

Masculinidades, reconocimiento, discriminación y VIH. Perspectiva sociosanitaria en México

Por Luis Manuel Rodríguez Otero y María Gabriela Lara Rodríguez

Luis Manuel Rodríguez Otero. Facultad de Trabajo Social de Culiacán. Universidad Autónoma de Sinaloa, México.

María Gabriela Lara Rodríguez. Hospital General de Zona con Medicina Familiar n° 6 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Nuevo León, México

Introducción

El Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) es una Infección de Transmisión Sexual (ITS), por la cual se produce una disminución o anulación del sistema inmunitario de forma progresiva, hasta alcanzar un estadio de inmunodeficiencia, desarrollando el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). El VIH se caracteriza por su transmisión a través del intercambio de fluidos mediante relaciones sexuales (vaginales, anales u orales), contacto sanguíneo (transfusión o uso de instrumentos punzantes) o de forma vertical (embarazo, parto o lactancia); así como por la inexistencia de cura y su clasificación como enfermedad crónica, vinculada al tratamiento antirretroviral (Castillo, Pérez y Franch, 2018).

Desde su descubrimiento en la década de los ochenta, la identificación de grupos de riesgo ha variado considerablemente, debido especialmente por el impacto de cuestiones culturales, políticas y sanitarias. No obstante en la actualidad los hombres que tienen sexo con hombres (HSH), las personas transgénero, los/as trabajadores/as sexuales (PTS), las personas que nacieron con VIH y los adultos con más de 20 años viviendo con la infección, consumidores de drogas inyectables (PUDI), las mujeres, los adolescentes y los jóvenes, las personas privadas de la libertad (PPL), las poblaciones móviles y las mujeres embarazadas (así como la población indígena en el caso de México), representan los principales grupos vulnerables (Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el sida [CENSIDA], 2014).

La masculinidad hegemónica refiere a la definición del ser hombre a partir la legitimidad del patriarcado, el cual garantiza tanto la dominación del hombre como la subordinación de la mujer (Connell, 2019). Tal disposición se configura mediante tres grandes supuestos:

1. la subordinación de la mujer, la legitimidad de la dominación masculina y la existencia de resistencias a las relaciones de poder,
2. la división sexual del trabajo con base en la relación del carácter del capital y el género (funciones productivas y reproductivas) y
3. en cuanto a la diferenciación entre el deseo como parte del género y las implicaciones consensuales o coercitivas del hombre, así como la jerarquización de los hombre con base al deseo (orientación sexual). Es decir, como menciona Sanfélix (2011), “es la practicada

por los varones heterosexuales que monopolizan el poder, el prestigio y la autoridad legítima” (p. 231).

Esta categoría revela la existencia de masculinidades alternativas como la masculinidad subordinada, la cual alude a divergencias identitarias (objeto de exclusión, violencia y discriminación) con base en criterios de expresión y orientación sexual (incluyendo la homosexualidad y la transexualidad). Por otro lado la masculinidad cómplice, es decir la que representa a hombres cuyas prácticas de la masculinidad no se encuadran totalmente en el patrón hegemónico (estándares normativos), pero hacen uso de sus ventajas por el hecho de ser hombres y por la subordinación de las mujeres (dividendos patriarcales). En otro orden se encontraría la masculinidad marginada, la cual se basa en la estratificación por parte del grupo dominante con base en criterios relacionados con la clase social y/o cuestiones étnicas (Connell, 2019).

De esta forma, se advierte que las representaciones que difieren del modelo hegemónico, representan un colectivo de especial interés en cuanto a tales situaciones de vulnerabilidad; por lo que como señalan diferentes autores la perspectiva de género índice de forma transversal en los aspectos vinculados con la salud y por ende respecto al VIH/SIDA (Santos, Couto, Mathias y Grangeiro, 2020).

La imagen social del VIH-SIDA se caracteriza por una fuerte carga estigmatizante que recae sobre la enfermedad y las personas portadoras del virus, lo cual hunde sus raíces en lo que Aggleton y Parker (2002) -haciendo referencia a Goffman- denominan identidades devaluadas (estigma), que en el caso del VIH conjuga dos de las tipologías descritas por el autor (abominaciones del cuerpo y tribales) en cuanto a los efectos físicos que tiene el síndrome en los pacientes (lipodistrofia, Sarcoma de Kaposi, etc) y la carga negativa hacia los colectivos más vulnerables (trabajadores/as sexuales, comunidad LGTBI, personas toxicodependientes, etc). Esto se articula a través de un proceso social, contextual, histórico y estratégico basado en la producción y reproducción del mismo a través de los procesos de socialización (primaria, secundaria y terciaria). Dicho proceso jerarquiza a la población con base en la desigualdad mediante un mecanismo secuenciado (identificación, valoración negativa, generalización causal y devaluación), en el que los prejuicios, los estereotipos, el rechazo y el menosprecio son determinantes, siendo el reconocimiento la piedra angular, el cual puede ser abordado desde un enfoque monista (Honneth, 2010) y dialógico (Fraser y Honneth, 2006).

Respecto al primero, Honneth (2010) señala que el reconocimiento se compone de tres esferas. Por un lado, la del amor, la cual se basa en el principio de atención de la necesidad; se alcanza mediante la autoconfianza y hace uso del maltrato como vía del desprecio. Por otro lado la ley, cuyo principio de atención es la igualdad, hace uso del auto-respeto para la autorrealización y de la desposesión de derechos para el desprecio. Finalmente, la esfera de la solidaridad, en la cual el mérito es el principio de atención, la autoestima el medio para la autorrealización y la degradación (estigmatización) la forma de materializar el desprecio (Honneth, 2010).

Sin embargo, Fraser realiza otra propuesta basada en la premisa de que el reconocimiento subyace en la identificación de las injusticias culturales materializadas a través de la dominación cultural, el no reconocimiento y la falta de respeto, las cuales se conjugan con las injusticias de tipo económico (explotación, marginación y deprivación), operando desde la noción de redistribución y las políticas económicas devengadas como el acceso al sistema de salud, al empleo o a la vivienda, entre otros (Fraser y Honneth, 2006).

