentan que los pacientes con tratamiento antirretroviral se ven expuestos a la toxicidad a largo plazo de los fármacos utilizados, lo cual puede ocasionar otras comorbilidades. Las toxicidades más frecuentes del tratamiento antirretroviral son dislipemia, resistencia a la insulina, diabetes mellitus, problemas renales y pérdida de masa ósea. Pese a que la esperanza de vida actual en pacientes VIH con tratamiento antirretroviral ha aumentado, las cifras de mortalidad siguen siendo más elevadas en este grupo de pacientes que en la población general y parece ser causada por infecciones no relacionadas con el VIH, ya que las principales causas de mortalidad no son infecciosas, si no enfermedades cardiovasculares, enfermedad renal avanzada, enfermedad hepática descompensada y cáncer no relacionado con VIH.

Hay que tener que claro que los pacientes que tienen por VIH no mueren por eso como comúnmente se cree, al decir que muere de VIH, hay una confusión pues para que esto suceda se

tuvo que haber pasado a la última fase de esta, que es el SIDA, pero para llegar a ella actualmente es muy difícil si se tiene un control de medicamento y las medidas necesarias en cuidados. Es algo que los participantes tienen que claro, que el día que mueran no será por VIH, ellos ni siquiera mencionan en SIDA, si no que saben que puede ser por alguna enfermedad oportunista, dejando a un lado, posiblemente por desconocimiento que los antirretrovirales ayudan al control de la infección, pero como cualquier otro medicamento al exponerse al consumo frecuente daña algún otro organismo que es lo que en un largo plazo los puede llevar a la muerte.

El estudio de las personas HSH es un ámbito que ha sido olvidado o casi no ha sido estudiado y más cuando se habla de que tienen alguna enfermedad que en este caso sería el VIH, es importante que se hicieran más investigaciones para así brindar más información y que los dos aspectos dejen de ser un tabú para la sociedad, para así empezar a ser aceptados, no seas discriminados y juzgados, hasta en su misma población, ya que en diferentes ocasiones las personas con sus mismas preferencias son lo que más los rechazan ya sea por tener alguna enfermedad o porque para ellos no están bien definidos sexualmente y eso los puede afectar de alguna forma.

El empezar a crear más instituciones para el apoyo de personas con VIH sería algo que ayudaría mucho en esta población, actualmente en la CDMX solo existen 2 clínicas condesas, que están enfocadas a prevenir, diagnosticar y apoyar en el tratamiento de VIH, pero esto no es suficiente, ya que esta población ha ido en aumento, lo que conlleva a que no se den abasto, también agregando que el apoyo normalmente es para las personas que se desarrollan en la ciudad y personas que están cerca de esta, lo ideal sería que por toda la república existieran más clínicas como estas para empezar a reducir tanto las transmisiones con más pláticas de prevención y bajar la mortalidad, dando más servicios de apoyo.

Bibliografía.

- Ajo, C. (2003). EcuRed [Blog]. Recuperado de: https://www.ecured.cu/Identidad_sexual
- Álvarez-Gayou, J. (2000). Homosexualidad. En S. MacCary (Ed.), *Sexualidad humana* (p.p295-312. México: El Manual Moderno. <https://biblioteca.unipac.edu.mx/wp-content/uploads/2017/06/Sexoterapia-Integral-2da..pdf>
- Álvarez-Gayou, J. (2011). Travestismo, transexualidad y transgénero. *Revista de estudios de antropología sexual*, 1 (3), 55-67. Recuperado de: <http://salutsexual.sidastudi.org/es/registro/a53b7fb35a776666015c40a181790a54>
- Álvarez-Gayou, J. (2013) *Cómo hacer Investigación Cualitativa Fundamentos y Metodología*. México, Paidós Educador.
- Araya, A., Carrasco, P., Loayza, C., Fernández, A., Pérez, C. y Lasso, M. (2013). Necesidades educativas de un grupo de personas viviendo con VIH: diagnostico basado en la perspectiva de los usuarios y de los profesionales que los atienden. *Rev Med Chile*, 1 (141), 582-588. Recuperado de: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v141n5/art05.pdf>
- Asensi, R., Fernández, C., Alcaraz, J. y Muñoz, I. (2019). Diagnóstico al alta y causas de mortalidad de pacientes VIH+ ingresados en un hospital de tercer nivel. *Revista Española de Quimioterapia*, 32 (4), 317 – 326. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6719647/>
- Bahamon, M., Vianchá, M. y Tobos, A. (2014). Prácticas y conductas sexuales de riesgo en jóvenes: una perspectiva de género. *Psicología desde el Caribe*, 31 (2), 327 -353. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/psdc/v31n2/v31n2a08.pdf>

