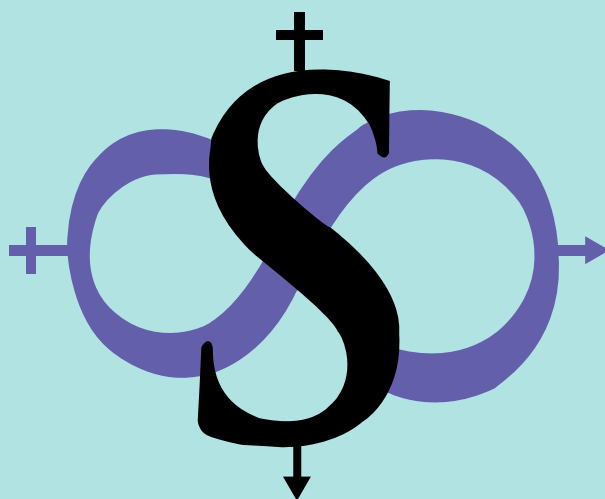


REVISTA DE ESTUDIOS DE ANTROPOLOGÍA SEXUAL

Primera época, volumen 1, número 10

Enero-diciembre 2019





CULTURA
SECRETARÍA DE CULTURA



Secretaría de Cultura

Alejandra Frausto Guerrero
Secretaria

Instituto Nacional de Antropología e Historia

Diego Prieto Hernández
Director General

Aída Castilleja González
Secretaria Técnica

Paloma Bonfil Sánchez
Coordinadora Nacional de Antropología

Rebeca Díaz Colunga
*Encargada de la Coordinación
Nacional de Difusión*

Juan Manuel Argüelles San Millán
Director de Antropología Física

Jaime Jaramillo
*Encargado de la Dirección
de Publicaciones*

Benigno Casas
Subdirector de Publicaciones Periódicas

Revista de Estudios de Antropología Sexual
Primera época, volumen 1, número 10,
enero-diciembre 2019

Editora general

Edith Yesenia Peña Sánchez

Asistente editorial

Lilia Hernández Albarrán

Comité editorial

Luis Alberto Vargas Guadarrama (Instituto de Investigaciones Antropológicas-UNAM), Alejandro Villalobos Pérez (Escuela Nacional de Antropología e Historia-*INAH*), Patricia Molinar Palma (Universidad Autónoma de Sinaloa), Marcela Suárez (Universidad Autónoma Metropolitana-Azcapotzalco), Luis Manuel Arellano (periodista independiente), Yolotl González (Dirección de Etimología y Antropología Social-*INAH*) y Guillermo Figueroa (Centro de Estudios Demográficos, Urbanos y Ambientales-El Colegio de México).

Comité asesor

Carlos Maciel (Universidad Autónoma de Sinaloa, México), Linette Leidy (Universidad de Massachussets, Estados Unidos), Xabier Lizarraga Cruchaga (Dirección de Antropología Física-*INAH*, México), Cristina Padez (Universidad de Coimbra, Portugal), Guillermo Núñez (CIAD, México), José Olavarría (Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, Chile), Susana Bercovich (Escuela Lacaniana, México) y José Luis Vera (Escuela Nacional de Antropología e Historia-*INAH*, México).

Revista de Estudios de Antropología Sexual es una publicación de la Dirección de Antropología Física del *INAH*. Las opiniones expresadas en los artículos firmados son responsabilidad exclusiva de sus autores.

Producción y cuidado editorial

Subdirección de Publicaciones Periódicas de la Coordinación Nacional de Difusión del *INAH*.

Revista de Estudios de Antropología Sexual, primera época, vol. 1, núm. 10, enero-diciembre de 2019, es una publicación anual editada por el Instituto Nacional de Antropología e Historia, Secretaría de Cultura, Córdoba 45, colonia Roma, C.P. 06700, alcaldía Cuauhtémoc, Ciudad de México. Editor responsable: Benigno Casas de la Torre. Reservas de derechos al uso exclusivo: 04-2017-071410444900-102. ISSN: 1870-4255. Licitud de título: en trámite. Licitud de contenido: en trámite. Domicilio de la publicación: Córdoba 45, colonia Roma, C.P. 06700, alcaldía Cuauhtémoc, Ciudad de México. Imprenta: Taller de impresión del *INAH*, Av. Tláhuac 3428, colonia Culhuacán, C.P. 09840, alcaldía Iztapalapa, Ciudad de México. Distribuidor: Coordinación Nacional de Difusión del *INAH*, Hamburgo 135, Mezzanine, colonia Juárez, C.P. 06600, alcaldía Cuauhtémoc, Ciudad de México. Este número se terminó de imprimir el 31 de enero de 2020, con un tiraje de 1 000 ejemplares.

- 3 **Editorial**
Edith Yesenia Peña Sánchez
- 7 **Etnografías homosexuales: una contribución desde la antropología de la sexualidad**
Francisco Hernández Galván
- 27 **“Tortilleras, tamaleras, chanclas y lenchas”:
representaciones dominantes de las relaciones erótico-afectivas
entre mujeres en el norte de México**
Andrea Zatarain Olivas/Guillermo Núñez Noriega
- 46 **El *sexuar* entre futboleras de Morelos**
Tania Alejandra Ramírez Rocha
- 63 **La “lupa antropológica” como herramienta para la investigación
de actos de violencia derivados de la orientación sexual
y/o identidad o expresión de género**
Leonardo Bastida Aguilar
- 82 **Imaginario social del feminicidio en Yucatán**
José Gamboa Cetina/Lucía Quiñones Cetina/Orlando Casares Contreras
- 105 **Esterilización quirúrgica voluntaria como práctica anticonceptiva
de las mujeres en Chile: resistencias, intereses y estigma reproductivo**
Paula Emilia Santana Nazarit/Edith Yesenia Peña Sánchez
- 124 **Condición de VIH/sida como situación adicional para ejercer violencia
obstétrica en mujeres que llevan a término el embarazo en América
Latina, una revisión documental**
Anadshieli Morales Celaya
- 141 **Los patrones de conducta sexual en la irrupción del diagnóstico de VIH
en varones de la Ciudad de México. Los discursos de la experiencia**
Bernardo Adrián Robles Aguirre
- 166 **Sexo con VIH, una historia de resistencias**
Luis Manuel Arellano

Reseñas

- 189 *Semillas de vida. La sexualidad en Occidente*
Daniel Ruiz Cancino (coord.)
Manuel Gándara Vázquez
- 196 *Sexualidades diversas, problemáticas contemporáneas*
Yesenia Peña Sánchez y Lilia Hernández Albarrán (coords.)
Jesús Lizama Quijano
- 201 *El espectáculo de la violencia en tiempos globales*
Martha Rebeca Herrera y Amaceli Lara Méndez (coords.)
Florence Rosenberg Seifer
- 207 De los autores (semblanzas)

Los patrones de conducta sexual en la irrupción del diagnóstico de VIH en varones de la Ciudad de México. Los discursos de la experiencia

Bernardo Adrián Robles Aguirre
Programa de Becas Posdoctorales, IIA-UNAM

Resumen

El virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida) continúan representando uno de los principales problemas de salud que enfrenta la sociedad actual. El presente estudio analiza las orientaciones sexuales que un grupo de varones seropositivos desarrolló a partir de su diagnóstico. Para lo anterior se realizaron entrevistas semiestructuradas a nueve personas y se orientaron a recuperar la experiencia del VIH, tomando como núcleo problemático la irrupción del diagnóstico en la vida cotidiana. Los resultados muestran que el estigma asociado a la orientación sexual es un ámbito que reúne importantes contradicciones en la incorporación de la condición de seropositivo, y que ésta marca las modalidades de afrontamiento de esta enfermedad.

Palabras clave: sexualidad, orientación sexual, VIH, entrevistas semiestructuradas.

Abstract

Human immunodeficiency virus (HIV) and acquired immune deficiency syndrome (AIDS) continue to be one of the main health problems faced by modern society. This study analyzes the sexual orientations that a group of seropositive men developed after they were diagnosed. For that, semi-structured interviews were conducted with nine people aimed at recovering their experiences with HIV, taking when the HIV diagnosis burst in their daily lives as the core of the problem. Results show that stigma associated with sexual orientation is a field that entails important contradictions in the seropositive condition incorporation and that this framework marks the ways this illness is dealt with.

Keywords: sexuality: sexual orientation, HIV, semi-structured interviews.

Introducción

La infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) representa una problemática relevante de salud pública; si bien su diagnóstico trasciende a todos los grupos etarios, sexo y otras condiciones sociales, todavía tiene una prevalencia sobresaliente entre las principales causas de morbilidad en varones en edad productiva. Se considera que mujeres y niños muestran una vulnerabilidad específica¹ y una tendencia al incremento que resulta especialmente preocupante en el caso de las mujeres, situaciones a las que se agrega la pobreza multidimensional como un factor que permite el incremento en la incidencia anual de nuevos casos; esta situación nos permite hablar de grupos en situación de riesgo² y de vulnerabilidad tanto de orden individual como social³ dentro del derecho social y de la necesidad de que el derecho social se interese más por dichos grupos.

Aunado a lo anterior, debemos considerar que el empobrecimiento, la migración⁴ y el deterioro de las condiciones de vida de miles de familias mexicanas han evidenciado que hay sectores de la población que, si bien no se encuentran en condición de pobreza, pueden ser consideradas como vulnerables en tanto carecen de suficientes recursos para enfrentar y superar los efectos de las cambiantes circunstancias económicas o del propio ámbito familiar (CONAPO, 2000).⁵

Hoy en día se considera al VIH una infección crónica y controlable, pero todavía representa una presión importante al sistema de salud, sobre todo por el costo de los medicamentos antirretrovirales y las complicaciones que se les asocian; por lo anterior,

¹ La vulnerabilidad es una noción multidimensional en la medida que afecta tanto a individuos, grupos y comunidades en distintos planos de su bienestar, de diversas formas y con diferentes intensidades (Busso, 2001: 8).