Con base a lo anteriormente expuesto subyacen las siguientes preguntas de investigación:

1. ¿cómo reconocen los profesionales sociosanitarios que laboran en infectología en el IMSS de Nuevo León a las personas seropositivas?,
2. ¿cuál es la percepción que tienen los profesionales sobre el estigma asociado a las personas con VIH?,
3. ¿qué imaginario tienen los profesionales sobre el origen del VIH?,
4. ¿cómo representan los profesionales el perfil de las personas seropositivas? y
5. ¿qué influencia tiene la masculinidad hegemónica en las representaciones de los profesionales?

Es por ello que se propone una investigación con el objetivo de analizar el imaginario que tienen los profesionales del ámbito de la salud sobre el VIH y las personas seropositivas.

Estado de la cuestión

En lo que refiere al contexto de Nuevo León (México), se observa que la mayor parte de los estudios realizados sobre el VIH versan sobre los efectos en la salud de los pacientes (Moral, Ramos-Basurto y Segovia-Chávez, 2015; Sotomayor-Duque, 2018; Guzmán, Bermúdez y López, 2017), el apego al tratamiento, la prevención del contagio (Torres, Torres, Onofre-Rodríguez y Vázquez, 2018), la mortalidad de pacientes con VIH (Bravo-García y Ortiz-Pérez, 2016), la exclusión laboral (Moral y Segovia, 2015), el imaginario sobre el VIH difundido en medios de comunicación (Sánchez, Blanco, Luis y Lozano, 2016) y la reacción de los pacientes ante el diagnóstico (Konstantinidis y Garza, 2008).

El análisis realizado sobre la literatura científica sobre el VIH permite identificar que, en el contexto mexicano y especialmente en Nuevo León, el imaginario de los profesionales sociosanitarios sobre las personas seropositivas no ha sido abordado, así como en cuanto a los efectos del tipo de reconocimiento que poseen. Al respecto, a nivel internacional solamente se han identificado tres estudios: uno en Colombia, que aborda la perspectiva del reconocimiento y el desprecio desde la perspectiva de los pacientes HSH (Marín y Posada, 2020), el segundo en Indonesia, que aborda el tema desde la moral y la esfera de la solidaridad con mujeres (Halimatusa'diyah, 2019) y otro, que a nivel teórico discute la relación entre el reconocimiento legal y los procesos de emancipación (Vilches, 2019).

Metodología

Partiendo del paradigma fenomenológico, una perspectiva epistemológica subjetivista y una perspectiva teórica interpretativa, se presenta una investigación cualitativa mediante un diseño basado en el análisis de contenido (Tojar 2006).

La población objeto de estudio son los profesionales que laboran en un hospital de segundo nivel del IMSS de Nuevo León y que conforman (de forma directa o indirecta) el equipo de medicina interna de infectología (perspectiva ETIC del VIH). Se utilizó un muestreo de expertos para obtener una muestra de 6 profesionales.

Tabla 1. Características sociodemográficas de la muestra.

Profesional	Edad	Sexo	Área	Años experiencia IMSS	Años experiencia equipo
C 1	52 años	Mujer	Asistente medicina	25 años	10 meses
C 2	38 años	Mujer	Enfermería	10 años	7 meses
C 3	33 años	Hombre	Medicina Infectología	1 año	1 año
C 4	38 años	Mujer	Medicina Interna	4 años	2 años
C 5	36 años	Mujer	Química farmacológica	2 años	2 años
C 6	40 años	Mujer	Trabajo Social	10 años	2 años

Como técnica de recogida de datos se utilizó la entrevista estructurada (Tójar, 2006), la cual versaba sobre el imaginario que tienen de las personas seropositivas, el origen del virus, el perfil de los pacientes que reciben tratamiento en el hospital y la percepción que tienen acerca del estigma asociado al VIH.

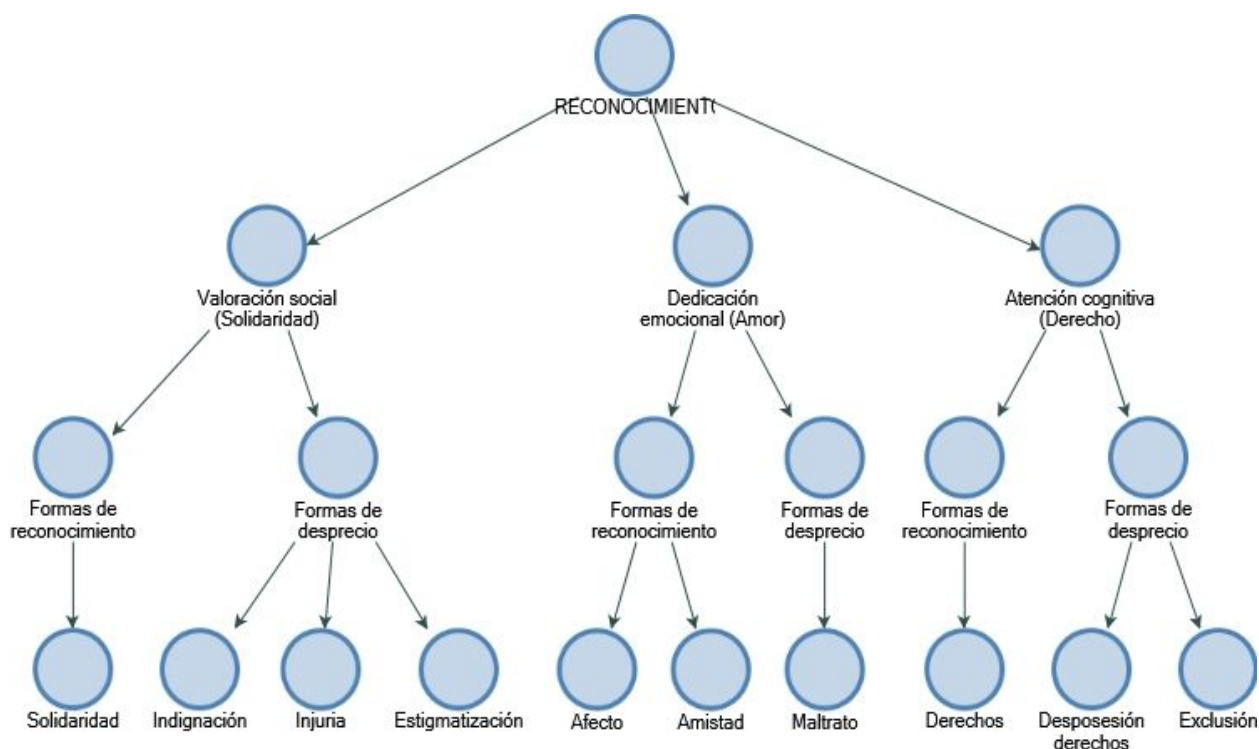
Las entrevistas se realizaron entre septiembre y diciembre de 2019 y su duración varió de entre 60 a 90 minutos. Se realizaron en las inmediaciones del Hospital, en un espacio cedido por la organización que reunía los requisitos ambientales necesarios para su desarrollo.

