



ISSN: 2395-8480

Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Estudios Superiores Zaragoza

Revista Electrónica de Psicología de la FES Zaragoza-UNAM

Vol. 12
Núm. 24
julio-diciembre

2022





Universidad Nacional Autónoma de México Facultad de Estudios Superiores Zaragoza

Editora General – Chief Editor

Lilia Mestas Hernández

Facultad de Estudios Superiores Zaragoza (UNAM)

Consejo Editorial – Editorial Board

Eduardo Alejandro Escotto Córdova

Facultad de Estudios Superiores Zaragoza (UNAM)

Mirna García Méndez

Facultad de Estudios Superiores Zaragoza (UNAM)

Marco Antonio Cardoso Gómez

Facultad de Estudios Superiores Zaragoza (UNAM)

Gabriela Carolina Valencia Chávez

Facultad de Estudios Superiores Zaragoza (UNAM)

Alejandro Valdés Cruz

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente (INPRF)

Comité Editorial – Editorial Committee

Sergio Bastar Guzmán

Facultad de Estudios Superiores Zaragoza (UNAM)

Héctor Magaña Vargas

Facultad de Estudios Superiores Zaragoza (UNAM)

Ángel Francisco García Pacheco

Facultad de Estudios Superiores Zaragoza (UNAM)

José Manuel García Cortés

Facultad de Estudios Superiores Zaragoza (UNAM)

Lidia Beltrán Ruíz

Facultad de Estudios Superiores Zaragoza (UNAM)

Sergio Mandujano Vázquez

Facultad de Estudios Superiores Zaragoza (UNAM)

Comité Editorial – Editorial Committee

César Augusto de León Ricardi

Facultad de Estudios Superiores Zaragoza (UNAM)

Gabriel Martín Villeda Villafaña

Facultad de Estudios Superiores Zaragoza (UNAM)

Daniel Rosas Alvarez

Facultad de Estudios Superiores Zaragoza (UNAM)

Fernando Gordillo León

Universidad Camilo José Cela (UCJC), Madrid, España

José M. Arana Martínez

Universidad de Salamanca (USAL), Salamanca, España

Gerardo Ortiz Moncada

Universidad Pedagógica Nacional

Dulce Flores Olivera

Benemérita Universidad Autónoma de Puebla

Víctor Manuel Magdaleno Madrigal

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente (INPRF)

Yulia Solovieva

Benemérita Universidad Autónoma de Puebla

Jorge Ignacio Sandoval Ocaña

Facultad de Estudios Superiores Zaragoza (UNAM)

María Cristina Vanegas Rico

Facultad de Estudios Superiores Zaragoza (UNAM)

Sara Unda Rojas

Facultad de Estudios Superiores Zaragoza (UNAM)

Ana Natalia Seubert Ravelo

Facultad de Estudios Superiores Iztacala (UNAM)

Cristina Alejandra Mondragón Maya

Facultad de Estudios Superiores Iztacala (UNAM)

Ana María Baltazar Ramos

Facultad de Estudios Superiores Zaragoza (UNAM)

Guillermina Yáñez Téllez

Facultad de Estudios Superiores Iztacala (UNAM)

Revista Electrónica de **Psicología** de la FES Zaragoza-UNAM

Vol. 12, núm. 24, julio-diciembre, 2022

CONTENIDO

La identificación de la muerte, fracaso, estigma y rechazo en un grupo de hombres con VIH. Un análisis cualitativo Bernardo Adrián Robles Aguirre, Lilia Mestas Hernández, Fernando Gordillo León	4
Modelos de estrés laboral: funcionamiento e implicaciones para el bienestar psicosocial en las organizaciones Emmanuel Martínez-Mejía	17
Cuando se habla de “enfermedad mental” en la televisión mexicana. Una aproximación analítica del discurso multimodal Lidia Beltrán-Ruiz, Sergio Carlos Mandujano-Vázquez, Evelyn Noemi Sánchez-Somera	29
Diabetes: una oportunidad a la vida. La filosofía de la diabetes, una propuesta cognitiva Marco Antonio Cardoso Gómez, Lilia Mestas Hernández, María Luisa Ponce López, Alejandro Zarco Villavicencio, Irma Araceli Aburto López, Bernardo Adrián Robles Aguirre	38
Nivel del estado de ánimo en estudiantes universitarios durante el confinamiento por la covid-19 Javier López Vargas, Gala Fabiana Rodea Solares, Verónica Vargas Coronado, Alejandra Sánchez Cid, Magaly Martínez Montero	47
Consideraciones sobre el objeto de estudio de la psicología social Germán Gómez Pérez	55
Situaciones de riesgo, estrategias de afrontamiento y autoconfianza en pacientes con drogodependencia en tratamiento residencial Angel López Ortiz, Alexis Amelio Fernández Flores	67
Reforma e innovación: contexto histórico de la fundación de los proyectos de Psicología Iztacala y Zaragoza (1950-1975) Abdiel Buelna Chontal, Gustavo Parra Ramírez, Melisa Yolanda Pasos Osnaya	74