² El concepto de riesgo atiende de manera directa los factores por los que se considera que los actores sociales se encuentran en una mayor probabilidad de adquirir el virus; el bajo acceso a la información, a los conocimientos, a servicios de salud y a redes sociales de apoyo evidencia el marco de vulnerabilidad social estructural en que se encuentra la mayoría de los sujetos sociales amenazados por el VIH (Collignon-Goribar, 2009: 4).

³ La vulnerabilidad social es la incapacidad de una persona o de un hogar para aprovechar las oportunidades, disponibles en distintos ámbitos socioeconómicos, para mejorar su situación de bienestar o impedir su deterioro; este desaprovechamiento implica un debilitamiento del proceso de acumulación de activos; además, las situaciones de vulnerabilidad suelen causar sinergias negativas que tienden a un agravamiento progresivo (Katzman, 2000: 281).

⁴ Investigaciones sobre la relación entre migración y sida "han buscado generar información que contribuya al desarrollo de estrategias específicas para dar respuesta adecuada a los contextos de vulnerabilidad y a las situaciones de riesgo que enfrentaban los migrantes, inicialmente en Estados Unidos y después en la frontera México- Guatemala, para posteriormente extenderse a la región mesoamericana" (Leyva *et al.*, 2009: 257).

⁵ Un enfoque centrado en la vulnerabilidad para analizar la nueva estructura de riesgos sociales a la que se enfrenta la familia mexicana adquiere particular relevancia. El concepto de vulnerabilidad hace referencia a: la inseguridad, la indefensión y la exposición a riesgos y *shocks* provocados por eventos socioeconómicos extremos y la disponibilidad de recursos y de estrategias desarrolladas por comunidades, hogares e individuos para hacer frente a situaciones de adversidad (Chambers, 1989; Bayón y Mier y Terán, 2010), el VIH y el sida, han sido identificados como factores de vulnerabilidad en este grupo poblacional (Velásquez y Bedoya, 2011; Urzúa y Zúñiga, 2008).

resulta de fundamental importancia la prevención de nuevos casos y mejorar la calidad de vida de quienes ya han sido afectados. En el Informe Anual de ONUSIDA (2017) se reporta que, cada año, poco más de dos millones de personas contraen el VIH. Dado que las muertes relacionadas con el sida también han logrado disminuir, las proyecciones internacionales consideran que aún falta tiempo para que pueda ponerse fin a la epidemia, situación que se prevé para el 2030 (ONUSIDA, 2017).

Los sectores de la población que viven con bajos recursos económicos y con una deficiente atención en materia de salud pública, se han convertido en los grupos con mayor posibilidad de estar en situación de vulnerabilidad para contraer el VIH; así, más de 90% de las personas que viven con este virus se encuentran en países en vías de desarrollo, donde la pobreza exacerba la vulnerabilidad ya dada por la discriminación, el retraso histórico y la baja cobertura de servicios médicos. Esto ha propiciado que al VIH también se le considere una "enfermedad de la pobreza" (Herrera y Campero, 2002).

La vulnerabilidad frente al VIH se expresa también en los significados que se han construido alrededor de las vías de transmisión, particularmente la sexual. Hasta ahora el VIH continúa siendo una enfermedad estigmatizada que obliga a muchos a vivirla bajo el anonimato,⁶ lo cual provoca un bajo índice de prevención y promueve la cadena de transmisión. El temor a ser rechazado conduce a las personas a experimentar la enfermedad en silencio, debilitando las redes sociales que pueden constituir el soporte social necesario para enfrentarla, es común el desarrollo de estrategias de aislamiento social afectando la esfera familiar, escolar y laboral. Las personas que viven con VIH se han convertido en un colectivo marginado, lo cual puede retrasar su ingreso al tratamiento antirretroviral, y por ello es frecuente que sean diagnosticados ya en un proceso de desgaste avanzado o por alguna enfermedad oportunista que disminuye las posibilidades de sobrevivencia. El VIH infecta a la persona que lo padece, pero se inserta en la sociedad en su conjunto. En este contexto, modifica y reconstruye la vida cotidiana, así como los espacios de convivencia, de tal forma que se adhiere en el día a día de cada sujeto, reinterpretándose a partir de la forma en cómo se identifica tanto en lo interno como en lo externo. Así, el VIH resignifica y redefine las relaciones sociales y la trayectoria individual, con un permanente cuestionamiento sobre el devenir, la incertidumbre, la zozobra y la ansiedad —y puede convertirse en una constante sensación con que se experimenta la vida.

⁶ Aggleton, Parker y Maluwa (2003) consideran que los estigmas son etiquetas con rasgos negativos que se les atribuyen a las personas, quienes, a su vez, y a consecuencia de "ser diferente", se sobreentiende que son valorados negativamente por la sociedad; estos rasgos pueden ser por diferencias de salud, nacionalidad, etnicidad o por preferencias sexuales. El estigma juega un rol principal al producir y reproducir relaciones de poder y control en todos los sistemas sociales, ya que provoca que ciertos grupos se identifiquen como desvalorizados, y que otros se sientan superiores, por lo que está ligado a los trabajos de desigualdad social, puesto que aquí los grupos e individuos llegan a ser socialmente excluidos y refuerzan la exclusión en marcos diferentes (Parker y Aggleton, 2003).

En este sentido, el virus se construye encima de percepciones inconclusas y regularmente desconocidas sobre la forma en cómo se estructura, cuál es su función o cómo se desarrolla en la vida cotidiana, por lo que los temores comunes al sida generan que se identifique como algo capaz de diezmar a cualquier sociedad. Aunado a lo anterior, debemos considerar que la sociedad en su conjunto juega un papel importante en el proceso de conocimiento, asimilación, rechazo, aceptación o resignación de saberse seropositivo,⁷ pues si bien se han hecho esfuerzos considerables para disminuir estas percepciones, se continúa construyendo al seropositivo como un grupo de riesgo,⁸ potencialmente dañino, lo que se traduce en mantener en el anonimato el diagnóstico positivo⁹ durante el mayor tiempo que sea posible, pues, como especifica Lizarraga (2003: 173), "hablar de 'grupos de alto riesgo' es vestir con nuevas prendas la estigmatización".

Así el VIH se convirtió en un virus "infeccioso" y "pandémico" que puede invadirlo todo, incluso a los que no portan el estigma de las conductas asociadas a los contagiados (Izazola *et al.* 1999; Magis, Bravo y Rivera, 2000; Lizarraga, 2003), pues como especifican Leyva y Caballero (2009), los grupos sociales con mayores grados de vulnerabilidad correspondían a quienes eran estigmatizados y cuyos derechos eran los menos respetados antes de la aparición del sida.¹⁰

⁷ El VIH se caracteriza por tener una reproducción constante de "viriones" en el sistema inmunitario del cuerpo humano. Una persona infectada puede vivir varios años sin mostrar algún tipo de enfermedad; a esta característica se le denomina "estado asintomático", conocido también como "seropositivo". No obstante, cuando los viriones se manifiestan, el sistema inmunológico puede ser atacado por cualquier agente externo (virus o bacterias) y es ahí cuando un conjunto de enfermedades (denominado síndrome) hace aparecer el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida) (Magis y Del Río, 2000).

⁸ El concepto grupos de riesgo nació en la práctica médica al comienzo de la epidemia, cuando se detectaron los primeros casos de enfermedades atípicas en personas "de raza negra y hombres que tenían sexo con otros hombres, provocando mayor estigmatización y discriminación en grupos que históricamente ya estaban señalados y segregados; una vez conocido el virus que causaba la enfermedad y sus formas de transmisión, y gracias a la movilización de organismos y personas de la sociedad civil comprometidos con los grupos segregados, la noción cambió a comportamientos de riesgo. Actualmente, las ciencias sociales han propuesto los conceptos de contextos sociales que determinan el riesgo, su producción y reproducción, y la vulnerabilidad como una herramienta analítica que permite conocer e introducir la noción de equidad entre grupos sociales diferenciados" (Infante *et al.*, 2006: 146).

⁹ Se considera diagnóstico positivo al VIH cuando se han encontrado anticuerpos en la muestra de sangre y existen dos pruebas para poder diagnosticar este virus; la primera de ellas denominada ELISA (*Enzyme Linked Immuno Sorbent Assay* o ensayo inmuno-enzimático absorbente), el cual consiste en mostrar dentro de la sangre la presencia de moléculas que se ligan de manera específica a las proteínas purificadas del VIH. Ésta se utiliza no sólo para detectar la presencia del VIH en personas, sino también para analizar los paquetes de sangre y sus derivados que se manejan en los bancos de sangre y no establece un diagnóstico de sida ni es un pronóstico de avance del virus. ELISA es de bajo costo, pero a su vez de baja confiabilidad, y sólo en caso de resultar positiva debe hacerse una segunda prueba denominada de inmunotransferencia o *western blot* (Wb). Este estudio confirma la presencia en la sangre de anticuerpos al VIH, es más confiable que la ELISA, pero es más difícil y costosa. Todos estos estudios es pertinente interpretarlos de acuerdo con la historia clínica del paciente y con apoyo de pruebas auxiliares de laboratorio (Guía para la atención médica de pacientes con infección por VIH/sida en consulta externa y hospitales, 2000).