Para el tratamiento de los datos se utilizó tanto un proceso de categorización axial como emergente y el método comparativo constante: codificación, definición del sistema de categorías y análisis e interpretación de datos (Tójar 2006).

El proceso de categorización consistió en identificar nociones relativas a las esferas del reconocimiento expuestas por Honneth (2010) -ver Figura 1-.

Asimismo, en el proceso emergente se utilizaron como unidades de análisis las metacategorías sobre el imaginario: orígenes del VIH, perfil de los pacientes seropositivos y percepción sobre el estigma asociado al VIH.

Figura 1. Categorías de reconocimiento.



Fuente: a partir de Honneth (2010).

También se realizó un análisis comparativo en función a la profesión de cada participante. Por otro lado, para asegurar la correcta implementación de la investigación se informó a los participantes sobre el objeto de la entrevista y el proceso de obtención de datos, así como de anonimización de los datos personales a través de un proceso de codificación, haciendo uso -para ello- del consentimiento informado, respetando así los criterios éticos (Tójar, 2006). También se aplicó la norma que establece la disposición para la investigación en salud en el Instituto Mexicano del Seguro Social 2000-001-009, así como la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, la cual está basada en la Declaración de Helsinki.

Resultados

A través de las entrevistas realizadas a los profesionales se indagó sobre la percepción que poseían respecto al VIH, su origen y causas. Las respuestas obtenidas denotan que, a nivel general, la mayor parte de los consultados define el VIH como un virus o una enfermedad crónica. Así se identifican profesionales que asocian su origen a un proceso de transmisión animal hacia humanos (C3; C6), otros que lo vinculan a un proceso biotecnológico creado por el hombre (C4; C6) y el resto de la muestra indica que desconoce su origen. Por otro lado se constata que tienen un conocimiento claro en cuanto a las vías a través de las cuales se transmite el VIH, identificando la vía sexual y sanguínea como principales medios de transmisión. No obstante, destaca que solamente tres profesionales (C3; C4; C6) identifican la transmisión vertical y una entrevistada identifica erróneamente la transmisión a través de la saliva (C1):

Desde sus orígenes, el virus hizo una especie de mutación, el virus se originó de un virus, de un retrovirus es de la familia a la pertenece estos virus que estaba en los monos esta parte, una de las partes de África donde había manipulación de la carne, los que manipulaban tenían heridas, entonces este virus entro contacto con estas heridas y tubo hay unos cambios morfológicos y se adaptó al humano. Pero al mismo tiempo en esas zonas había también otro tipo de comercio. Comercio sexual eso permitió que también el virus se fuera diseminando por otras vías, como la vía de trasmisión sexual. Pero a lo largo de evolución ha tenido diferentes tipos de poblaciones a las que ha ido afectando con mayor cantidad (C3).

A través de la historia nos hemos dado cuenta que todos los que son virus altamente mutantes y resistentes normalmente no han sido naturales, han sido creados [...] el VIH como siempre y sencillamente antes no había y de repente “pum”. Yo pienso del VIH no hay ninguna prueba pero yo también pienso que fue una creación, pero pues ya que, ósea ya el chiste es cuidarse. Si lo veo como que ya esto es una pandemia (C4).

Que es por transmisión sexual, por sangre, saliva también verdad.... Hasta ahí estoy informada (C1).

Las respuestas identificadas denotan que los profesionales con mayor cualificación y contacto con pacientes, es decir los que conforman el equipo de atención a pacientes con VIH (doctores/as y trabajadora social), poseen un mayor nivel de conocimiento, mientras que el personal con menor cualificación (asistente médico) denota una mayor interiorización de mitos o falsas ideas sobre las formas de transmisión del VIH. Así, estos resultados constatan que la formación respecto al VIH/SIDA en la totalidad del personal sanitario resulta especialmente importante como medio de prevención de mitos y estereotipos que favorecen los procesos de estigmatización (Campillay y Monárdez, 2019).

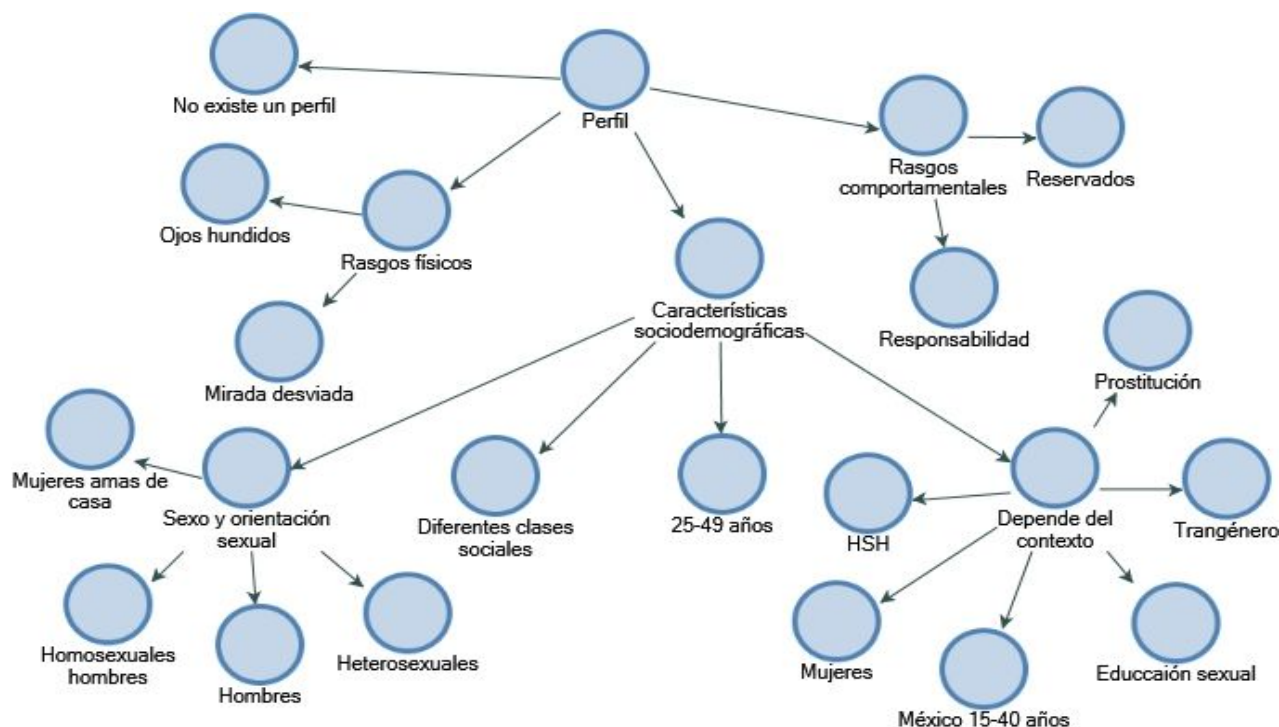
En cuanto al imaginario de la muestra sobre el perfil de las personas seropositivas, se observa que existen dos posturas.