Revista Electrónica de Psicología de la FES Zaragoza-UNAM, Año 12, No. 24, julio-diciembre de 2022, periodicidad semestral, editada por la Universidad Nacional Autónoma de México, Av. Universidad 3000, Colonia Ciudad Universitaria, Alcaldía Coyoacán, C.P. 04510, Ciudad de México, México, a través de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, Av. Guelatao No. 66, Colonia Ejército de Oriente, Alcaldía Iztapalapa, C.P. 09230, Ciudad de México, México, Tel: 56230590, Correo Electrónico: revista.ps.zaragoza@gmail.com, <http://www.zaragoza.unam.mx/rep>. Editora Responsable: Dra. Lilia Mestas Hernández, Reserva de derechos al uso exclusivo N° 04-2015-072013035900-203, ISSN: 2395-8480, ambos otorgados por el Instituto Nacional del Derecho de Autor. Responsable de la última actualización de este número: Claudia Ahumada, Depto. de Publicaciones y Comunicación Gráfica, Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, Av. Guelatao No. 66, Colonia Ejército de Oriente, Alcaldía Iztapalapa, C.P. 09230, Ciudad de México, México. Fecha de la última modificación, 23 de septiembre de 2022. El contenido de la Revista Electrónica de Psicología de la FES Zaragoza-UNAM es elaborado sin fines comerciales para favorecer la difusión de la información contenida. Todos los derechos están reservados. Queda prohibida la reproducción parcial o total, directa o indirecta del material publicado, sin contar previamente con la autorización por escrito de los editores, en términos de la Ley Federal de Derechos de Autor, y en su caso de los tratados internacionales aplicables.

La identificación de la muerte, fracaso, estigma y rechazo en un grupo de hombres con VIH. Un análisis cualitativo

The interpretation of death, failure, stigma and denial in VIH positive men, a qualitative analysis

BERNARDO ADRIÁN ROBLES AGUIRRE^{1,2}
LILIA MESTAS HERNÁNDEZ¹
FERNANDO GORDILLO LEÓN³

RESUMEN: Vivir con VIH moldea tanto las experiencias subjetivas personales como los espacios de convivencia social y familiar. El objetivo del presente texto es analizar la experiencia de un grupo de nueve personas que viven con VIH y reconocer con ello, la forma en cómo identifican la muerte, el fracaso, el estigma y el rechazo, para comprender el proceso de incorporación del VIH en la vida cotidiana. Se realizó un estudio de corte cualitativo con nueve hombres que viven en la CDMX y el estado de México. Se recuperaron y analizaron las experiencias en torno al diagnóstico desde una perspectiva interpretativa del discurso. Los resultados sugieren que los conceptos de estigma y rechazo, están íntimamente relacionados con el virus, por lo que en general ocultan su diagnóstico a todos los elementos de su entorno social cercano, además de que consideran que una orientación sexual fuera de lo heteronormativo, puede causar mucho más rechazo y estigmatización que el diagnóstico positivo al VIH.

Palabras clave: experiencia subjetiva personal, vida cotidiana, diagnóstico positivo al VIH, calidad de vida, salud.

Abstract: Living with HIV shapes both personal subjective experiences and spaces for social and family coexistence. The objective of this text is to analyze the experience of a group of nine people living with HIV and thereby recognize how they identify death, failure, stigma and rejection, in order to understand the process of incorporating HIV into everyday life. A qualitative study was carried out with nine informants who live in CDMX and the state of Mexico. The experiences around the diagnosis were retrieved and analyzed from an interpretive perspective of the discourse. The results suggest that the concepts of stigma and rejection are closely related to the virus, so in general they hide their diagnosis from all the elements of their close social environment, in addition to considering that a sexual orientation outside the heteronormative can cause far more rejection and stigmatization than a positive HIV diagnosis.

Keywords: personal subjective experience, daily life, HIV positive diagnosis, health, quality of life.

INTRODUCCIÓN

Actualmente se considera que el VIH¹ es una infección crónica y controlable gracias a los avances de los tratamientos antirretrovirales (Hipólito *et al.*, 2017, Shernoff, 2006 y Reis y Gir, 2010), sin embargo, continúa representando una presión importante al sistema de salud, especialmente por los costos de los medicamentos antirretrovirales y las complicaciones asociadas a estos. Debido a esto, por una parte, sigue siendo de fundamental importancia la prevención de nuevos casos y, por el otro, mejorar la calidad de vida de quienes ya han sido afectados. En este contexto, el Informe Anual de ONUSIDA, reportó para 2019, que cerca de dos millones de personas contraían el VIH cada año, y aunque 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, sin embargo, se prevé que para el 2030 se pueda llegar al objetivo de 95-95-95 (ONUSIDA, 2020).