¹⁰ Para Marzán y Varas (2001: 1), el VIH y el sida son términos estigmatizados porque: 1) es una condición incurable y progresiva, 2) se entiende que las personas afectadas son responsables de su condición debido a sus

En dicha perspectiva, para el imaginario colectivo es urgente aislarlo y erradicarlo, haciendo eco de las prácticas descritas por Foucault (2000), que incluyen la reclusión moral y física de sus afectados, o la extraterritorialidad, condensándose en ellos el miedo a revelar el VIH desde dentro y ocultarlo en el silencio. Entonces resulta pertinente conocer qué papel juega la sexualidad, a través de la descripción de las orientaciones sexuales, en la asimilación del diagnóstico positivo al VIH.

En este planteamiento resulta relevante conocer cómo se desarrollan las dinámicas sexuales en el reconocimiento y enfrentamiento con el diagnóstico de VIH, identificar qué valor le atribuyen a su orientación, su identidad sexual¹¹ y los comportamientos sexogénicos,¹² y registrar si esto facilita u obstaculiza el proceso de aceptación e incorporación del VIH a la vida cotidiana. Para lo anterior se recuperaron y analizaron las experiencias en torno al diagnóstico positivo y los cambios generados en las prácticas sexuales. Se realizó un estudio cualitativo¹³ aplicando entrevistas semiestructuradas a nueve personas que viven con VIH. Se hizo una definición de informantes clave, considerando como tales a varones residentes de la Ciudad de México o su zona conurbada en el Estado de México, que mantuvieran prácticas sexuales de alto riesgo antes del diagnóstico positivo;¹⁴ diagnosticados en

actividades de riesgo, y 3) la condición física de las personas en las etapas más avanzadas del síndrome afecta de manera adversa la interacción social. Por otro lado, su asociación con estigmas preexistentes puede verse cuando se atribuye la epidemia exclusivamente a grupos como los homosexuales, usuarios(as) de drogas y minorías étnicas. Estos grupos poseen estigmas que preceden al VIH/Sida, al desviarse de alguna norma social. El estigma relacionado a esto se inserta en dicha combinación y empeora la situación de dichos grupos. Añádase a esto que la actividad sexual, fenómeno estigmatizado en muchas sociedades, es una de las formas que más frecuentemente se asocia al contagio contribuyendo a la estigmatización del VIH/Sida.

¹¹ Izazola (1994: 637) reconoce la identidad sexual en cuatro formas: 1) El sexo biológico: es el codificado en el material genético en los cromosomas que es característico de hombre y mujer; 2) la identidad de género: es la percepción psicológica del individuo de ser masculino o femenino; 3) roles sexuales: constituye la adherencia a los comportamientos y actitudes, credos culturalmente de acuerdo con lo que se considera adecuado para masculino y femenino e incluye apariencia física, personalidad, amaneramientos, discursos, intereses y hábitos, y 4) la orientación sexual: es la disposición erótica y/o afectiva hacia individuos del mismo o diferente género.

¹² La relación entre comportamiento sexual e identidad de género es de una gran complejidad y las formas a través de las cuales se construyen las identidades sexuales en este caso "homosexuales" en distintos contextos, dependen en gran parte de las categorías y de las clasificaciones disponibles en cada cultura para abordar la sexualidad [...]. Igualmente, se han disociado el comportamiento homo o heterosexual de un sentido diferenciado de la identidad de género y se ha hecho evidente que términos como "homosexualidad" o "heterosexualidad" no reflejan la diversidad y la complejidad de las experiencias sexuales vividas (Viveros, 2002: 92, 98-99)

¹³ Siguiendo la metodología de Banks (2010); Flick (2004); Geertz (1992); Glaser y Strauss (1967); Hamui (2011); Oliva *et al.* (2001); Taylor y Bogdan (1996), y Varguillas y Ribot de Flores (2007).

¹⁴ Las prácticas sexuales se han considerado "sin riesgo (sexo seguro) cuando el intercambio de secreciones como sangre, semen y fluidos vaginales es nulo (besos secos, abrazos, masturbación mutua); de poco riesgo (sexo protegido), si tal intercambio es escaso (besos húmedos, coito con uso de condón o preservativo); o con riesgo (coito sin empleo de condón)" (Martínez *et al.*, 2001: 36); en este contexto, es importante retomar a Guasch (1993: 118), cuando menciona que el término sexo seguro es anglosajón, pues "al principio se habla de *safe sex* (sexo seguro), y más adelante se cambia a *safe(r) sex* (sexo más seguro), con el argumento de que no existe un sexo absolutamente seguro (salvo la abstinencia). Las experversiones sexuales no

diferentes temporalidades, que al momento de la entrevista estuvieran bajo el esquema de terapia antirretroviral altamente activa (TARAA) y mostraran un seguimiento médico idóneo; es decir, que cuando menos en los últimos seis meses hubieran asistido regularmente a las citas médicas, que mantuvieran su monitoreo de carga viral y otros datos de laboratorio, así como manejo de complicaciones que son comunes en este tipo de pacientes. Estas condiciones permitieron encontrar sujetos en una situación de relativa tranquilidad, de mayor adaptación al diagnóstico y al tratamiento, de forma tal que se favoreciera una recuperación reflexiva de su experiencia frente al diagnóstico y su relación con las dinámicas sexuales.

Las entrevistas se levantaron después de uno a dos encuentros con los informantes clave para establecer un mejor contexto para reproducir la experiencia. Éstas se efectuaron en espacios cerrados, donde el entrevistado definió sentirse más cómodo. Se le informó a cada entrevistado el propósito del estudio, así como el papel de su participación, se le garantizó —mediante consentimiento informado— el resguardo confidencial de sus datos y el uso de su testimonio exclusivamente con fines científicos, y se les pidió de manera explícita su autorización para que las entrevistas fueran registradas en audio y transcritas en su totalidad, con una duración de entre 40 y 120 minutos por sesión. Todos los informantes fueron reclutados en la unidad de atención médica en que llevaban el seguimiento de su diagnóstico. Posteriormente, las grabaciones fueron transcritas y analizadas desde una perspectiva interpretativa del discurso. Tras la lectura repetida de las transcripciones se identificaron categorías discursivas significativas; según el énfasis observado en los informantes, éstas fueron interpretadas a la luz de un marco teórico mínimo que se constituyó en “la mirada” con que fueron leídas. Por otra parte, se identificaron regularidades discursivas y se corroboró su solidez testimonial al referirla a la particularidad de cada caso. Se seleccionaron los fragmentos más contundentes que expresaran la regularidad discursiva y que dieran cuenta de una reconstrucción de la experiencia del diagnóstico de VIH al momento actual, con la finalidad de distinguir posibles fases constitutivas de un proceso adaptativo (las frases que nos interesa destacar fueron marcadas en negritas).

Desarrollo

Retomando los conceptos de construcción social de Berger y Luckmann (1999) y Schütz (1995), consideramos que vivir con VIH es “una experiencia a la vez individual y colectiva cuya conformación y sentido debe contextualizarse en los modos, las condiciones y las trayectorias de vida de los sujetos” (Grimberg, 2003: 44) y

forman parte del programa preventivo del sexo seguro, pese a que algunas parafilias (exhibicionismo, fetichismo, zoofilia, voyerismo) son tan seguras ante el sida como la castidad. El sexo seguro no condena las parafilias. Se limita a no valorarlas como sexualidades alternativas recomendables, al valorar la importancia de la penetración se continúa interpretando la sexualidad principalmente en términos de deseo masculino”.

depende de los saberes y las prácticas que socialmente se le han atribuido a este padecimiento, así como de las formas particulares en que cada sujeto asimila su diagnóstico.¹⁵ Esto se articula por medio de los múltiples escenarios por los que tiene que transitar el sujeto en su vida cotidiana, en la sexualidad, en las relaciones familiares, laborales y en su espiritualidad; de forma tal que la modalidad en que enfrentan la enfermedad determina la búsqueda de atención médica y su eficacia. En este contexto se entrevistó a nueve informantes clave a quienes se les asignó un nombre ficticio, algunas de sus características se muestran en el cuadro 1.

Para poder llevar a cabo esta investigación fue necesario contactar a pacientes que estuvieran diagnosticados como seropositivos y que participaran en protocolos de atención dentro del centro de salud especializado, ya que, como especifican algunos autores (Delgadillo, 2007, y Flores *et al.*, 2008, entre otros), estar informado sobre un diagnóstico positivo permite construir estrategias de atención y cuidado más permanentes y sólidas para con ellos mismos. Asimismo, estar consciente de la enfermedad puede proporcionar a los pacientes un sentido de responsabilidad, autocuidado y autoprotección, factores que son importantes para la ingesta de medicamentos que deben tomar regularmente.

Así, se consideró valioso acercarse al Centro Médico Nacional Siglo XXI, del IMSS, ya que además de ser un hospital considerado de alta especialidad, cuenta con un departamento de especialidades en enfermedades infecciosas.

En un principio (con excepción de Benjamín), todos los participantes enfatizaron que habían llegado a tener prácticas sexuales de alto riesgo durante algunos años en su juventud, y aunque algunos decían tener parejas estables durante el momento del diagnóstico (Iván y Fernando), mantenían prácticas sexuales casuales y esporádicas con amigos y conocidos. En este sentido, Caín y Vicente refirieron no tener claro ni el lugar ni el año en el que sucedió la transmisión, y fue hasta que debieron ir al centro de salud —para atender otros malestares— que se enteraron del diagnóstico positivo.

Por su parte, Adolfo y Milton no recuerdan con certeza con quién y dónde ocurrió el encuentro sexual, pero refieren que sí tienen claridad cuándo contrajeron el virus; por último, Diego y Felipe relataron sus encuentros sexuales y dijeron saber que se encontraban en riesgo de contraer el virus, pero consideraron asumir el riesgo porque “podía no pasar nada”. Por último, dos de los entrevistados reconocen que han vivido con el virus del VIH desde la década de los ochenta; dos más lo adquirieron durante la década de los noventa y los cinco restantes a partir de este siglo.