- Bravo, E. y Ortiz, H. (2016). Análisis de la mortalidad por VIH/SIDA en México en el periodo 1990-2013: ¿se cumple la meta establecida en los objetivos de desarrollo del milenio (ODM) para el año 2015. *Gaceta Medica de México*, 1 (2), 819-830.
- Calvis M. (07 de septiembre de 2013). Prácticas homosexuales. Aciprensa. Recuperado de: <https://www.aciprensa.com/Familia/homosex-practic.htm>
- Campillay, M. y Monárdez, M. (2019). Estigma y discriminación en personas con VIH / SIDA desafío ético para los profesionales sanitarios. *Observatorio de Bioética*, 47 (5), 93 – 107. Recuperado de: <https://scielo.isciii.es/pdf/bioetica/n47/1886-5887-bioetica-47-00093.pdf>
- Chomali, F. (2008), Algunas consideraciones para el debate actual acerca de la homosexualidad. Centro de Bioética Facultad de Medicina Pontificia Universidad Católica de Chile, 15-16. Recuperado de: <https://www.bioeticaweb.com/wp-content/uploads/2014/07/estudio-homosexualidad.pdf>
- Cordero, C. (2017). Construyendo un proyecto de vida con personas con VIH. *Revista de Trabajo Social*, (68) 8, 27 – 34. Recuperado de: <https://www.binasss.sa.cr/revistas/ts/v30n682005/art4.pdf>
- Díaz, L., Torruco, U., Martínez, M. y Valera, M. (2013). La entrevista, recurso flexible y dinámico. *Investigación cualitativa; educación médica*, 2 (7), 162 – 167. Recuperado de: <http://www.scielo.org.mx/pdf/iem/v2n7/v2n7a9.pdf>
- Dóniz-Páez, F. (2015). Geografía, Homosexualidad Masculina y Cruising en Tenerife (Canarias, España). *Revista Latino-Americana de Geografía y Genero, Ponta Grossa*, 6 (2), 173-191. Recuperado de: <http://salutsexual.sidastudi.org/es/registro/ff8081814c31ec94014c9900bad6017a>

Estrada, J. (2006). Modelos de prevención en la lucha contra el VIH/SIDA. *Acta Bioethica* (12) (1), 91-100. Recuperado de: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/abioeth/v12n1/art13.pdf>

Estrada, J. (2014). Hombres que tienen sexo con hombres (hsh): reflexiones para la prevención y promoción de la salud. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 13 (26), 44-57. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/545/54531419004.pdf>

Faler, C. y Abreu, L. (2016). Diagnóstico VIH-SIDA: Los impactos causados en la persona en las relaciones y estructura familiar. *RevSalJal*, 3 (1), 24-31. Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/saljalisco/sj-2016/sj161d.pdf>

Flores, F., Almanza, M. y Gómez, A. (2008). Análisis del Impacto del VIH/SIDA en la Familia: Una Aproximación a su Representación Social. *Psicología Iberoamericana*, 16 (2), 6-13. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/1339/133920328002.pdf>

Flores, F. y Almanza, M. (2013). Un estudio exploratorio de las consecuencias psicosociales del estigma en varones que viven con VIH en México. *Revista iberoamericana de psicología: ciencia y tecnología* 6 (1), 51-59. Recuperado de: file:///C:/Users/arias/Downloads/admin,+Gestor_a+de+la+revista,+Arti%C3%8C_culo+6+Un+estudio.pdf

Gómez, J., Mayorga, M., Pérez, J., Rojas, L., Orozco, L. y Camargo, F. (2013). Prevalencia de diagnósticos en personas con VIH/SIDA. *Revista electrónica trimestral de Enfermería*, 1 (32), 1 – 10. Recuperado de: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v12n32/clinica1.pdf>

González, J. (2012). Manual de Procedimientos Estandarizados para la Vigilancia Epidemiológica del VIH · SIDA. Secretaría de Salud, 1-57. Recuperado de:

http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/biblioteca/documentos/Manual_VIHSIDA_vFinal_1nov12.pdf