La primera afirma que no existe un perfil de personas seropositivas ya que depende de las características socioculturales de cada territorio y de las políticas de educación sexual existentes (C3), señalándose que en el caso de Nuevo León, la población vinculada -tanto como clientes o como servidores/as a la prostitución (hombres, mujeres y trans), así como el colectivo de hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH)- son más vulnerables a infectarse debido a la naturalización de las prácticas sexuales sin protección.

Por otro lado describe un perfil sociodemográfico relacionado solamente con la edad (15-40 años) e indica que la situación socioeconómica, la nacionalidad o el nivel formativo no se identifican como determinantes.

El resto de los/as entrevistados/as describe un perfil asociado a elementos físicos, rasgos comportamentales o características sociodemográficas. Así se identifica una profesional que señala que la mayor parte de los pacientes, cuando están en una fase no inicial, se caracteriza por poseer una mirada “desviada” y los ojos “hundidos” (C1).

Figura 2. Categorías referentes al perfil de las personas seropositivas.



Existen participantes que indican que los pacientes son reservados y/o responsables (C2), mientras que otros aluden a características sociodemográficas tales como:

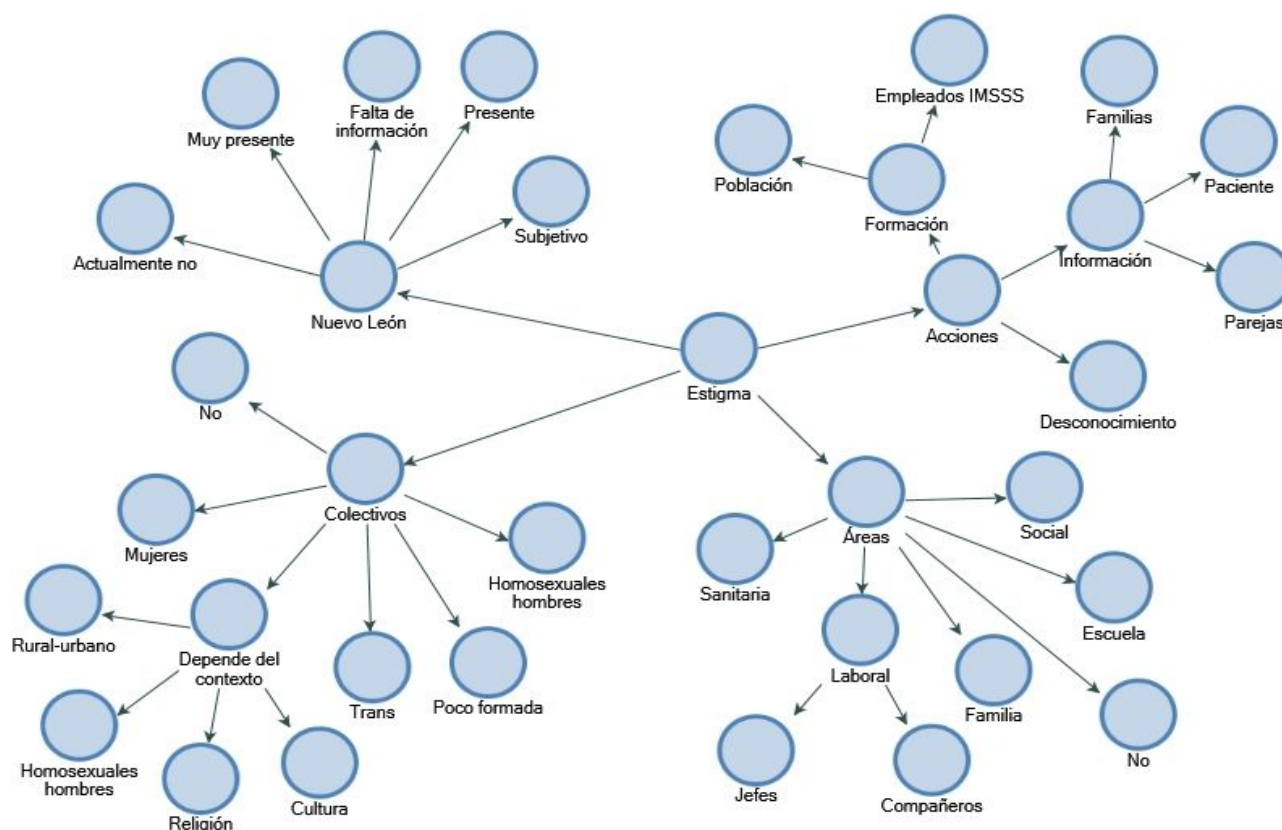
1. la edad, vinculándola a una población de entre 25 y 49 años (C6),
2. ser principalmente hombres, especificando que existe un mayor número de hombres homosexuales (C1; C4; C6) u (4) hombres heterosexuales (C2). No obstante, destaca que un participante indica que en los últimos años ha aumentado el número de mujeres amas de casa que han sido infectadas por sus parejas (C6).