¹⁵ Proponemos considerar la experiencia a la manera de Grimberg (1999, 2000) como un proceso situado en una trama de relaciones intersubjetivas, variable, construido y reconstruido histórica y socialmente, que articula una diversidad de dimensiones (cognitivas, normativo-valorativas, emotivas, etc.). Como unidad tensa entre acción y simbolización, la experiencia constituye la base de construcción y cambio de identidades y prácticas sociales (Grimberg, 2003: 45).

Cuadro 1. Características generales del grupo de estudio

<i>Nombre</i>	<i>Escolaridad</i>	<i>Ocupación</i>	<i>Año de diagnóstico</i>	<i>Institución donde se valoró su DX</i>	<i>Institución donde son atendidos</i>
<i>Benjamín</i>	Secundaria	Guardia de seguridad en banco	1996		Hospital de Especialidades del Centro Médico General Siglo XXI
<i>Caín</i>	Carrera trunca de ingeniería civil	En proceso de jubilación del IMSS	2012		
<i>Adolfo</i>	Secundaria	Conductor de transporte en empresa de televisión	1985	Hospital General de Zona Parque Venados, IMSS	Hospital de Especialidades del Centro Médico General Siglo XXI
<i>Iván</i>	Ingeniero civil, con especialidad en finanzas y estadística	Jubilado	1995	CONASIDA	
<i>Fernando</i>	Contaduría y Trabajo Social	Contador	2009	Hospital General de Zona Parque Venados IMSS	
<i>Milton</i>	Preparatoria	Lavado de alfombras	2010	Hospital de Especialidades del Centro Médico General Siglo XXI	
<i>Diego</i>	Cirujano dentista	Jubilado, repartidor de comida casera	1988	Hospital General de Zona Parque Venados IMSS	Hospital de Especialidades del Centro Médico General Siglo XXI
<i>Felipe</i>	Derecho	Abogado	2000	Clínica particular en Oaxaca	
<i>Vicente</i>	Preparatoria	Cajero de banco	2006	Departamento de Oncología Hospital General Siglo XXI	

Fuente: Elaboración propia con base en las entrevistas, 2012-2014.

Por tanto, contamos con la información y la experiencia de sujetos que han vivido con el virus en las últimas cuatro décadas (1985-2012). Cabe señalar que cuatro de los entrevistados fueron remitidos en primera instancia al Hospital de Especialidades del Centro Médico General Siglo XXI, por lo cual fue posible revisar los expedientes para poder triangular la información.

Patrón de conducta sexual

A lo largo de las entrevistas se indagó sobre las prácticas sexuales de preferencia, gustos, temores, frustraciones y miedos; esto permitió analizar las formas en las que han construido su sexualidad, el conocimiento sobre los riesgos de contraer infecciones de transmisión sexual, así como la frecuencia en el uso de métodos y barreras mecánicas para evitar embarazos e infecciones. También se obtuvo información sobre los métodos de protección y cuidado que conocen y realizan de manera cotidiana. En este sentido, resulta interesante encontrar que para todos los entrevistados, el uso de barreras mecánicas es conocido como un método eficaz de protección contra enfermedades e infecciones, pero en el relato su empleo aparece de forma opcional y para casi todos estuvo ausente durante sus primeras prácticas sexuales (cuadro 2).

De los nueve informantes, tres refieren haber tenido durante sus primeros encuentros sexuales relaciones tanto con hombres como con mujeres; cuatro han tenido prácticas sexuales sólo con hombres y dos únicamente con mujeres. Sin embargo, cuando se les preguntó sobre sus prácticas sexuales de preferencia, seis mantienen prácticas homosexuales y tres heterosexuales. En este contexto se encontró que, al principio de la vida sexual, algunos refieren que debido a la presión social se llegaron a sentir "confundidos" y "desconcertados" respecto a sus intereses sexuales, lo cual llevó a que experimentaran caricias y flirteos con el sexo opuesto. Sin embargo, una vez identificándose y aceptando sus orientaciones sexoeróticas, dejaron las interacciones sexuales, lo que coincide con el estudio de Szasz y Lerner (1998) con referencia a los cambios que ha sufrido el concepto de heterosexualidad en los últimos años.¹⁶

En el caso del inicio de sus prácticas sexuales, nos encontramos con un amplio rango de edades; tres refieren haber comenzado entre los 7 y los 10 años (Fernando, Milton y Vicente), tres más entre los 11 y los 14 (Adolfo, Caín y Diego), dos

¹⁶ Como institución, la heterosexualidad ha sido un fenómeno históricamente cambiante, siendo algunos elementos clave los siguientes: los cambios en la vida familiar y el reconocimiento de la diversidad en los patrones de la vida doméstica, los cambiantes patrones de empleo y la completa incorporación de la mujer al trabajo asalariado, que han modificado el balance entre hombres y mujeres, aun cuando desigualdades mayores sobrevivan y permanezcan profundamente arraigadas, los cambios en los patrones de fertilidad, la difusión de las técnicas de control natal, que han abierto nuevas posibilidades en las relaciones sexuales de hombres y mujeres, un nuevo énfasis en el sexo para el placer, la preocupación contemporánea del cuerpo y sus placeres muestra que la sexualidad se ha separado hasta cierto punto de la reproducción, abriendo un camino que permite ver a la sexualidad como un asunto de elección (Szasz y Lerner, 1998: 206).

Cuadro 2. Patrón de conducta sexual en el grupo de estudio

Nombre	Iniciación de las preferencias sexuales	Práctica sexual de preferencia	Iniciación de prácticas sexuales	Uso de barrera mecánica	Número de encuentros sexuales antes del DX	Prácticas sexuales después del DX	Uso de barrera mecánica después del DX
<i>Caín</i>	Heterosexual	Heterosexual	14 años		Desconoce	Con su esposa, dos o tres encuentros	No frecuente prácticas sexuales
<i>Adolfo</i>		Homosexual	11 años	No frecuentaban	50 parejas	Una pareja algunos encuentros	Algunas veces
<i>Benjamín</i>	Homosexual	Heterosexual	16 años		Seis u ocho parejas mujeres	Sólo con sexo-servidoras	Siempre
<i>Iván</i>			Adolescencia	Con sus parejas		Una/no hay penetración	Desde 2000 no ha tenido prácticas sexuales
<i>Fernando</i>	Homosexual-heterosexual	Homosexual	7 con hombre, 10 mujeres, 14 a 18 hombres	Adolescencia No frecuentaban	Sin especificar	Sin especificar	Sólo con pareja
<i>Milton</i>			7 con hombres, 8 con mujeres, 15 hombres	No frecuentaban	2005-2010 (500 parejas)	Dos por mes por cinco años	Sólo si lo piden
<i>Diego</i>	Homosexual		14 años	1982-1992 no frecuentaban	1982-1987 (300 parejas) 1988-1992 una al mes	Desde 1992, ocho encuentros	Sí con su pareja, sólo si lo piden
<i>Felipe</i>	Heterosexual	Heterosexual	18 años	Primera y quinta pareja	Cuatro	Dos	Algunas veces, con su pareja
<i>Vicente</i>	Homosexual	Homosexual	7 años	No frecuentaban	Dos o tres	50 encuentros	Rara vez

Fuente: Elaboración propia con base en las entrevistas, 2012-2014.

entre los 16 y 18 (Benjamín y Felipe), y sólo Iván menciona que entabló su primera experiencia sexual después de los 20 años de edad.

Por otra parte, a lo largo de los relatos se descubrió que los entrevistados hacían una distinción clara entre parejas y encuentros sexuales: los primeros eran definidos como personas con las que convivían de forma cotidiana y por los que sentían un vínculo estrecho de amor; protección, cuidado, confianza y cariño; mientras los segundos eran individuos con los que se reunían de forma esporádica y con los que sólo mantenían prácticas sexuales ocasionales. Aquí cabe señalar que tres de los entrevistados refieren haber mantenido prácticas sexuales con cuatro personas en promedio antes de conocer su diagnóstico; dos más, consideran que sostuvieron más de 40; tres no supieron definir un número y sólo Milton comentó que llegó a liarse con más de 500 —este dato llama la atención, pues cuando se le preguntó si el uso de condón era constante durante sus prácticas sexuales, refirió que sólo lo utilizaba si el otro lo solicitaba o exigía.

En el caso de la frecuencia, después de conocer el diagnóstico, la mayoría menciona haber disminuido el número de interacciones sexuales; sin embargo, el uso del condón no se presentó como una constante, lo cual nos hace pensar que a pesar de saber las implicaciones de ser seropositivo, no todos los entrevistados consideraron necesario cuidarse de posibles coinfecciones o de infectar a alguien más (cuadro 2).

Los discursos de la experiencia

A partir del diagnóstico positivo, Caín dejó de sostener prácticas sexuales por considerar que podía transmitir el virus tanto a su esposa como a otras personas, y así prefiere autosatisfacerse que sostener prácticas sexuales.

[...] yo con ella no he tenido, así, muchas relaciones sexuales. De hecho, una vez me aventé hasta dos años sin tener relaciones con ella; entonces ella piensa que, este ..., que le he puesto el cuerno. Y lo cual, o sea, nada que ver. Yo, como una vez le comenté a ella, o sea, es vergonzoso para mí que un hombre... y se lo dije enfrente de ella en una discusión, se lo dije que para mí es mejor ... masturbarme cuando me estoy bañando, que engañarla. Para... o sea, precisamente para no pescar ningún tipo de infección y mucho menos engañarla...