Por otra parte, 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 virus. Así, más del 90 por ciento de las personas con VIH se encuentran en países en vías de desarrollo, donde se presentan la falta de recursos aunados a factores como la reclusión social (Flores – Sarazúa *et al.*, 2006), la discriminación (Núñez, 2011), la violencia (Muñoz – Martínez, 2014), el racismo (Castro y Farmer, 2003), la migración (Zapata – Garibay *et al.*, 2014), la escasez en los sistemas políticos para incluir al VIH en sus agendas políticas, así como el retraso histórico y la baja cobertura de servicios médico (Granados – Cosme, 2015), son condiciones que han propiciado pensar al VIH como una “enfermedad de la pobreza” (Herrera y Campero, 2002).

Reconociendo lo anterior, observamos que el empobrecimiento y el deterioro de las condiciones de vida de miles de familias mexicanas han evidenciado que hay sectores de la población que, aunque no se encuentran en condición de pobreza extrema, pueden ser consideradas como vulnerables debido a que no disponen de suficientes recursos para enfrentar y superar los efectos de las cambiantes circunstancias económicas o del propio ámbito familiar (CONAPO, 2000), lo cual nos permite hablar de “grupo en situación de riesgo” (Collignon – Goribar, 2009) y con una vulnerabilidad tanto de orden individual, como social (Kaztman, 2000).

La vulnerabilidad frente al VIH se expresa también en los significados que se construyen alrededor de las vías de transmisión, particularmente la sexual. Al día de hoy, el VIH continúa siendo un atributo profundamente desacreditador (Goffman, 1970), una enfermedad estigmatizada (Aggleton *et al.*, 2003) que obliga a muchos a vivirla bajo el anonimato,

provocando con ello, un bajo índice de prevención y promoviendo la cadena de transmisión. Asimismo, el temor fundado a ser rechazado conduce a las personas a experimentar la enfermedad en silencio, lo que debilita las redes sociales que constituyen el soporte social necesario para enfrentarla, por ello, es común encontrar estrategias de aislamiento social afectando con ello la esfera familiar, escolar y laboral (Mora – Rojas *et al.*, 2017 y Tobón y García, 2019).

En este contexto, recordemos que el VIH no afecta exclusivamente a la persona que lo padece, ya que además se inserta en la sociedad en su conjunto. El VIH 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, moldea, resignifica y redefine las relaciones sociales y la trayectoria individual, cuestionando permanentemente el devenir, la incertidumbre, la zozobra y la ansiedad que se experimenta diariamente.

En este contexto, reconocemos que, aunque las mujeres corren un mayor riesgo de convertirse en seropositivas debido a las vulnerabilidades biológicas, la baja situación socioeconómica, la práctica sexual dominante de los hombres y los factores epidemiológicos (Paudel y Baral, 2015), el interés particular de nuestro trabajo, se centró en reconocer cómo se identifica la muerte, el fracaso, el estigma y el rechazo en un grupo exclusivamente de hombres que viven con VIH y así, identificar qué valor le atribuyen a cada concepto y registrar si esto, facilita u obstaculiza el proceso de aceptación e incorporación del VIH en la vida cotidiana.

Para lo anterior, se recuperaron y analizaron las experiencias en torno al diagnóstico positivo y los cambios generados en la cotidianidad de los participantes, ya que estos son procesos que configuran los estilos de vida colectivos (Álvarez, 2009), donde las oportunidades y las decisiones individuales se ven influenciadas por el medio social en que las personas viven.

Si entendemos que el ser humano se encuentra inmerso en el mundo, cada experiencia se mezcla con él, no se encuentra separada de su existencia; al contrario, la persona crea su mundo a partir de estas vivencias. Como lo señalan Guerrero-Castañeda *et al.*, 2019, toda experiencia puede ser estudiada, pero para poder interpretarse y, en consecuencia, comprenderse, se requiere conocer la experiencia misma desde la perspectiva del ser humano. La experiencia vivida es lo que acontece en el ser humano en su cotidianidad, de ahí que se pueda abordar con una visión fenomenológica. La enfermedad no es un fenómeno que escape a este abordaje; al contrario, la experiencia de vivir con una enfermedad pone en marcha diferentes mecanismos de adaptación. La enfermedad se fundamenta a través de normas, valores, concepciones e ideologías propias de cada grupo étnico y social y que incide en lo que se reconocen como normal, anormal, tolerable e intolerable (Hersch, 2013).

Desde esta perspectiva, cada sujeto tiene una concepción particular acerca de las características de la enfermedad, una esencia fenoménica, ya que la realidad, o saber cotidiano es un

1 El VIH se caracteriza por tener una reproducción constante de “viriones” en el sistema inmunitario del cuerpo humano. Una persona infectada por el VIH puede vivir varios años sin mostrar algún tipo de enfermedad, a esta característica se le denomina “estado asintomático” conocido también como “seropositivo” (Magis y Del Río, 2000).

elemento creado por nosotros mismos, un conocimiento que construye y da origen a nuestra vida diaria y que se estructura en contextos sociales específicos (Berger y Luckmann, 1999). De esta forma se vive y se interactúa en el interior de la sociedad y dentro de un grupo de convivencia cotidiana (Heller, 1998). El acto de vivir (el cuerpo propio) involucra tanto las sensaciones como las percepciones (Vargas Melgarejo, 1994 y Aguado, 2004) y así, la existencia conforma representaciones mentales, convirtiendo el cuerpo en la principal vía de conocimiento, donde la noción de experiencia y percepción son inseparable de la presencia (Levinas, 2005).