A través de las manifestaciones expuestas se observa que la mayor parte de los profesionales identifican un perfil semejante al descrito por CENSIDA (2014). Asimismo se observa que las masculinidades subordinadas (Connell, 2019) representan uno de los principales colectivos referidos a la hora de describir el perfil de los/as pacientes. No obstante, destaca que ningún entrevistado refiere a colectivos que, a pesar de estar más invisibilizados, también representan grupos de especial atención, tales como: los adolescentes y los jóvenes, las personas privadas de la libertad (PPL) y las poblaciones móviles, lo cual puede deberse al tipo de población beneficiaria del IMSS. Por otro lado se observa que los participantes aluden a cuestiones subjetivas o basadas en la experiencia individual o hipótesis sin base científica, lo cual conforma, como señalan Aggleton y Parker (2012), un elemento determinante en los procesos de estigmatización.

En cuanto a la percepción que ponen los profesionales respecto al estigma, a través de las entrevistas se observa que, a nivel general, la mayor parte coincide en señalar que la discriminación y el estigma están muy presentes en Nuevo León (C2; C3; C4; C5). No obstante, un participante expresa que a pesar de que en el pasado estaba muy marcado, actualmente está más normalizado

(C1) y otro señala que el estigma es una categoría subjetiva y que depende tanto de las acciones que realiza cada individuo como de las políticas de prevención, indicando que no está generalizado como hace años (C6).

Figura 3. Categorías referentes a la percepción sobre el estigma del VIH.



También se advierte que los colectivos más vulnerables ante el estigma sobre el VIH son los hombres homosexuales y los HSH (C3; C4; C6), las mujeres transexuales (C4), las mujeres (C4) y la población con menor formación e información sobre el VIH (C4). No obstante, a través de las entrevistas se identifican participantes que consideran que no existen colectivos vulnerados (C1; C2), mientras que otro indica que la identificación de grupos vulnerados depende de factores como el ámbito geográfico (rural vs urbano y tipo de ciudad), la cultura, la religión y el activismo homosexual (C3).

En ese sentido, se constata cómo -en los procesos de producción del estigma- la negación de su existencia se presenta como el principal medio para su reproducción en la sociedad. Asimismo, en dicho proceso se generan jerarquizaciones que sitúan a ciertos colectivos en situación de inferioridad y por tanto de vulnerabilidad (Aggleton y Parker, 2002). No obstante, se advierte que las masculinidades subordinadas a la hegemónica por cuestiones vinculadas con la identidad de género y la orientación sexual, así como las masculinidades marginadas por cuestiones étnicas y de clase social expuestas por Connell (2019), se reproducen también en los procesos de discriminación en cuanto al VIH/SIDA, de forma que, como señalan Aguirre y Rendón (2008), la masculinidad se encuentra en interacción con:

1. las creencias y representaciones sociales (nivel macro),
2. la apropiación grupal de los discursos sociales (nivel micro),
3. la interpretación mediante la asimilación y las asignaciones sociales que determinan la acción (nivel individual) y
4. el establecimiento de formas de proceder con base en jerarquizaciones respecto al género (identidad, orientación sexual y formas de expresión) que determinan el acceso y el control (nivel de intersección y/o consecuencia).

Se observa que la muestra identifica como principales áreas en las que se materializa el estigma y se producen situaciones de discriminación, al igual que en investigaciones precedentes como las de Campillay y Monárdez (2019) y Arechabala, Ferrer, Vásquez, Castro y Scrivanti (2019): el ámbito social (C3; C5; C6), la familia (C2; C3; C4; C6), la escuela (C3), el ámbito sanitario (C2) y en el laboral, bien a través de compañeros de trabajo (C2; C3) o desde jefaturas (C2; C3; C4; C6).

Otros... pues es que aquí en el hospital, aquí donde yo estoy, pues mientras que ellos no digan, o sea igual yo les veo el mismo trato para todos. Pero si ellos dicen los aíslan... los aíslan... o sea... [...] Pues los mismos del departamento ya sean de medicina interna o de urgencias (C2).

Fíjate que en muchas veces es en la familiar, no con su familia propiamente, pero me dicen voy a la cena y no me gusta ir con mis tíos, porque voy a ir con mis tíos y a mí me sirven en plato desechable. Y pues yo veo que todos los demás pues les sirven bien. A mí me sirven en uno desechable y lo tiran, prácticamente se ponen un guante para lavarlo. Entonces eso pues yo, aunque, no me dicen nada me siento rechazado (C3).

En cuanto a los procesos de estigmatización, se demandó a los profesionales que expusieran acciones que se están desarrollando y/o que sería conveniente implementar para prevenir el estigma y la discriminación. A través de las respuestas se observa que, para los profesionales, la educación es el medio de superación del estigma. Así, a excepción de un participante que indica que desconoce los medios (C1), todos señalan que se deben de realizar acciones formativas dirigidas tanto a la población en general (C5) como a los trabajadores del hospital (C2). No obstante, también señalan la necesidad de realizar acciones formativo-informativas especializadas para pacientes (C3; C4; C6), las parejas de los pacientes (C6) y para las familias (C6).

Bueno creo que lo primero es educar al paciente, si el paciente está bien informado quizá pueda pasar estas barreras y al educar al paciente ellos como que van difundiendo toda esta información. Yo creo que básicamente eso es lo que se ha realizado en forma institucional (C3).

Mira, no tenemos este ningún programa en específico, lo que si yo les ofrezco a mis pacientes cuando vienen es ahh, al momento cuando la familia aun no lo sabe, cuando lo quieran compartir con la familia yo pongo a disposición mi tiempo para em, ayudarles a informar al paciente... a la familia o cuando ellos ya lo informaron a la familia que la familia se acerque conmigo para dar toda la información y despejar dudas que hubiera, sin embargo, eh, no pasa. O sea les doy esa opción pero la familia no, no viene... (C6).