En este contexto encontramos que, como en el estudio de Maticka-Tyndale, Adam y Cohen (2002), si bien es inusual y baja la frecuencia, una de las principales estrategias de prevención que aplican algunos grupos heterosexuales serodiscordantes consiste en evitar todo tipo de contacto sexual con su pareja estable, por miedo a infectar a su pareja o a otra persona.¹⁷

¹⁷ La principal falla del condón se debe a su utilización incorrecta e inconstante, es claro que para aumentar su eficacia es necesario enseñar a usarlo. Entre los errores más frecuentes están la ruptura por utilizar lubricantes de base oleosa, por utilizar anillos prominentes o al dañar el condón con las uñas

[...] no me refiero a la parte que, este... si no engañé a mi esposa antes, pues no la engañaría ahorita y como llegan a decir en ocasiones, sepan o no sepan lo que tienes, las personas que quieran tener aventuras contigo, pues siempre las va a haber. Pero, este..., si yo no engañé a mi esposa antes, no la engañaría con una puta ahorita y, pues, te digo, me quito las ganas yo solo... cuando tengo ganas pues... se oye mal, pero me quito las ganas yo solo (ríe tímidamente).

Asimismo, recomendaciones como la de Pérez-Jiménez, Montalvo y Aponte (2010), que proponen la realización de talleres con parejas heterosexuales para el implemento de la masturbación mutua y la negociación del uso del condón masculino, puede mejorar las relaciones de pareja en este sector.

Adolfo reconoció que nunca fue consciente de las consecuencias que podía tener por no usar condón y acepta que cuando tiene parejas estables disminuye sus encuentros sexuales.

[...] cuando tenía relaciones sexuales... digamos que... estúpidamente, quizá, mi protección hacia la persona con la que me acostaba era preguntarle: ¿quieres que usemos condón? Sí o no... pues que sí ¡Ah perfecto, se cuida!, pues que no. ¡Ah me vale! ... no, pues, está igual que yo... ¿Por qué?, porque las gentes que yo conocía eran del núcleo de una discoteca. O sea, todos sabíamos exactamente lo que pasaba afuera... entonces, yo consideraba, bueno, mientras no me salga de aquí para contagiar fuera, pues no pasaba nada... el contagio es entre nosotros... y si llega alguna gente nueva que no conoce el ambiente, que me diga no, pues, yo sí uso condón, pues órale, adelante... por mí no hay problema, y así fueron muchos años... ¡Años! ... Tal vez unas 50 o 60 personas...

A partir de un diagnóstico positivo acepta que ha sostenido prácticas sexuales sin uso de condón. Este dato nos parece relevante, pues el uso inconsistente o nulo de condón es uno de los factores más recurrentes para la prevalencia de nuevos diagnósticos positivos al VIH tanto entre mujeres (Kendall *et al.*, 2015) como entre hombres, sin importar las preferencias sexuales (Reis, Melo y Gir, 2016).

[...] yo sabía que andaba en riesgo. Ya en medios de comunicación, televisión, radio, en las mismas discotecas gay, se escuchaba ya que el SIDA, que el VIH, que usa condón, que cosas de esas... y hacíamos caso omiso... ¡Imagina qué miedo! ... durante mucho tiempo fui, así, como valemadres... procuré no darle importancia a lo que me pasaba. Y eso me costó que me estuviera acostando con más gentes y que diga

cuando se abre el empaque. Otras fallas potenciales ocurren cuando se almacenan en un sitio cálido, cuando se exponen a la luz directa o cuando el condón no se retira inmediatamente después de la eyaculación (Gordillo *et al.*, 2005: 45).

lo que lo que Dios quiera... había una especie como de... me vale. ¿Quieres con condón? Lo hacemos, ¿Quieres sin condón? Lo hacemos sin condón...

Aunque Benjamín sabía que le gustaban las mujeres, la primera práctica sexual la realizó con un hombre; comenta que sólo llegó a usar condón cuando sus parejas sexuales lo solicitaban, y después del diagnóstico se enteró de las implicaciones de tener prácticas sexuales de alto riesgo, teniendo pocos encuentros sexuales desde entonces y sólo con sexoservidoras.

[...] ahora sí que, pues, era desconocido para mí, ¿verdad? Sabía que era un medio para evitar embarazos y pues si ellas lo pedían, pues ahora sí que no les decía que no... pues, no frecuentaba eso, no es que sienta menos o más, es sólo el caso de no usarlo y como en algunos casos ellas usaban pastillas y esas cosas, pues la verdad es que nunca me pasó por la cabeza usarlos... sólo con una que ya había tenido varios abortos, sí me dijo que sí no me lo ponía pues no prestaba, jajaja...

Cuando se le preguntó sobre el uso de condón, comentó que sólo llegó a usarlo cuando alguna de sus parejas sexuales lo pedía, y fue hasta después del diagnóstico que se enteró de las implicaciones de tener prácticas sexuales de alto riesgo, pues imaginaba que sólo servían para evitar embarazos, y como en algunas ocasiones sus parejas sexuales usaban anticonceptivos, él imaginaba que con eso era suficiente.

Como te lo comenté ese día, con mi esposa no hemos tenido una relación como tal... sí he tenido relaciones, pero a lo mejor han sido con una sexoservidora, o lo que tú quieras, pero... ahora sí que nada más cuando siento la sensación, pero bien consciente de que yo tengo que portar mi condón... yo no tengo una relación bien con mi esposa; una relación sexual ni con, ni sin condón. Entonces prácticamente nosotros vivimos como pareja, pero sin tener una vida sexual...

Iván comenzó a tener una vida activa a los 16 años con varios chicos de su edad, pero no pudo identificar cuántas parejas sexuales tuvo antes de identificarse como seropositivo, aunque cinco años después de su diagnóstico reconoce la importancia del uso del condón; sin embargo, comenta que desde 2000 no ha tenido prácticas sexuales, situación en la cual, como se especifica en el estudio de Marqués, Rodríguez y Matías (2007), se experimenta una pérdida de la sexualidad, y esto puede presentarse por identificarse como un cuerpo potencialmente peligroso.

En principio, bueno, son seguros y desde mi punto de vista no hay penetración, ni... esteee... mmm... ni soy penetrado no, por ningún lado; ni penetro ni soy penetrado. No, pues yo creo que desde 2000... desde que entendí que era un problema de

salud y que podía contagiar a más personas... no quería que me dijeran que lo tuvieron por mi culpa...

Fernando tuvo su primer encuentro sexual a los siete años con un compañero de la escuela, continuó teniendo novias durante toda la adolescencia, al poco tiempo entró en conflicto porque sentía que no era honesto con sus preferencias sexuales.

Sí, claro, tuve varias novias, e incluso llegué a tener relaciones sexuales con mujeres... Durante ese periodo de aceptación (remarca aceptación), ese periodo a mí me creaba un conflicto porque yo empecé muy tempranamente a tener relaciones sexuales, te digo me gustaban los hombres a los seis años y luego a los siete se me hizo con un compañero de la primaria, digo sólo unos besos y nos tocamos (pequeña risa), pero ya a los 14 años fue mi primer encuentro en serio con un amiguito... lo disfrutamos mucho, ¡imagínate! Ya siempre lo había deseado... ahora sí que a partir de que me definí... mmm, un par de años, fechas no me acuerdo exactamente, pero si fui promiscuo un par de años...

Esta situación lo orilló a ir a grupos de autoayuda a los 21 años, y una vez que se reconoce como homosexual, deja de tener novia y comienza a frecuentar espacios de esparcimiento de "ambiente gay", durante esos encuentros el uso de condón no estaba presente.

[...] Llegué incluso a estar en terapias, llegué a ir a grupos de autoayuda, no... me... encontraba, no estaba a gusto ni feliz con mi situación ni con mi vida... y decidí... mi naturaleza es ser una persona muy asertiva, entonces llegó un momento en el que yo dije ¿a ver?, pon en una balanza esto, ¿qué es lo que más te gusta?... La verdad es que pude yo haber seguido con mis prácticas ¿bisexuales?, pero no me sentía satisfecho; no me sentía satisfecho porque era...

Al conocer su diagnóstico positivo decide dejar de tener prácticas sexuales durante algún tiempo; sin embargo, una vez que acepta su condición reanuda sus prácticas sexuales, y en este sentido reconoce que ha tenido encuentros sexuales por placer sin uso de condón.

Mira te puedo decir que... incluso cuando yo me enteré en aquellos años, yo dejé de tener relaciones y de salir con gente, incluso hasta en un año. La verdad es que... no me interesaba mucho esa situación... la pasé muy mal, no podía aceptarlo, lo bueno es que después de mucho pensarlo, creo que pues yo lo busqué... Fíjate que hace unos años yo sí llegué a tener relaciones sin condón... Ya es cuestión de cada uno. Ya es cuestión de cada uno porque la verdad es que la gente que hace eso no

es una persona que está consciente del riesgo que uno corre y eso pues ya es decisión de cada uno, es personal ...

Aquí vale la pena señalar que estudios como el de Colfax *et al.* (2002) y el del Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC 2000) especifican que después de asumir el diagnóstico positivo al VIH se presenta una tendencia a disminuir el número de encuentros sexuales, existen cambios en las dinámicas sexuales y en ocasiones se asimila el uso correcto de condón; sin embargo, antes de esto se transita por un proceso de adaptación, ajuste y resignificación de qué es ser seropositivo.

Milton inició su vida sexual desde pequeño, aunque al principio no acepta sus preferencias y comienza a salir con algunas mujeres; experimenta su primer acercamiento con un hombre y considera que lo marcó de manera positiva; aquí nos hace eco las palabras de Hocquenghem cuando menciona que "la gran mayoría de los 'homosexuales' no tienen ni siquiera existencia consciente. Desde la infancia, el deseo homosexual es eliminado socialmente por una serie de mecanismos familiares y educativos" (Hocquenghem, 2009: 21).