Haciendo referencia al estudio de Le Breton (1991) sobre la importancia de la vida cotidiana y tomando como punto de apoyo los usos del cuerpo, es importante considerar que el ser humano entrelaza su aventura personal, amando, envejeciendo, reconociendo dolores, odios, indiferencias o enojos, a partir de su construcción como un ser adherido a su contexto social, por tanto, es necesario reconocer el papel que juegan las emociones y los sentimientos, pues como especifica Bericat (2000), emociones tales como soledad, envidia, odio, miedo, vergüenza, resentimiento, venganza, nostalgia, tristeza, satisfacción, alegría, rabia, frustración entre otras, corresponden a situaciones sociales específicas que están estrechamente relacionadas entre la dimensión social y la dimensión emocional de todo humano ya que conocemos, reconocemos y aprehendemos el mundo por y a partir del cuerpo y a partir de percepciones, emociones y sensaciones que se producen y reproducen a partir de su interacción y su contexto social –ambiental (Cervio, 2012).

Desde la psicología, esta forma de entender las emociones entronca directamente con teorías clásicas de las emociones como la planteada por James (1884), que las consideraba sensaciones de cambios corporales y no como estados mentales independientes. Por lo tanto, entendía las emociones como epifenómenos, productos de las alteraciones viscerales (Deigh, 2010). Autores posteriores establecen diferencias entre el concepto de emoción y sentimiento. Damasio (2005 y 2010), retomando diferentes aspectos de la teoría de James (1884), entiende las emociones como aspectos corporales observables y medibles, mientras que mantiene el término “sentimiento” para designar el aspecto mental, privado y no medible; es decir, la dimensión subjetiva. Sin duda esto es congruente con la idea de que las emociones determinan los sentimientos, y que estos, se experimentan por la interacción constante del cuerpo, la mente y el contexto socio-ambiental. Bajo esta perspectiva, la comprensión de la experiencia subjetiva de las personas que tienen VIH, requiere de un análisis cualitativo, donde la experiencia individual prime sobre la colectiva. Este complejo análisis cualitativo puede iniciarse a partir de las ideas que han edificado sobre su corporeidad. A partir del diagnóstico positivo a VIH, crean, a través de las acciones diarias, aspectos de resignificado sobre conceptos como muerte, fracaso estigma y rechazo.

Por este motivo, todos los individuos construyen formas distintas de asimilar, identificar, aceptar o rechazar el VIH, esto dependerá de cada existencia donde no hay juicios de valor respecto a sentimientos correctos o incorrectos, verdaderos o fraudulentos, pues llevan consigo satisfactores que difieren en

plenitud, profundidad y duración emocional (Bauman, 2001). Aquí, es importante resaltar el papel que la homofobia juega en el proceso de asimilación del diagnóstico de VIH, tanto el más general que implica la estigmatización como el más individual que se expresa con la incorporación de la homofobia. En términos generales se considera que la internalización del rechazo incluye una baja autovaloración y autorechazo (Lara y Mateos, 2003). Estos dos efectos pueden estar generando conductas autodestructivas que incluyen, entre otras, consumo de drogas o conductas suicidas (Pastrana, 2020) y para este estudio en particular, una menor frecuencia de prácticas preventivas como el uso del condón. Aunque algunos de los entrevistados dijeron asumir su orientación sexual sin reservas, ni complicaciones, ellos mismos reconocieron que en la infancia fueron víctimas de prácticas homofóbicas, discriminación y burlas por conductas consideradas por los agresores como femeninas, gustos o intereses que salían de la llamada heteronormativa², es decir, por lo que “la gran mayoría de los “homosexuales” no tienen ni siquiera existencia consciente, ya que desde la infancia, el deseo homosexual se priva socialmente por medio de mecanismos familiares y educativos (Hocquenghem, 2009), lo cual produce violencia física y simbólica. En los párrafos siguientes se definirá al grupo de estudio y los criterios de inclusión seleccionados para el análisis cualitativo de su experiencia.