El conjunto de medidas propuestas por los profesionales se relaciona con una de las principales áreas de la promoción y la educación para la salud; no obstante, como señalan Pérez, Pavón y Rodríguez (2018) y Rodríguez, et. cols. (2017), también son indispensables acciones a través de las cuales se trasladen las formaciones a otras áreas como la escuela, la familia o el ámbito laboral. En ese sentido, Arechabala, Ferrer, Vásquez, Castro y Scrivanti (2019) destacan la importancia del fomento de redes de apoyo.

Finalmente, tomando en consideración las nociones que la muestra realiza en cuanto a la percepción que ponen sobre los pacientes y las personas seropositivas, se observa que las referencias se relacionan con tres áreas del reconocimiento expuestas por Honneth (2010). Así, todos aluden a nociones de reconocimiento desde las esferas tanto de valoración social (solidaridad) como de la atención cognitiva (derecho) y dos participantes también incluyen nociones desde la esfera de la dedicación emocional (amor) en cuanto a expresiones de afecto (C1; C2).

¡Ay, bastante! para ellos mucho, como que yo veo que ellos lo que necesitan es comprensión y mucho amor –mjm...- porque la manera en que me tratan, pues yo veo que hasta al momento de que te sonríen porque las otras personas con que yo convivo o sea de los familiares de los niños que vienen a pediatría, ellos vienen con otro semblante, más sin embargo ellos siempre esperan a que tú les des una sonrisa, es más hasta te llevan algo (C2).

Las nociones identificadas con la esfera del amor se relacionan con la atención y el cuidado, las cuales, como señala Tello (2011), se relacionan con las personas más cercanas al individuo (familia y amistades); es por ello que de las tres esferas es la menos presente en los discursos. No obstante, Honneth (2010) identifica dos subtipologías basadas en la simetría de la relación entre sujetos. En este caso se produce en torno a una relación asimétrica y se constata con base en la forma de aproximación de los profesionales a los pacientes y la reciprocidad de los mismos, otorgando regalos u obsequios a los trabajadores del IMSS.

También se observa que la esfera que incluye un mayor número de referencias es la de derechos, aludiendo la mayor parte de los profesionales a descripciones sobre la percepción de los pacientes con base a los derechos que poseen o acciones que ellos mismos realizan porque son funciones derivadas de derechos de los pacientes. En cuanto a la esfera del derecho (la más presente), la fuente del deber como profesional al margen de las categorizaciones (sociales, económicas y culturales) marca la tónica en las manifestaciones identificadas. Así, como señala Honneth (2010), el reconocimiento de la capacidad moral de los sujetos constituye la piedra angular. También se identifican en toda la muestra nociones a cuestiones asociadas a la esfera de la solidaridad, la cual como indica Tello (2011) se relaciona con la valoración social tanto particularista como contextual; por lo que se considera como “la valoración, en el contexto del marco interpretativo de una sociedad determinada, de las características que los sujetos presentan para el cumplimiento de objetivos socialmente compartidos” (p. 50). A través de las entrevistas se observan manifestaciones del tipo:

Actualmente es una persona que tiene una vida normal, puede ser un profesional, lo que sea, no podría definir a una persona por la razón de tener VIH. [...] Al final de cuentas la infección ya se adquirió hay que ver en adelante lo que sigue porque ya hacia atrás ya no se puede hacer nada, ya eso ya pasó y ya no tiene caso estar buscando algún culpable. Más bien las acciones que vienen a futuro. Compartir la noticia creo es lo más difícil (C3).

Entonces hay veces que yo para que ellos no pierdan su medicamento, no pierdan de más, a veces mandan familiares que vengan por ellos. Porque, pues porque están trabajando y no lo dejan salir. Ese es motivo que no debería de ser, pero que otra opción hay si el paciente trabaja de 7:00 am a las 5 o 6 de la tarde de lunes a sábado, pues no hay otra opción que o que pida el día que al ratito los empiezan a hostigar que cada cierto tiempo o que mandes a un familiar (C4).

A través de las entrevistas también se identifican diferentes formas de menosprecio asociadas a la esfera de valoración social en dos participantes, bien a través de expresiones de indignación (C1; C4), injuria (C1) o estigmatizaciones (C4). Identificando manifestaciones del tipo:

Ah, no pues este, no, no vine, como la doctora es una doctora que trata de considerarlos... mjm...- pero le digo yo: oiga doctora los considera de más porque ellos hacen lo que ellos quieren y no se vale porque a pesar de que ellos tienen una enfermedad ellos son personas normales. No tienen ningún trato especial pero ellos de ahí abusan, este, la mayoría de los pacientes que yo tengo y he aprendido a conocerlos llegan a la hora que quieren (C1).

Bueno son pacientes que tienden mucho, yo sé que todos tenemos derecho. Hay algunos que no quieren derechos, quieren privilegios. Llegan así sin cita a la hora que quieren. Es que tengo VIH y me tienen que ver, pues si claro que te voy a ver pero si no tienes algo urgente que te tenga que ver ahorita, no te voy a ver con cita, es que se me paso. Entonces tienes que re-agendar (C4).

Pues, hay gente que lo hace por coraje, de por qué yo; por qué me tocó a mí. No te toco a ti, tú te lo buscaste y hay gente que dice ay, al cabo ya me voy a morir porque a mí me lo han dicho, ay ya me voy a morir. No, pero qué tiene que usted se muera, todos nos vamos a morir, yo también me voy a morir, yo no soy eterna. Si, pero usted está sana, bueno, pero cada quien se cuida como quiere cuidarse. Pero no porque yo me vaya a morir y tengo el problema yo le voy a dar el problema a aquel para que se le quite. No es así... -claro...- no, es que a mí me lo hicieron.... pues tú detenlo, tú detén el problema (C1).

Yo creo que en el 2020, 2021 vamos a tener un ¡bum!, ahora en mujeres por la aprobación de la ley del aborto. La mujer se cuida para no embarazarse, si el aborto ya está permitido la mujer no se va a cuidar. Le va a salir más barato venir a abortar que comprarse un condón, ellos no ven el VIH, ellos ven el aborto. Bien ya puedo aportar para que me voy a cuidar, ahora no se van a cuidar ya pueden abortar y hasta incapacidad le van a dar. Así que ahí va a ver el ¡bum! del VIH en la mujer próximamente (C4).