Yo ya lo sabía desde hace mucho tiempo, desde hace mucho, mucho tiempo, desde hace, no sé... como a los cinco años, seis años... pero a la mejor yo no lo quise aceptar y todo eso, y pues un poco más grande estuve saliendo con niñas de mi edad y todo eso. Fueron varias veces que estuve saliendo con niñas, algunas veces tuve contacto sexual con niños que tenían mi edad y que, no sé, les llamaba también la atención y pasaban las cosas.... Pues me gustaba mucho estar con un amiguito de la escuela; cinco o seis años, me gustaba estar con él... él me buscaba mucho ...

A los ocho años tiene su primer contacto sexual y aunque reconoce que llegó a tener prácticas sexuales con mujeres, se identificó como homosexual; durante sus encuentros no hacía uso del condón, pues no estaba interesado en usarlo; tuvo una pareja sentimental por un periodo de 15 años y una vez que terminan comienza con una vida sexual muy activa, llegando a tener un promedio de 100 encuentros sexuales por año durante un periodo de cinco años.

[...] en aquellos años era una persona que echaba mucho desmadre, alcohólica... y tenía una pareja. No me metía con nadie más y... pues sí. Yo era una persona alcohólica, pero en ese tiempo más, era de viernes, sábado y domingo, cada ocho días. Ir a fiestas, estar con mis amigos y disfrutar el momento... pero, una vez que terminé con C, mi vida se desenfrenó... Y ahora sí, que fue de 2005 a 2010, como 100 parejas por año. Digo, por poner algún número, podrían ser menos o más... pero si fueron muchas, con algunas era frecuente, pero sí, podríamos decir que para redondear podrían ser 500 (risa)...

Al conocer el diagnóstico, refiere que disminuyó el número de parejas (dos por mes); en todas sus prácticas el uso de condón está presente sólo si la pareja sexual en el momento lo solicita, pues considera que es obligación de cada uno protegerse; en este sentido, reconocemos que "la responsabilidad del cuidado queda relegado a los miembros seronegativos, quienes tienen que evaluar si protegerse o no de una posible infección o bien exigir que usen profiláctico" (Bilder, 2008: 117).

Como te decía el otro día, cuando estoy con una pareja estable, pues no busco más, pero, por ejemplo, ahora ya le bajé al rollo, ahorita sí te podría decir que son contadas los encuentros que he tenido, más o menos unos dos o tres por mes, a veces es con la misma persona por dos o tres años, pero luego me aburro o nos hartamos y pues lo dejamos por la paz... Yo creo que el condón está para los que quieren protegerse y está bien, yo les pregunto, es mi forma, si ellos quieren, adelante, me lo pongo, pero si no, pues es su bronca ¿no? Yo no los voy a cuidar...

Diego tiene su primera experiencia sexual a los 14 años, con un vecino que vivía cerca de su casa; comienzan a hostigarlo y a burlarse de sus preferencias, por lo que deja de tener encuentros sexuales hasta que se muda a vivir a la Ciudad de México y termina la carrera de cirujano dentista; inicia una vida sexual muy activa (refiere a más de 300 parejas) y sólo disminuye el número de encuentros sexuales cuando tiene pareja estable.

O sea, apenas acabando la carrera comencé a explotar mis gustos, porque no había tenido yo parejas ni nada; sí había tenido aquella aventurilla, pero eso era cuando éramos chamacos de 13, 14 años... Entonces, pues empecé mis aventurillas y ver que era bien fácil ligármelos, y así fue como empecé yo con la actividad sexual dentro de lo que a mí me gustaba, y ahora sí que fue al máximo, me metí en todos los lugares de ambiente...

El uso de condón no es parte de sus hábitos cotidianos y una vez que conoce su diagnóstico positivo (1988), reconoce que redujo a un encuentro por mes durante cuatro años, a partir de 1992; comenta que ha llegado a tener algunos encuentros sexuales sin uso de condón y que sólo mantiene prácticas sexuales seguras con su pareja.

Pues hasta que conocí a mi actual pareja; que yo no sé cómo le hacía porque ahorita no es que te diga alguna vez si lo puedo hacer, pero no como aquellos tiempos; yo estaba trabajando y era martes de coctel, jueves de coctel, viernes, pues tenía yo que ir al antro, el sábado era como ir a pasar lista, el domingo era tardeada... y yo había veces que salía yo del antro a las cinco o seis, a las siete de la mañana estaba yo tra-

bajando y pues iba jueves, viernes, sábado y domingo y casi siempre, casi siempre, se daba algo con alguien... Como te digo, sí he tratado de mantenerme seguro con mi pareja, a veces él no ha querido y sí me he tenido que ir a buscar afuera, no te voy a decir que no, pero han sido muy pocas veces, tal vez como unas, no sé, ocho veces...

Después de saber que es seropositivo, Felipe decide no sostener prácticas sexuales por una temporada y sólo después de algunos meses regresa a tenerlas con una trabajadora sexual con la que, a la postre, llegó a tener una relación de amistad, el uso de condón se lleva a cabo sólo con su última pareja sentimental.

Pues como te digo, todo el tiempo que estuve con prostitutas lo hacía con condón, de hecho ellas me lo ponían (risa apenado), digo, tal vez con algunas no, pero fue poco (suspira), en fin, bueno, la cosa es que desde hace algunos años voy con F que, fíjate, se convirtió como en una especie de confidente, ahora sí que es como mi terapia (risas), digo, a veces lo hacemos, pero normalmente me la paso platicando, con ella sí es padre, platicar... y bueno con mi última pareja, pero, pues, la verdad es que lo hicimos algunas veces y, pues, siempre con condón, aunque bueno, tal vez, tal vez, alguna vez sí lo olvidé... antes de terminar, la verdad es que ya no se me paraba ¡No sé qué pasó! Yo creo que son los medicamentos, o bueno, es lo que quiero ver, pues no es que sea un semental, pero salvo la primera vez, ya que te platiqué cuando era chamacoco, pues ya no me había pasado...

Vicente inicia su vida sexual con un familiar a los siete años, unos años más adelante tiene una segunda experiencia con otro familiar.

[...] pero antes de eso sí había tenido experiencias y eso, pero no son así como bueno sí son prácticas sexuales finalmente, pero, este... realmente yo tenía... yo tenía como... no sé, unos mmm, estaba en segundo de primaria, ponle, como siete años cuando... cuando este... (chasquido con la boca) con un tío, empezaba a tener contactos con un tío. Mi tío era más grande que yo... pues, bueno, empezamos a tener contacto no recuerdo cuántos años me lleva de edad y, pues, bueno, con él empecé a tener experiencias y después un poquito más grande, a los 11, 12 años, igual con otro tío más grande, igual de por aquí al lado... pero eso terminó como cinco años después...

Cuando comienza a residir en la Ciudad de México, tiene más claro sus gustos y preferencias sexuales, y reconoce que por desconocimiento nunca utilizó condón en sus encuentros sexuales.

No, realmente nunca usé condón porque no, ni siquiera sabía de eso. Y aparte yo estaba muy niño y... (sube el tono de su voz poco a poco, alegre), no tenía idea si

mis tíos ya tenían idea de que existía. Y si ya existía era como que de ahmmm... eehh... como que no tan fácil de conseguirlo, probablemente. Pero no, nunca usamos ningún condón... luego ya estando aquí en la ciudad llegué a ponérmelo como dos o tres veces, pero se sentía raro, no que me apretara (risa avergonzada), sino que, creo que sí se siente diferente...

Por último, considera que el uso de condón no es un factor que esté relacionado con su diagnóstico positivo al VIH y en el momento de la entrevista aceptó que ocasionalmente lo utiliza, pues sólo lleva a cabo prácticas de sexo oral y no considera necesario usar condón; aquí podemos comentar que si bien existe un riesgo mínimo de transmisión de VIH, hay mayor probabilidad de infección por otras infecciones de transmisión sexual (ITS) (Smith *et al.*, 2005).

Ah... hídole, bueno, no recuerdo cuándo exactamente, pero ya fue aquí. Ya, bueno después de los 15, 16 años. La primera vez que tuve sexo ya con una persona, ya totalmente ajena, ya pues no usé condón. Eehh... hubo algunas otras ocasiones que tampoco me lo puse (lo dice sosteniendo el aire en el estómago); después ya me di cuenta de que tenía que usarlo, porque pues era, era pues era importante, era bueno, tenía que usar... Bueno, eso ya fue ya de ya que tenía como que más conciencia de lo que estaba haciendo, y yo creo que ya tenía unos 18 años, o igual y ya era más tarde... Entonces hubo un momento en que sí, consideré que tenía que usar protección. No creo que la infección se haya dado antes de esa fecha. Yo más bien creo que la infección fue usando preservativo... pues, mira, ahorita así, como sé que no debo tener prácticas de alto riesgo, que es lo que me ha dicho el doctor, pues trato de satisfacerme con el oral...

Consideraciones finales

Como se puede apreciar, en este estudio se observó que existe una clara desigualdad en el uso y ejercicio del poder en el inicio de la vida sexual, pues algunos la iniciaron en la infancia con personas adultas y de la familia; y aunque esto podría identificarse como relación consensuada, no se puede ignorar la desigualdad de poder existente por parte del adulto, sobre el menor, ya que se considera abuso.