MÉTODO

Se realizó un estudio de corte cualitativo³ aplicando entrevistas semiestructuradas a un grupo de nueve hombres que viven con VIH. En la tabla 1 se presentan las características del grupo de estudio. Se hizo una definición de informantes clave, considerando como tales a varones residentes de la Ciudad de México o la zona conurbada del Estado de México, que refirieran haber contraído el VIH por prácticas sexuales de alto riesgo⁴. Se consideró también que hubieran sido diagnosticados en diferentes temporalidades, que al momento de la entrevista estuvieran bajo el esquema de Terapia Antirretroviral Altamente Activa (TARAA), que mostraran un patrón de seguimiento médico constante⁵ y que participaran en protocolos de atención dentro del centro de salud especializado. Lo anterior debido a que, como especifican algunos autores (Delgadillo, 2007 y Flores *et al.*, 2008), estar informado sobre un diagnóstico positivo permite construir estrategias de atención y cuidado más permanentes y sólidas

2 La heteronormatividad se describe como un discurso restrictivo de género que insiste en la dicotomía hombre/mujer “como la forma exclusiva de entender el campo del género... que naturaliza el caso hegemónico y reduce la posibilidad de pensar en su alteración” (Butler, 2006, p.70).

3 Siguiendo la metodología de Banks, 2010; Flick, 2004; Geertz, 1992; Glaser y Strauss, 1967; Hamui, 2011; Oliva *et al.*, 2001; Robles, 2011A y 2011B, Taylor y Bogdan, 1996 y Varguillas y Ribot, 2007.

4 Las prácticas sexuales se han considerado “sin riesgo” (sexo seguro) cuando el intercambio de secreciones como sangre, semen y fluidos vaginales es nulo; de poco riesgo (sexo protegido), si tal intercambio es escaso; o con riesgo (coito sin empleo de condón)” (Martínez *et al.*, 2001, p. 36).

5 Esto es, asistir mensualmente a las citas médicas (cuando menos en los últimos seis meses), que mantuvieran su monitoreo de carga viral, así como otros datos de laboratorio en indetectable.

para con ellos mismos. Sumado a esto, algunos reconocieron que estar consciente de la enfermedad puede proporcionar un sentido de responsabilidad, autocuidado y autoprotección, lo cual es relevante para la correcta ingesta de medicamentos antirretrovirales (Bassett *et al.*, 2019 y Radusky *et al.*, 2022).

Las condiciones anteriormente descritas, 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 actividades cotidianas.

Las entrevistas se realizaron después de uno a dos encuentros con los informantes claves para establecer un mejor contexto para reproducir la experiencia. Éstas se efectuaron en espacios cerrados en donde el participante definió sentirse más cómodo. A cada uno se le informó el propósito del estudio, así como el papel de su participación mediante un consentimiento bajo

información previa. Cada uno eligió un seudónimo y se les pidió explícitamente su autorización para que las entrevistas fueran audiograbadas. Todos los informantes fueron reclutados en la unidad de atención médica en donde llevaban el seguimiento de su diagnóstico. Posteriormente, se transcribió y analizó desde una perspectiva interpretativa del discurso. Se identificaron categorías discursivas significativas, según el énfasis observado en los informantes y se interpretaron a la luz de un marco teórico que se constituyó como *la mirada* de los participantes del estudio.

Por último, se identificaron regularidades discursivas y se corroboró su solidez testimonial al referirla a la particularidad de cada caso. Se seleccionaron los fragmentos más contundentes y que dieran cuenta de una reconstrucción de la experiencia del diagnóstico de VIH al momento actual, esto con la finalidad de distinguir posibles fases constitutivas de un proceso adaptativo (véase tabla 1).

TABLA 1. Características generales del grupo de estudio.

Nombre	Año de nacimiento	Posible lugar donde ocurrió la transmisión	Nivel de escolaridad	Ocupación	Lugar de residencia	Grupo social con el que habita después del Dx
Benjamín	1973	Hospital de Especialidades del Centro Médico General Siglo XXI	Secundaria	Conductor de transporte en empresa de televisión	Estado de México	Actualmente vive con su pareja
Caín	1979	Desconoce	Secundaria	Guardia de seguridad en banco	Ciudad de México, Zona Centro	Vive con un hermano, está en pláticas para regresar a vivir con su esposa
Adolfo	1954	Desconoce	Carrera trunca de Ingeniería Civil	En proceso de jubilación del IMSS	Ciudad de México, Zona Centro	Actualmente vive solo
Iván	1960	Casa con su pareja	Ingeniero Civil, con especialidad en finanzas y estadística	Jubilado	Estado de México	Actualmente vive solo
Fernando	1984	Casa con su pareja	Contaduría y trabajo social	Contador	Ciudad de México, Zona Sur	Comparte departamento con una amiga y la hija de ésta
Milton	1957	Desconoce	Preparatoria	Lavado de alfombras	Ciudad de México, Zona Centro	Vive solo y ocasionalmente con uno de sus hermanos
Diego	1955	Hotel en San Francisco, Estados Unidos	Cirujano dentista	Jubilado, repartidor de comida casera	Estado de México	Actualmente vive con su pareja
Felipe	1981	Hotel con amiga	Derecho	Abogado	Ciudad de México, Zona Centro	Actualmente vive solo
Vicente	1973	Desconoce	Preparatoria	Cajero de banco	Ciudad de México, Zona Sur	Vive con un hermano

Fuente: Elaboración propia con base en entrevistas semiestructuradas.