Estos resultados contrastan con los expuestos por Marín y Posada (2020), quienes en un estudio con HSH de Medellín evidencian la existencia de formas de menosprecio, las cuales indican que se relacionan con el favorecimiento de prácticas de riesgo, por lo que en el contexto relacional -tanto en espacios públicos como privados- las aptitudes individuales también coadyuvan en cuanto a las prácticas de cuidado-riesgo con elementos de justicia social, siendo el reconocimiento, como señala Tello (2011), determinante en la subjetividad de las personas en un contexto en el que “las estructuras en que se encuentran sedimentadas las formas de reconocimiento son fundamentales para la existencia e integración de la sociedad” (p. 47). De forma que la ausencia y/o mal/fallido reconocimiento daña la subjetividad individual y su efecto menoscabará el bienestar de las

personas en función de los niveles de autorrealización afectados.

Así, a pesar de que la totalidad de la muestra evidencia diferentes formas de reconocimiento a través de las tres esferas descritas por Honneth (2010), la presencia de discursos de menosprecio vinculados a la esfera de solidaridad en dos entrevistados puede favorecer el menoscabo de la integridad de los pacientes. En este sentido, los resultados obtenidos evidencian que las formas de menosprecio asociadas a la esfera del amor, como la violencia, la tortura o la violación, así como a la esfera del derecho (desposesión de derechos, exclusión y estafa) descritas por Tello (2011), no están presentes en los discursos de los profesionales y por tanto no amenazan la integridad física y social de los pacientes. No obstante, las evidencias de menosprecio a través de la indignación, la injuria y la estigmatización del paciente se destacan por la amenaza que supone en cuanto a los componentes de la personalidad vinculados con el honor y la dignidad, los cuales -desde el punto de vista legal- se caracterizan por una mayor dificultad de identificación frente a situaciones de violencia o negación de derechos.

Conclusiones

Los resultados de la presente investigación revelan que los profesionales del ámbito de la salud del IMSS que tienen contacto directo con pacientes seropositivos hacen uso de las esferas del reconocimiento a la hora de referirse al VIH, así como de las formas de desprecio asociadas a la esfera de la solidaridad. Asimismo, identifican la presencia del estigma en diferentes sistemas (familiar, laboral, sanitario, social, político y educativo) y destacan la importancia que tienen las redes de apoyo social, tanto en los procesos de discriminación como en la adherencia al tratamiento. También manifiestan la necesidad de implementar medidas de carácter formativo destinadas a prevenir la exclusión social, adquirir los conocimientos científicos por parte de los profesionales de la salud y favorecer entornos de convivencia sin estigmas. Esas medidas deben incluir la perspectiva de género para prevenir la reproducción de la masculinidad hegemónica. Por otro lado, identifican elementos tanto intrínsecos como extrínsecos en los procesos de vida del paciente y su tratamiento.

Es por ello que, con base en los resultados obtenidos, se considera necesario implementar:

1. Un programa de formación desde el propio hospital y/o la secretaría de salud, destinado a crear redes de apoyo formativo tanto formal como informal, bien a través de la creación de grupos de apoyo de pacientes, parejas y familiares dependientes del IMSS; o mediante acciones de formación reglada dirigidas a los mismos sujetos.
2. Por otro lado sería conveniente crear un sistema de capacitación obligatoria para el personal de salud en relación al VIH que incluya no contenidos psico-socio-sanitarios, el cual se implementase tanto al inicio de la actividad laboral como cada cierto tiempo como medida de actualización y reciclaje.
3. También sería idóneo fomentar políticas públicas dirigidas a todos los sectores de la población y ámbitos sociales, especialmente en lo referente al entorno laboral para, por un lado erradicar las situaciones de discriminación y por otro lado favorecen los procesos de tratamiento y consulta de los pacientes.
4. Asimismo, desde el ámbito educativo sería necesario incluir de forma obligatoria desde las universidades de la república contenidos específicos en los programas

formativos de las titulaciones que laboran en el ámbito sociosanitario (medicina, trabajo social, psicología, farmacia, enfermería, etc).

Finalmente, cabe destacar que las limitaciones del presente estudio derivan por un lado de la experiencia de los profesionales en el servicio de atención a pacientes con VIH. En este sentido los profesionales con mayor antigüedad laboran desde hace dos años (C4; C5; C6) y los restantes trabajan desde hace un año o menos.

Por otro lado, existen otros profesionales que tienen contacto directo con pacientes a los que no fue posible entrevistar (responsable de farmacia y psicólogo), por lo que no existe un panorama generalizado de todas las profesiones. Al tratarse de una aproximación cualitativa, los resultados no son generalizables, pero sí son suficientes como para analizar el estado del problema de forma exploratoria en un contexto en el que no se realizaron investigaciones precedentes al respecto.

Referencias bibliográficas

Aggleton, P., & Parker, R. (2002). World AIDS Campaign 2002-3. A Conceptual Framework and Basis for Action. HIV/AIDS Stigma and Discrimination. Ginebra: UNAIDS. Recuperado de https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/jc891-wac_framework_en_0.pdf (Consultado el 14 de diciembre de 2019).

Aguirre, J. J., & Rendón, A. (2008). Aproximación a una masculinidad estigmatizada: hombres que tienen sexo con otros hombres. Ciudad de México: CONAPRED. Recuperado de https://www.conapred.org.mx/documentos_cedoc/E13-2008_final.pdf.

Arechabala, M. C., Ferrer, X., Vásquez, P., Castro, P., & Scrivanti, M. (2019). Apoyo social percibido por un grupo de personas viviendo con VIH/SIDA. *Revista Horizonte de Enfermería*, 16(1), 21-29. Recuperado de <http://publicaciones.horizonteenfermeria.uc.cl/index.php/rhe/article/view/551> (Consultado el 4 de febrero de 2020).

Bravo-García, E., & Ortiz-Pérez, H. (2016). Análisis de la mortalidad por VIH/SIDA en México en el periodo 1990-2013: ¿se cumplirá la meta establecida en los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) para el año 2015? *Gaceta Médica de México*, 152(6), 819-830. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2016/gm166m.pdf> (Consultado el 8 de diciembre de 2019).