Gutiérrez, W. y Blanco, C. (2016). Las enfermedades de transmisión sexual y la salud sexual. *Tecnología en Marcha*, 29 (3), 1-15. Recuperado de: <https://www.scielo.sa.cr/pdf/tem/v29n3/0379-3982-tem-29-03-00117.pdf>

Labiano, M. (2006). Introducción a la psicología de la salud. Oblitas, L. *Psicología de la salud y calidad de vida*. 3 -17. Recuperado de: http://chamilo.cut.edu.mx:8080/chamilo/courses/PSICOLOGIADELASALUDDOCTORADO/document/Bibliografia_basica-_Unidad_1/C1_Introduccion_psicologia_salud_Labiano_2006.pdf

Lagarde M. (2005) Los cautiverios de las mujeres: Madresposas, monjas, putas, presas y locas. México. Universidad Nacional Autónoma de México, Centro de Estudios de Posgrado. 177-255. Recuperado de: https://www.academia.edu/36161731/Marcela_Lagarde_-_Los_cautiverios_de_las_mujeres._Madresposas_monjas_putas_presas_y_locas.pdf

Leite, R., De Oloveira, D., Lessa, T., Ramos, E. y Tosoli, A. (2017). Calidad de vida de personas conviviendo con HIV / SIDA: relación temporal, sociodemográfica y perceptiva de la salud. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 1 (25), 1-10. Recuperado de: <http://scielo.isciii.es/pdf/clinsa/v19n2/v19n2a04.pdf>http://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/es_0104-1169-rlae-25-2874.pdf

List, R. y Teutle, A. (2008). Turismo sexual: saunas para varones en la ciudad de Puebla. *Teoría y Praxis*, 5 (1), 113-122. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/4561/456145110009.pdf>

- Martin, M., Rojas, D., Martínez, J., Sánchez, J., Remor, E. y Del 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*, 19 (1), 205-229. Recuperado de: <http://scielo.isciii.es/pdf/clinsa/v19n2/v19n2a04.pdf>
- Mc Cary, J. y Mc Cary, S. (1985) *La Sexualidad Humana de Mc Cary*. México, Manual Moderno.
- Méndez, M. (2018). El VIH y la proximidad corporal, sexo amor y silencio entre varones gay. *Revista Latinoamericana*, 28 (1), 159-177. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/sess/n28/1984-6487-sess-28-159.pdf>
- Montalvo, R., Mejía, J., Ramírez, P., Rosas, E., Serpa, H., Gómez, M. y Quispe, F. (2016). Mortalidad en pacientes con infección por VIH/ SIDA en tratamiento antiretroviral en Huancayo. *Acta Medica Peruana*, 33 (2), 119 – 125. Recuperado de: <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v33n2/a05v33n2.pdf>
- Oblitas, L. (2008). Psicología de la salud: Una ciencia del bienestar y la felicidad. *Psicología*, 16 (1), 10-37. Recuperado de: <http://www.unife.edu.pe/pub/revpsicologia/psicologiasalud.pdf>
- Pérez, P. (2008). Origen y evolución del VIH. *A ciencia cierta*, 3 (2), 1-8. Recuperado de: http://gtt-vih.org/actualizate/lo_mas_positivo/lmp40/origen_y_evolucion_del_vih
- Rosas, A. Gomes, M. (2008). Creencia en un Mundo Justo de Prejuicios: El Caso de los Homosexuales con VIH/SIDA. *Revista Interamericana de Psicología*, 42 (3), 570-579. Recuperado de: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rip/v42n3/v42n3a17.pdf>

- Sarduy, C y Alfonso, A. (2001). Psicología de la salud y género, invisibilidad y retos para el nuevo siglo. *Psicología y Salud*, 11 (1), 17-26. Recuperado de: <https://biblat.unam.mx/es/revista/psicologia-y-salud/articulo/psicologia-de-la-salud-y-genero-invisibilidad-y-retos-para-el-nuevo-siglo>
- Shibley, J. y DeLamater, J. (2006) *Sexualidad Humana*. México, Mc Graw Hill.
- Taylor, S. y Bogdan, R. (1996) *Introducción a los Métodos Cualitativos de Investigación*. México, Paidós.
- Torruco, U. (2016). Infección por VIH y sida, dos mundos que se apartan. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, 59 (1), 36-41. Recuperado de: <http://www.scielo.org.mx/pdf/facmed/v59n1/2448-4865-facmed-59-01-36.pdf>
- Uribe, R. y Arce, A. (2004). Subiendo escalones: reflexiones a partir del trabajo grupal con adolescentes gay. *Tramas*, VII). Subjetividad y género. *Revista de Psicología de la UAM-X*.
- Valdés, M., Sapién, J. y Córdoba, D. (2004). Significados de satisfacción sexual en hombres y mujeres de la zona metropolitana. *Psicología y Ciencia Social*, 6 (1), 34-48. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/314/31406104.pdf>
- Valdespino, J., García, M., Conde, C., Olaiz, G., Palma, O. y Sepúlveda, J. (2007). Prevalencia de infección por VIH en la población adulta en México: una epidemia en ascenso y expansión. *Salud pública de México*, 49 (3), 386-394. Recuperado de: <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v49s3/09.pdf>