Por otro lado, en la mayoría de los casos se encontró, como en el estudio de Caballero *et al.* (2016), que independientemente al tipo de práctica o preferencia sexual, hay una disminución de parejas sexuales una vez que conocen su seropositividad. Sin embargo, aunque identifican el diagnóstico y saben las implicaciones, aceptan que no siempre utilizan condón durante sus prácticas sexuales; por tanto, es importante enfatizar que la ausencia de síntomas provoca que las personas que viven con VIH no identifican que pueden transmitir el virus. En este contexto, y en concordancia con Caballero *et al.* (2016), se reconoce que el grupo de hombres

homosexuales tuvo en promedio el mayor número de parejas sexuales, tanto antes como después del diagnóstico; sin embargo, como se especificó en uno de los casos, no se podría hablar de promiscuidad,¹⁸ pues aparte de constatar que dicho concepto es un producto científico, moral e ideológico, también nos demuestra que es “una cuestión de calidad, no de cantidad, una sola relación sexual permite la infección si no se toman medidas para evitarlo. Y, al contrario, es posible tener cientos de relaciones sexuales sin infectarse (siempre y cuando se tomen las medidas adecuadas)” (Guasch, 2006: 85). Si bien este estudio se realizó con un grupo de personas que cuentan con seguridad social, trabajo y condiciones socioeconómicas estables, sería necesario contrastarlo en grupos con otro tipo de circunstancias.

Asimismo, se observa que en varios de los casos se aceptó llevar a cabo prácticas sexuales de alto riesgo antes y después del diagnóstico positivo, lo cual enfatiza las actividades o conductas de riesgo relacionadas con la posibilidad de contraer o transmitir el VIH; en consecuencia, nos adherimos a la propuesta de Piña (2004: 23) cuando menciona que “las actividades o conductas de riesgo consiste en tener relaciones sexuales con múltiples parejas —estables u ocasionales— y no usar efectiva y consistentemente condón en todas y cada una de sus relaciones sexuales con penetración”.

Por otro lado, encontramos que los conceptos de estigma y rechazo están íntimamente relacionados con el virus (Barbieri *et al.*, 2005; Kübler-Ross, 1997; Lara y Mateos, 2003; Marzán y Varas, 2001; Orozco-Núñez *et al.*, 2015, y Sontag, 1996), por lo que en general ocultan su diagnóstico a todos los elementos de su entorno social cercano. Lo anterior cobra relevancia porque “el miedo al rechazo y a la estigmatización dentro del hogar y en la comunidad local, son barreras para que las personas que viven con VIH revelen su seropositividad” (Bello *et al.*, 2006: 2); además, encontramos que algunos mantienen en el anonimato sus preferencias sexuales, y se observó que varios casos refirieron haber vivido situaciones de discriminación, miedo, estigmatización y rechazo debido a sus gustos, inclinaciones y orientaciones sexuales. Por tanto, reconocieron que durante varios años tuvieron que mantenerlo en secreto tanto con sus familiares como con el grupo laboral en el que convivían de manera cotidiana.

Cabe enfatizar que en su mayoría, el estigma cobra sentido, ya que se esfuerza por disimular, ocultar o reprimir las preferencias sexuales traducéndose como una “obligación de mentir a los demás, incluso a los más próximos —a la familia, a los padres—; produce una ‘tensión intolerable’ que no puede por menos de tener efectos profundos sobre la personalidad individual, sobre la subjetividad”

¹⁸ En este sentido, Guasch (1993: 117) especifica que el término es inválido, puesto que “es una construcción cultural indefinida. No se sabe a partir de qué número de relaciones sexuales la persona puede ser definida como promiscua. En cualquier caso, respecto al sida, la noción de promiscuidad es inoperante para prevenirlo, puesto que con una sola relación sexual de riesgo la infección es posible”.

(Eribon, 2001: 140). "Por consiguiente, decir es hacer. Pero entonces es posible 'ser' homosexual, con tal de no decirlo y, por tanto, no dejar que se suponga que se tiene la intención de practicar actos homosexuales" (Eribon, 2001:78), pues el solo hecho de ser "desacreditable" (y de saber que lo es, y de temer que lo "desacrediten") actúa, en efecto, sobre el consciente y el inconsciente de los individuos como una fuerza de subyugación y de dominación interiorizada, redoblada por la angustia de ser descubiertos y por la autocensura necesaria para no serlo" (Eribon, 2001:97).

En este contexto, consideramos necesario el estudio del estigma por medio de los métodos etnográficos, ya que "1) muchos tópicos relacionados con el estigma pueden ser evitados inicialmente y sólo surgir con el contacto etnográfico prolongado; 2) los etnógrafos pueden observar aquello que choca con lo afirmado explícitamente por los informantes, y 3) se consideran esenciales las perspectivas de otros informantes clave" (Hsin Yang *et al.*, 2007: 14-15).

Por último, retomando a Izazola (1994), Szasz y Lerner (1998) y Viveros (2002), se observó que algunos otros, reconocieron que construyeron su identidad sexual a partir de que sostuvieron prácticas sexuales tanto con hombres como con mujeres en algún momento de la vida. Así podemos concluir, como específica Grimberg (2003), que el VIH-sida es una construcción social e histórica compleja que debe ser abordada desde múltiples dimensiones de estudio, ya que es un padecimiento que se articula tanto individual como colectivamente; en este contexto, conocer las formas cotidianas de convivencia nos proporciona descripciones sobre las experiencias de vida y, con ello, indagar si existen matices de individualidad frente a la enfermedad.

Referencias bibliográficas

- Aggleton, Peter, R. Parker, y Mirima Maluwa (2003), *Stigma, Discrimination and HIV/AIDS in Latin America and the Caribbean*, Washington, D. C., Inter-American Development Bank-Sustainable Development Department Technical Papers Series, pp 1 -20.
- Banks, Marcus (2010), *Los datos visuales en investigación cualitativa*, Madrid, Morata.
- Barbieri, A. L., A. A. Machado, y M. A. de Castro Figueiredo (2005), "Differential study of the beliefs concerning home care and death among relatives caring for patients with HIV/AIDS and cancer", *Psicologia, saúde e doenças*, vol. 6, núm. 2, pp. 157-163.
- Bayón, C., y M. M. Mier y Terán Rocha (2010), *Familia y vulnerabilidad en México. Realidades y percepciones*, México, IIS-UNAM.
- Bello Pérez, M., O. I. G. Cruz, y T. Y. F. Toledo (2006), El VIH/sida: una dolencia marcada por el estigma y la discriminación, *Medicentro Electrónica*. Recupe-

- rado de: <<http://www.medicentro.sld.cu/index.php/medicentro/article/viewFile/800/812>>, consultada el 22 de julio 2019.
- Berger, Peter, y Thomas Luckmann (1999), *La construcción social de la realidad*, Buenos Aires, Amorrortu.
- Bilder, P. (2008), "VIH-sida y parejas serodiscordantes: aproximaciones a los miembros negativos desde la perspectiva bio-médica", *Actualizaciones en sida*, vol. 16, núm. 61, pp. 113-119.
- Busso, Gustavo (2001), "Vulnerabilidad social: nociones e implicancias de políticas para Latinoamérica a inicios del siglo XXI", documento presentado en el Seminario Internacional "Las diferentes expresiones de la vulnerabilidad social en América Latina y el Caribe", Santiago de Chile, 20 y 21 de junio.
- Caballero Suárez, N. P., E. Rodríguez Estrada, M. C. Iglesias Chiesa, G. Reyes Terán, y A. Riveros Rosas (2016), "Patrón de conductas sexuales antes y después del diagnóstico de VIH en población mexicana", *Psicología y Salud*, vol. 26, núm. 2, pp. 283-293.
- Chambers, R. (1989), "Vulnerability, Coping and Policy", *IDS Bulletin*, vol. 20, núm. 2, pp. 1-7
- Colfax, G., S. Buchbinder, P. Cornelisse, E. Vittingoff, K. Mayer, y C. Celum (2002), "Sexual risk behaviors and implications for secondary transmission during and after HIV seroconversion", *Acquired Immune Deficiency Syndrome*, vol. 16, pp. 1529-1535.
- Collignon-Goribar, M. M. (2009), "Construcción social de la sexualidad y el sida en el México contemporáneo", *Renglones, revista arbitrada en ciencias sociales y humanidades*, núm. 60, pp. 1-16. Recuperado de: <https://rei.iteso.mx/bitstream/handle/11117/248/maria_martha_collignon.pdf?sequence=2>.
- Consejo Nacional de Población (CONAPO) (2000). Recuperado de: <http://conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/CRPD_2015/Documentos_Relacionados/FBP5/files/assets/basic-html/page75.html>.
- Delgadillo Martínez, Ruth (2007), "Análisis procesual del impacto del VIH/sida y su representación en personas seropositivas", *Psicología Iberoamericana*, vol. 15, núm. 2, pp. 30-37. Recuperado de: <<http://www.uia.mx/web/files/publicaciones/ripsic/ripsic15-2.pdf#page=31>>.
- Eribon, Didier (2001), *Reflexiones sobre la cuestión gay*, Barcelona, Anagrama (Colección Argumentos).
- Flick, Uwe (2004), *Introducción a la investigación cualitativa*, Madrid, Ediciones Morata.
- Flores Palacios, Fátima, Manuel Almanza Avendaño, y Anel Gómez San Luis (2008), "Análisis del impacto del VIH/sida en la familia: una aproximación a su representación social", *Psicología Iberoamericana*, vol. 16, núm. 2, pp. 6-13. Recuperado de: <<http://www.uia.mx/web/files/publicaciones/ripsic/ripsic16-2.pdf#page=7>>.