RESULTADOS

Cuando las personas comienzan a tener pensamientos acerca de la fragilidad de la vida y de su propia finitud, pueden experimentar altos niveles de ansiedad que incluso puede llegar a ser paralizante. En respuesta a ello, se ponen en marcha mecanismos psicológicos de manera consciente o no consciente que permiten tener cierto control sobre estos pensamientos y sus consecuencias, y que podrían ser más o menos exitosos dependiendo de distintas variables situacionales y personales. La literatura que existe respecto a este tema concuerda en que sea como fuere, la presencia de la idea de muerte en la consciencia de los individuos trae consigo cambios en su conducta, cognición y emocionalidad; es el precio que se debe pagar por ser el único ser vivo que tiene consciencia de su mortalidad (Gordillo, Mestas y Pérez, 2018).

En este sentido, como se puede observar en la tabla 2, cuando se le cuestionó a los entrevistados qué ideas tenían sobre conceptos como muerte, fracaso, estigma y rechazo, encontramos que, en el caso del concepto de muerte, dos participantes: Caín y Milton hacen referencia a que cuando piensan en ello, comienzan con sentimientos de agobio

y desazón que trae como consecuencia, falta de apetito, migrañas y apnea del sueño; por lo tanto, evitan en la medida de lo posible pensar en este tema. Los participantes Iván, Fernando y Felipe consideran que, aunque al principio tuvieron este pensamiento recurrentemente, fue gracias a los grupos de apoyo, que pudieron comprender que no por estar diagnosticados deberán morir prontamente. Por su parte Adolfo, Benjamín y Vicente, aunque también tuvieron este pensamiento al inicio de su diagnóstico, reconocen que unos meses después de iniciar su TARAA comenzaron a notar que con su correcta ingesta era posible vivir por muchos años. Por último, Diego comentó que la idea de muerte no figura entre sus pensamientos o al menos no relacionado con el diagnóstico de VIH sino debido a una decepción amorosa.

Sobre la percepción del fracaso, sólo Iván reconoce que el diagnóstico como seropositivo se ha convertido en un factor decepcionante dentro de su vida. Vicente, Milton y Felipe lo relacionan más con malestares laborales, Caín y Adolfo con decepciones amorosas, Diego con ambos, Fernando con sus preferencias sexuales y, Benjamín dijo sentirse frustrado no por alguna situación relacionada con el VIH, sino por no haber podido detener a su hermano cuando éste se suicidó.

TABLA 2. Identificación de la muerte, fracaso, estigma y rechazo.

Nombre	Año de diagnóstico	Sobre la muerte	Sobre el fracaso	Sobre el estigma	Sobre el rechazo
Benjamín	1996	Al principio sí, pero ya no lo considera así, gracias a los medicamentos	No por el VIH sino por una situación familiar	A causa del personal médico	A causa del personal médico
Caín	2012	No piensa en eso	No por el VIH sino por una decepción amorosa	Oculto su diagnóstico	Oculto su diagnóstico
Adolfo	1985	Al principio sí, pero ya no lo considera así, gracias a los medicamentos	No por el VIH sino por una decepción amorosa, murió su pareja	Por sus preferencias sexuales	Por sus preferencias sexuales
Iván	1995	Al principio sí, pero ya no lo considera así gracias al grupo de apoyo	Por el VIH	Oculto su diagnóstico	Oculto su diagnóstico
Fernando	2009	Al principio sí, pero ya no lo considera así gracias al grupo de apoyo	Por sus preferencias sexuales	Por el VIH	Por sus preferencias sexuales Por el VIH
Milton	2010	No piensa en eso	No por el VIH sino por una situación laboral	No lo identifica	Por sus preferencias sexuales
Diego	1988	No por el VIH sino por una decepción amorosa	No por el VIH sino por una situación laboral y amorosa	Por sus preferencias sexuales	Por sus preferencias sexuales
Felipe	2000	Al principio sí, pero ya no lo considera así Gracias al grupo de apoyo	No por el VIH sino por una situación laboral	Porque duden de sus preferencias sexuales	A causa del personal médico
Vicente	2006	Al principio sí, pero ya no lo considera así, gracias a los medicamentos	No por el VIH sino por una situación laboral	No lo identifica	Oculto su diagnóstico

Fuente: Elaboración propia a partir de entrevistas semiestructuradas.

Por otra parte, solo Fernando reconoce al VIH como un factor que causa estigma y rechazo, sin embargo, Caín, Iván y Vicente mantienen en el anonimato su diagnóstico para así evitar este tipo de dinámicas. Por otra parte, Adolfo, Milton y Diego se han sentido estigmatizados no por su diagnóstico de VIH sino debido a sus gustos y preferencias sexuales, por último, Benjamín y Felipe reconocen que los médicos son las primeras figuras que alimentan el sentimiento de discriminación y rechazo, por la forma en cómo les dan el diagnóstico positivo.