ANEXOS

ANEXO 1.

Guion de entrevista.

Datos sociodemográficos.

- Nombre o nombre ficticio
- Edad
- Escolaridad
- Ocupación
- Estado Civil
- Preferencia sexual
- Hijos
- Religión
- ¿Cuál es tu estatus serológico?

Significados del VIH/SIDA

¿Para usted que es el VIH?

¿Qué es el SIDA?

Pláticame ¿Cuál es la diferencia entre estas?

¿Considera que VIH es igual a muerte?

¿Por qué?

1. Experiencias del diagnóstico.

Cuénteme, ¿Desde hace cuánto tiene el diagnóstico de VIH?

¿Por qué le detectaron el VIH?

¿Antes de su diagnóstico usted tuvo algún cambio físico?

¿Tuvo algún síntoma?

¿Quién le dio su diagnóstico?

Platíqueme, ¿Cómo se lo dijo?

¿Usted que pensó en ese momento?

¿Qué emociones experimentó en ese momento?

¿Qué hizo?

¿Se lo contó a alguien?

¿Cuánto tiempo pasó para que le contara a esa persona?

¿Qué le dijo esa persona?

¿Qué sintió con lo que esa persona le dijo?

¿Qué hizo usted?

¿Ya asimiló su diagnóstico?, ¿Cómo lo hizo?

2. Medicamentos.

Nárreme, ¿Para usted que significa la medicación?

¿Cree que es importante tomarse los antirretrovirales?

¿Qué medicamentos toma?

¿Cada cuánto?

¿Quién se la suministra?

¿Dónde se atiende?

¿Cómo es el trato que le dan?

3. Contagio.

Mencióneme, ¿recuerda cómo se contagió?

¿Esa persona le mencionó que tenía VIH?

¿Usted sospechaba que esa persona tenía el diagnóstico?

¿Por qué no se protegió?

¿Qué pensaba en ese momento para no protegerse?

¿La otra persona influyo en su decisión?

¿Conoce la razón del por qué la otra persona no se protegió?

¿Hablaron alguna vez de esto?

¿Lo confrontó?, ¿Por qué?

4. Pasado.

Coménteme, ¿Antes de su diagnóstico usted que pensaba de las personas que tenían VIH?

¿Alguna vez llego a pensar que usted podría ser portador del virus?

¿Cree que su vida cambio a partir del diagnóstico?

¿Cómo era usted físicamente antes de diagnóstico?

¿Cómo era usted emocionalmente antes de diagnóstico?

¿Cuáles eran sus planes a futuro?

5. Presente.

¿Considera que esos planes a futuro cambiaron a partir del diagnóstico?

Describame, ¿Qué planes tiene ahora?

¿Cómo es ahora físicamente?

¿Cómo es emocionalmente?

¿Qué piensa de la persona que lo contagio?

¿Qué le desea?

¿Cambio el sentimiento/ emociones que sentía usted hacia él?

¿Por qué?

¿Aún tiene contacto con él?

¿Si lo tuviera de frente que le diría?

6. Redes de apoyo

6.1 Familia.

Cuénteme, ¿Quién de su familia conoce el diagnóstico?

¿Qué le dijeron?

¿Qué emociones sintió al contárselos?

¿Qué pensaba antes de decirles?

¿Qué pensó al decirles?

¿Cómo reaccionaron?

¿Qué actitud tomaron?

¿Lo han apoyado?, ¿Cómo?

¿Lo siguen apoyando?

¿Cambiaron con usted a partir del diagnóstico?

¿Existe algún familiar que no conoce su diagnóstico? (si la respuesta es un “sí”) ¿Por qué?

6.2 Pareja. (Esta categoría se preguntará solo si actualmente tiene pareja)

Platíqueme, ¿Su pareja actual conoce su diagnóstico?