- Foucault, M. (2000), *Los anormales*, México, FCE.
- Glaser, B. G., y A. L. Strauss (1967), *The Discovery of Grounded Theory: strategies for qualitative research*, Nueva York, Aldine.
- Geertz, Clifford (1992), *La interpretación de las culturas*, Barcelona, Gedisa.
- Gordillo Fernandez, Aracely, Leslie Camargo Vargas, Silvia E. Yugar Jiménez, y José Silva (2005), "Eficacia en el uso del condón contra la infección del VIH-sida", *Revista Medicis*, núm. 1, pp. 44-45. Recuperado de: <http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1818-52232005000100012&lng=es&nrm=iso>, consultada el 7 de abril, 2019.
- Grimberg, M. (1999), "Sexualidad y relaciones de género: una aproximación a la problemática de la prevención al VIH-sida en sectores populares de la ciudad de Buenos Aires", *Cuadernos Médico Sociales*, núm. 75, pp. 65-76.
- (2000), "Género y VIH-sida. Un análisis de los diferenciales de género en la experiencia de vivir con VIH", *Cuadernos Médico Sociales*, núm. 78, pp. 41-54.
- (2003), "Narrativas del cuerpo. Experiencia cotidiana y género en personas que viven con VIH", *Cuadernos de Antropología Social*, núm. 17, pp. 77- 99.
- Guasch, Óscar (1993), "Para una sociología de la sexualidad", *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, núm. 64, pp. 105-121.
- (2006), *Héroes, científicos, heterosexuales y gays. Los varones en perspectiva de género*, Barcelona, Bellaterra.
- Guía para la atención médica de pacientes con infección por VIH/sida en consulta externa y hospitales* (2000), México, Conasida/IMSS/ISSSTE /INI/DIF/SSA.
- Hamui Sutton, Liz (2011), "Las narrativas del padecer: una ventana a la realidad social", *Cuicuilco*, vol. 18, núm. 52, pp. 51-70.
- Herrera, C., y L. Campero (2002), "La vulnerabilidad e invisibilidad de las mujeres ante el VIH/sida: constantes y cambios en el tema", *Salud Pública de México*, vol. 44, núm. 6, p. 554-564.
- Hocquenghem, G. (2009), *El deseo homosexual*, Santa Cruz de Tenerife, Melusina.
- Hsin Yang, Lawrence, Arthur Kleinman, Bruce Link, Jo Phelan, Sing Lee, y Byron Good (2007), "Cultura y estigma: la experiencia moral", *Este País*, núm. 195, pp. 4-15.
- Infante, César, Ángel Zarco, Silvia Magali Cuadra, Ken Morrison, Marta Caballero, y Mario Bronfman (2006) "El estigma asociado al VIH/sida: el caso de los prestadores de servicios de salud en México", *Salud Pública de México*, vol. 48, núm. 2, pp. 141-150. pp. Recuperado de: <http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003636342006000200007&lng=es>, consultada en julio de 2019.
- Izazola Licea, José Antonio (1994), "La bisexualidad", en *Antología de la sexualidad humana*, vol.1, México, CONAPO/Porrúa, pp. 633-671.
- , L. Astrola, J. Beloqui, M. Bronfman, P. Chequer, y F. Zacarías (1999), "Avances en la comprensión del VIH/sida: una visión multidisciplinaria", en J. A. Izazola,

- (ed.), *El sida en América Latina y el Caribe: una visión multidisciplinaria*, México, Fundación Mexicana para la Salud, pp. 21-44.
- Kaztman, Rubén (2000), *Notas sobre la medición de la vulnerabilidad social*, Montevideo, Universidad Católica del Uruguay (Colección Aportes Conceptuales, 2). Recuperado de: <https://ucu.edu.uy/sites/default/files/facultad/dcsp/vulnerabilidad_social.pdf>, consultada en julio de 2019.
- Kendall, Tamil, A. Castillo, C. Herrera, y L. Campero (2015), "El uso inconsistente del condón en mujeres mexicanas que viven con VIH: un reto para los servicios de salud", *Salud Pública de México*, núm. 57, pp. 183-189.
- Kübler-Ross, Elisabeth (1997), *AIDS: The Ultimate Challenge*, Nueva York, Touchstone.
- Lara y Mateos, Rosa María (2003), "Padecimiento y estilo de vida estigmatizados: el caso de algunos hombres que tienen sexo con hombres (HSH) seropositivos de escasos recursos del puerto de Veracruz", tesis de doctorado en antropología social, ENAH, México.
- Leyva, René, y Martha Caballero (2009), *Las que se quedan: contextos de vulnerabilidad a ITS y VIH/sida en mujeres compañeras de migrantes*, México, Instituto Nacional de Salud Pública.
- , F. Quintino, C. Infante, y M. Caballero (2009), "Migración Internacional y VIH/sida en México", en *El estado de la migración. Las políticas públicas de la migración mexicana a Estados Unidos*, México, Conapo, pp. 249-264.
- Lizarraga, Xavier (2003), *Una historia sociocultural de la homosexualidad. Notas sobre un devenir silenciado*, México, Paidós.
- Magis, C., E. Bravo, y P. Rivera (2000), "El sida en México en el año 2000", en P. Uribe y C. Magis (eds.). *La respuesta mexicana al sida: mejores prácticas*, México, Conasida.
- y Carlos del Río Chiriboga (2000), "Epidemiología del VIH y del sida en México", en Samuel Ponce de León y Sigfrido Rangel Frausto (coords.), *Sida, aspectos clínicos y terapéuticos*, México, Mc Graw-Hill Interamericana, pp. 1-10.
- Marqués, D. J., S. Rodríguez, y L. Matías (2007), "Entre la razón y la pasión: la intimidad sexual en parejas heterosexuales ante la empresa preventiva del VIH/sida", *The Qualitative Report*, vol. 12, núm. 4, pp. 658-679. Recuperado de: <<http://www.nova.edu/ssss/QR/QR12-4/marqués.pdf>>, consultada el 3 de abril 2019.
- Martínez Ramírez, Florencia Adriana, Martha Villaseñor Farías, y Alfredo Celis de la Rosa (2001), "El condón masculino y su eficacia. Información y creencias en adolescentes escolares", *Revista Médica IMSS*, vol. 40, núm.1, pp. 35-41.
- Marzán Rodríguez, M., y N. Varas Díaz, (2001, "Las dificultades de sentir: el rol de las emociones en la estigmatización del VIH/sida", *Forum, Qualitative Social Research/Forum, Qualitative Sozialforschung*, vol.7, núm. 4, pp. 1-17.

- Maticka-Tyndale, E., B. D. Adam, y J. Cohen (2002), "Sexual desire and practice among people living with HIV and using combination anti-retroviral therapies", *The Canadian Journal of Human Sexuality*, vol. 11, núm. 1, pp. 33-40.
- Oliva Linares, José E., Celia Bosch Salgado, Rosario Carballo Martínez, y José E. Fernández-Britto Rodríguez, (2001), "El consentimiento informado, una necesidad de la investigación clínica en seres humanos", *Revista Cubana de Investigación Biomédica*, vol. 20, núm. 2, pp. 150-158
- ONUSIDA (2017), *Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida*. Recuperado de: <<http://www.unaids.org/es/resources/campaigns/HowAIDSchangeeverything/factsheet>>, consultada el 3 de abril 2019.
- Orozco Núñez, Emanuel, Jacqueline Elizabeth Alcalde Rabanal, José Arturo Ruiz Larios, Héctor Sucilla Pérez, y Rodrigo García Cerde (2015), "Mapeo político de la discriminación y homofobia asociadas con la epidemia de VIH en México", *Salud Pública México*, núm. 57, supl. 2, pp. 190-196.
- Parker, R., y Peter Aggleton (2003), "HIV and AIDS-related stigma and discrimination: a conceptual framework and implications for action", *Social Science & Medicine*, vol. 57, núm. 1, pp. 13-24.
- Pérez-Jiménez, D., A. E. Montalvo, y M. Aponte (2010), "Desarrollo de una intervención grupal para la prevención del VIH en parejas heterosexuales", *Revista Puertorriqueña de Psicología*, vol. 21, núm. 1, pp. 7-34.
- Piña López, Julio Alfonso (2004), "Eventos disposicionales que probabilizan la práctica de conductas de riesgo para el VIH/sida", *Anales de Psicología*, vol. 20, núm. 1, pp. 23-32.
- Reis, R. K., E. S. Melo, y E. Gir (2016), "Fatores associados ao uso inconsistente do preservativo entre pessoas vivendo com HIV/Aids". *Revista Brasileira de Enfermagem*, vol. 69, núm. 1, pp. 40-46.
- Schütz, Alfred (1995), *La construcción significativa del mundo social*, Barcelona, Paidós.
- Smith, D. K., L. A. Grohskopf, R. J. Black, J. D. Auerbach, F. Veronese, K. A. Struble *et al.* (2005), "Antiretroviral postexposure prophylaxis after sexual, injection-drug use, or other nonoccupational exposure to HIV in the United States: recommendations from the US Department of Health and Human Services", *MMWR. Recommendations and Reports* 54(RR-2), pp. 1-20.
- Sontag, Susan (1996), *La enfermedad y sus metáforas. El sida y sus metáforas*, Madrid, Taurus.
- Szasz, Ivonne, y Susana Lerner (comps.) (1998), *Sexualidades en México. Algunas aproximaciones desde la perspectiva de las ciencias sociales*, México, El Colegio de México.
- Taylor, S., y R. Bogdan (1996), "La entrevista en profundidad", en *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*, México, Paidós, pp.100-120.

- Urzúa Morales, Alfonso, y Patricia Zúñiga Barreda (2008), "Vulnerabilidad al VIH en mujeres en riesgo social", *Revista de Saúde Pública*, vol. 42, núm. 5, pp. 822-829.
- Varguillas, Carmen Siavil, y Silvia Ribot de Flores (2007), "Implicaciones conceptuales y metodológicas en la aplicación de la entrevista en profundidad", *Laurus*, núm. 23, pp. 249- 262.
- Velásquez Vélez, Sergio, y Beatriz Bedoya Serna (2011), "Los jóvenes: población vulnerable del VIH/SIDA", *Medicina UPB*, vol. 29, núm. 2, pp. 144-154.
- Viveros, Mara (2002), *De quebradores y cumplidores: sobre hombres, masculinidades y relaciones de género en Colombia*, Bogotá, Centro de Estudios Sociales-Facultad de Ciencias Humanas-Universidad Nacional de Colombia.