Campillay, M., & Monárdez, M. (2019). Estigma y discriminación en personas con VIH/SIDA, un desafío ético para los profesionales sanitarios. *Revista de Bioética y Derecho*, (47), 93-107. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1886-58872019000300008&lng=es&nrm=is (Consultado el 16 de enero de 2020).

Castillo, S. C., Pérez, J. J. N., & Franch, M. F. (2018). La estigmatización del VIH/SIDA: La respuesta desde el trabajo social. *AZARBE, Revista Internacional de Trabajo Social y Bienestar*, (7), 15-23. Recuperado de <https://revistas.um.es/azarbe/article/view/322341> (Consultado el 4 de febrero de 2020).

Connell, R. (2019). *Masculinidades*. Ciudad de México: UNAM y CIEG.

Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el sida [CENSIDA] (2014). *Guía Nacional para la Prevención del VIH y el sida*. México DF: CONSADIDA, Subsecretaría de

Prevención y Promoción de la Salud y CENSIDA. Recuperado de https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/451493/GUIA_NACIONAL_2014.pdf (Consultado el 4 de febrero de 2020).

Fraser, N., & Honneth, A. (2006). *Redistribución o reconocimiento*. Madrid: Morata.

Guzmán, R. C., Bermúdez, J. Á., & López, E. T. (2017). Emociones, sucesos vitales y niveles de células CD4+ en personas que viven con sida. *Psicología y Salud*, 27(2), 213-221. Recuperado de <http://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/2529> (Consultado el 23 de febrero de 2020).

Halimatusa'diyah, I. (2019). Moral injury and the struggle for recognition of women living with HIV/AIDS in Indonesia. *International Sociology*, 34(6), 696-715. <https://doi.org/10.1177/0268580919865099>

Honneth, A. (2010). *Reconocimiento y menosprecio. Sobre la fundamentación normativa de una teoría social*. Madrid: Katz Editores.

Konstantinidis, A., & Garza, M. L. C. (2008). La notificación del diagnóstico y las primeras reacciones de personas infectadas por el virus VIH: un estudio cualitativo realizado en el área metropolitana de Monterrey, NL. *Perspectivas sociales= Social Perspectives*, 10(1), 87-114. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2964215> (Consultado el 4 de febrero de 2020).

Marín, S. & Posada, I. C. (2020). Menosprecio y riesgo en hombres que tienen sexo con hombres viviendo con vih en Medellín. *Hacia la Promoción de la Salud*, 25(1), 13-28. <http://dx.doi.org/10.17151/hpsal.2020.25.1.2>

Moral, J., Ramos-Basurto, S., & Segovia-Chávez, M. P. (2015). Validación cruzada de la escala de expresión de ira en mujeres con VIH y población general. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 6(2), 81-89. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=245139640004> (Consultado el 16 de febrero de 2020).

Moral, J., & Segovia, M. P. (2015). Discriminación en el trabajo y el vecindario hacia las mujeres que viven con VIH y su relación con la depresión y la ira. *CIENCIA ergo-sum: revista científica multidisciplinaria de la Universidad Autónoma del Estado de México*, 22(3), 204-214. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5235473> (Consultado el 16 de febrero de 2020).

Pérez, M. S., Pavón, D. V., & Rodríguez, R. C. (2018). Actividades de educación para la salud sobre el virus de inmunodeficiencia humana en adolescentes de instituciones educativas. *Opuntia Brava*, 10(2), 1-9. Recuperado de <http://www.sidastudi.org/resources/inmagic-img/DD52079.pdf> (Consultado el 16 de febrero de 2020).

Rodríguez, Á. F., Páez, R. E., Altamirano, E. J., Paguay, F. W., Rodríguez, J. C., & Calero, S. (2017). Nuevas perspectivas educativas orientadas a la promoción de la salud. *Educación Médica Superior*, 31(4), 1-11. Recuperado de <http://www.ems.sld.cu/index.php/ems/article/view/1366> (Consultado el 3 de febrero de 2020).

Sánchez, M., Blanco, T., Luis, J., & Lozano, J. C. (2016). Estigmatización y usos léxicos en el tratamiento informativo del VIH/sida en cinco diarios mexicanos de 2012 a 2013. *Comunicación y sociedad*, (25), 71-100. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/scielo.php>

script=sci_arttext&pid=S0188-252X2016000100004 (Consultado el 3 de febrero de 2020).

Sanfélix, J. (2011). Las nuevas masculinidades. Los hombres frente al cambio en las mujeres. *Prisma Social*(7), 220-247. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/3537/353744579008.pdf>

Santos, L. A. D., Couto, M. T., Mathias, A. y Grangeiro, A. (2020). Hombres heterosexualmente activos, masculinidades, prevención de infección por VIH y búsqueda de profilaxis posexposición sexual consentida. *Salud Colectiva*, 15(24), e2144. Recuperado de <https://www.scielosp.org/article/scol/2019.v15/e2144/es/>

Sotomayor-Duque, G., Colunga-Pedraza, P. R., Colunga-Pedraza, J. E., Lozano-Morales, R. E., Bugarín-Estrada, E., & Gómez-Almaguer, D. (2018). Linfoma no Hodgkin e infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. Experiencia de 10 años en un centro de referencia universitario. *Revista de Hematología*, 18(4), 155-160. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872011000100004>

Tello, F. H. (2011). Las esferas de reconocimiento en la teoría de Axel Honneth. *Revista de Sociología*, (26), 45-57. **DOI:** 10.5354/0719-529X.2011.27487

Tójar, J. C. (2006). *Investigación cualitativa: comprender y actuar*. Madrid: Editorial La Muralla.

Torres, J. L. H., Torres, R. A. B., Onofre-Rodríguez, D. J., & Vázquez, V. J. (2018). Valoración cualitativa de cuidado en jóvenes mexicanos con riesgo de VIH/sida. *RECIEN: Revista Electrónica Científica de Enfermería*, (15), 5-18. <https://doi.org/10.14198/recien.2018.15.02>

Vilches, E. (2019). VIH y políticas preventivas en Chile. La importancia de la enunciación en la intervención desde Trabajo Social. *Revista Perspectivas*, (33), 187-205. DOI: <https://doi.org/10.29344/07171714.33.2054>