¿Por qué?

¿Cómo le dijo a su pareja?

¿Qué le dijo su pareja?

¿Qué emociones experimentó al decirle?

¿Qué pensaba antes de decirle?

¿Lo apoyo?

¿Su pareja también tiene VIH?

¿Se protegen?

¿Quién toma la iniciativa para protegerse?

¿Por qué?

6.3 Amigos.

¿Sus amistades lo saben?

¿Por qué?

¿Cómo se los dijo?

¿Qué pensó cuando se los dijo?

¿Qué emociones experimentó?

¿Qué le dijeron?

¿Lo apoyaron?

¿Cambiaron con usted a partir del diagnóstico?

7. Laboral

¿Comento su diagnóstico en su trabajo?, ¿Por qué?

¿Qué le dijeron?

¿Cómo lo trataron a partir de que se enteraron?

¿Qué pensó?

¿Qué sintió?

¿Qué emociones experimentó?

¿Cómo es el trato que le dan actualmente?

¿Lo apoyan para que asista a sus consultas?

8. Prácticas sexuales

Mencióneme, ¿Tiene prácticas sexuales?

¿De qué tipo?

¿Con quién?

¿Cómo?

¿Les dices tu estatus serológico?

¿Tu propones el uso del condón?

¿Sabes cuál es su preferencia sexual?
¿Has acudido algún sitio de encuentro?

8.1 Prácticas de riesgo

Nárreme, ¿Conoce que son las prácticas sexuales de riesgo?
¿Ha llevado a cabo alguna? - ¿Qué piensa de las personas que las tienen?
¿Cómo fue?
¿Qué emociones experimento?
¿Qué pensó?

9. Prevención.

Descríbame, ¿Para usted que significa la prevención?
¿Cómo se cuida?
¿Para qué es el condón?
¿Cree que es importante usarlo?
¿Qué es el sexo seguro?
¿Qué es el sexo protegido?

10. Personas HSH.

Coménteme, ¿Sabe que significa HSH? (Si su respuesta es “No” se le explicara), ¿Qué son?
¿Qué piensa de las personas HSH?
¿Conoce a alguna?

11. Futuro.

Cuénteme, ¿Cómo piensa que será su vida en unos años?
¿Si conoce a más personas, les diría su diagnóstico?
¿Por qué?
¿Se ve acompañado?
¿De quién?
¿Por qué esa persona?

12. Muerte.

Nárreme, ¿Ha pensado en su muerte?

¿A pensando en la probabilidad de morir por VIH?

¿Qué piensa de eso?

¿Qué emociones experimenta al pensar en eso?

¿Ha perdido a alguien por esta infección?, ¿A quién?

¿Ha escuchado de algún caso?

13. Cierre de la entrevista.

¿Cómo se sintió durante la entrevista?

¿Qué emociones experimento?

¿Qué pensó?

¿Le agregaría algo más?



ANEXO 2.



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha: _____

Por este medio, **ACEPTO** la invitación para participar en el estudio “Significados y Experiencias de personas HSH con el diagnóstico de VIH” cuya responsable es la estudiante: Arias Ordóñez María Cristina de la carrera de Psicología de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala de la Universidad Nacional Autónoma de México, y es asesorada por el Mtro. Oscar Sotomayor Flores.

Así mismo manifiesto que se me ha explicado que el propósito del estudio, el cual es: describir y analizar los significados y experiencias de los aspectos sociales, emocionales y físicos de las personas HSH con el diagnóstico de VIH, y que el procedimiento de la investigación incluye la realización de entrevistas audio grabadas sobre estos temas.

Estoy de acuerdo en ser entrevistado una o más veces, de ser necesario, y autorizo que la información que yo proporcione sea audio grabada y utilizada para su difusión con fines científicos y académicos, siempre y cuando esto sea hecho de manera confidencial y respetándose mi anonimato, para lo cual acepto proporcionar un **SEUDÓNIMO**.

Se me ha explicado ampliamente en qué consiste el estudio y sé que, si tengo alguna duda que aclarar al respecto puedo comunicarme con el responsable, a su dirección electrónica: ariascrisrina1995@gmail.com. De igual manera estoy consciente que mi participación en la investigación es **VOLUNTARIA** y que me puedo retirar de esta cuando yo lo desee.

Firma y nombre del Participante: _____

Firma y nombre del Entrevistador: _____

Firma y nombre del Testigo: _____