Aunque todos consideraron que el VIH es una enfermedad que puede matarlos (Konstantinidis y Cabello, 2008), encontramos estrategias distintas para mitigar este tipo de pensamientos; por una parte algunos reconocen que prefieren no pensar en ello, es decir, usan la evitación como una estrategia para afrontar esta situación (Caín y Milton), otros, consideran que gracias a los medicamentos, esto puede mantenerlos en buen estado de salud (Adolfo, Benjamín y Vicente); mientras que, por último, encontramos los que hacen referencia a que ha sido gracias a los grupos de apoyo (Iván, Fernando y Felipe), que han logrado cambiar su forma de ver, sentir y pensar el VIH (Flores *et al.*, 2008) ya que ahí han encontrado alivio, consuelo y desahogo.

Aunque el propósito de este documento no fue hacer un análisis de las estrategias de afrontamiento que son usadas por este grupo de hombres, es importante señalar que la forma en la que las personas con VIH afrontan la situación marca diferencias importantes en el desarrollo de la enfermedad. En concreto, los estudios sobre afrontamiento y enfermedades crónicas buscan determinar qué estilos y estrategias de afrontamiento son las que generan un mejor ajuste y disminuye los riesgos asociados a la enfermedad (Vargas *et al.*, 2009). Un estilo de afrontamiento activo (centrado en el problema) a diferencia del afrontamiento pasivo (centrado en la emoción), se ha relacionado con una mejor respuesta del sistema inmune y un mayor afecto positivo. Mientras que el afrontamiento por evitación se ha relacionado con un menor apoyo social percibido, y una mayor prevalencia de estados afectivos negativos (Carrobes *et al.*, 2003). En el caso específico de los pacientes con VIH se ha encontrado que la ansiedad ante la muerte se relaciona mucho con la asintomaticidad de los pacientes y el tipo de afrontamiento que utilicen. En este sentido, el afrontamiento negativo (autofocalización negativa y expresión emocional abierta) incrementa la probabilidad de sufrir ansiedad ante la muerte (Miaja y Moral, 2014).

Por otra parte, cuando se trató de identificar si se consideraba al virus como la causa de algún fracaso en la vida, encontramos casos que asociaban al VIH como sinónimo de muerte, lo cual hace eco a estudios que especifican que el fracaso, es un concepto que se adhiere al VIH en el día a día independientemente a que se haga o no referencia a él (Barbieri *et al.*, 2005 y Orozco – Núñez *et al.*, 2015).

Sin embargo, reconocían que los grupos de apoyo fueron un gran aliciente para darse cuenta que podían vivir con el virus por muchos años.

...Sí lo afronté, pero de otra manera, como un proyecto de muerte no como un proyecto de vida. No lo afronté...

o sea yo me retiré otra vez del mundo. O sea tuve un lapso de mundo breve (habla sonriendo) y luego me retiro del mundo...yo sabía que en cualquier momento me iba a morir... con los grupos de reflexión y de meditación, ahí me cambió la vida...(Iván)

...yo sabía que me iba a morir, así al día siguiente, no imaginé que hubiera gente con tantos años con VIH, eso me alivió mucho, me dejó más tranquilo y ahí supe que no me iba a morir tan pronto... todos ellos comentaron de la importancia de los medicamentos y de la alimentación, esos eran como los elementos claves para no morirte y pues trato de llevarlos a cabo, al menos lo mejor que puedo... no, ya no te mueres de eso, bueno sí puedes, pero sólo si te descuidas mucho... (Fernando)

Por otra parte, 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, los pacientes ocultan su diagnóstico a todos los elementos de su entorno social cercano (Caín, Iván y Vicente). Esto cobra relevancia pues como especifica el estudio de Bello *et al.* (2006) el temor al rechazo y a la estigmatización en el seno familiar y en el grupo de convivencia cotidiano, son obstáculos constantes dentro de las personas que viven con VIH para dar a conocer su diagnóstico positivo. Además, encontramos que algunos mantienen en el anonimato sus preferencias sexuales (Adolfo, Fernando, Milton y Diego).

Por último, Benjamín y Felipe, consideraron que los médicos o el personal de salud en general, son los primeros en alimentar la discriminación y el rechazo, esto, debido a las formas en cómo les anunciaron el diagnóstico y cómo son tratado durante sus citas médicas. La situación mencionada se refleja en el estudio de Herrera *et al.*, 2008, cuando señalan que los médicos no explican a sus pacientes los motivos de sus decisiones ni lo que sucede con los medicamentos, exigiendo el completo apego y amonestándolos cuando lo abandonan o renuncian a él, generando con esto, poca confianza con el personal médico (Kang *et al.* 2005 y Vilató *et al.*, 2015). Ante esta situación, sería recomendable que, como especifican Kleinman y Benson (2004), tanto médicos como pacientes mantengan una relación de colaboración, cordial y amable donde las técnicas de exploración de lo que significa estar enfermo, promuevan una solución práctica del problema, una catarsis y una transformación subjetiva. Esta experiencia personal de algunos de los entrevistados es congruente con recientes estudios donde se informa que en el ámbito sanitario es donde se suceden los atropellos más graves a los derechos humanos en personas portadoras (Campillay y Monárdez, 2019). Además, las mujeres han visto vulnerados sus derechos en mayor grado que los hombres (Rivera *et al.*, 2015). Así mismo, también se ha informado de una mayor discriminación en el adulto joven que en el adulto mayor, en tanto se entiende la enfermedad en el adulto mayor como una condición del ciclo natural de la vida (Nevedal *et al.*, 2017).

En el caso de la identificación de la muerte, el fracaso, el estigma y el rechazo, el impacto tanto psicológico, como emocional que genera saber un diagnóstico positivo de VIH

ha sido ampliamente estudiado (Klüber - Ross, 1997; Lara y Mateos, 1999, 2003, Sontag, 1996 y Flores *et al.*, 2008). Sentimientos de miedo, rechazo, ira, coraje, deterioro y muerte son de los primeros que se han documentado, en este aspecto. Es importante reconocer que la información que tengan tanto previa, como a lo largo del padecimiento, ayudará a construir y reformular su diagnóstico positivo. Así, consideramos importante analizar estos conceptos para observar cómo se adentran en la experiencia del sujeto y a partir de ello, cómo las hacen parte de su discurso diario de vida, pues como apreciamos, las emociones se relacionan con la dimensión social del ser humano (Bericat, 2000).

El fracaso lo consideramos importante ya que una de las decepciones básicas de los pacientes consiste en no sentir la empatía por parte de los asistentes médicos, los médicos y el personal de enfermería, puesto que el personal de salud no entiende o acepta, *la experiencia de estar enfermo*. Esto implica un no “reconocimiento de la realidad del dolor, físico y psíquico, de las personas que sufren” (Kleinman y Benson, 2004, p. 18).

El estigma se construye y forma parte de la vida cotidiana del sujeto, ya que no sólo se presenta a partir de las vivencias en el ámbito privado (autoestigmatización). Goffman (1970) hace referencia a que los estigmas, tienen tanto aspectos desacreditados como desacreditables, y estos permean en todas las esferas de la sociedad. Por lo tanto, cuando un individuo da a conocer su diagnóstico positivo, todo el grupo social interviene, ya sea de forma pasiva o activa, positiva o negativa, apoyando o silenciando, reconociendo o rechazando, en todos los sentidos se participa y, es a partir de cómo identifican el virus, que cada sujeto sentirá cercana o lejanamente la muerte; reconocerá al virus como un agente causante de fracasos y frustraciones, discriminaciones o rechazos.

En este orden de ideas, la vida cotidiana queda representada a partir de lo que asume como legítimo, normal y necesario dentro de su sociedad, imponiéndose límites y construyendo modos de operación a partir de su identificación como seropositivo. Así, durante el transcurso de las entrevistas, cada sujeto dio información referente al estigma cuando se les preguntaba sobre conceptos como miedo, rechazo o discriminación. Por su parte, Kübler-Ross (1997), Lara y Mateos (2003) y Marzán y Varas (2001) reconocen que estos conceptos forman el día a día de las personas, algunos sufren, otros se deprimen, lo extienden o reducen a su grupo familiar, pero en todos hay efectos y aunque se conoce muy bien los efectos de la esfera emocional sobre el sistema inmune, este es un aspecto que se ha infravalorado en las investigaciones en VIH (Ramos *et al.*, 2016). Por lo tanto, el diagnóstico positivo se articula en un carácter dual, de beneficio - infortunio sin importar el tipo de práctica sexual con la que se identifiquen, pero en donde el tiempo de diagnóstico juega un papel importante, puesto que como especifican Flores *et al.* (2008), el tiempo y la experiencia cotidiana, son factores indispensables para los procesos de asimilación e incorporación de esta enfermedad a sus vidas.

De esta manera, a partir de la identificación y significado que cada entrevistado hace del VIH, es plausible encontrar como

específica Lara y Mateos (2003), que las ideas de la muerte aparecen, se intensifican o disminuyen, según la forma y calidad de vida por las que atraviesa cada persona y el entorno social en el que convive (Barbieri *et al.*, 2005). De acuerdo a esto, fue parte de la investigación precisar si los conceptos de muerte, fracaso, estigma y rechazo formaban parte de su discurso cotidiano y si no, en qué contexto aparecían o cómo lo describían. En este contexto, Sánchez *et al.* (2016) especifican que la estigmatización asociada al VIH se presenta en dos sentidos: una de forma negativa o externa, relacionando las características tangibles o intangibles que le son atribuidas para apartarla de un orden social local; y otra interna, donde las construcciones externas alrededor del virus, son interiorizadas a partir del diagnóstico.

En el caso de la identificación del estigma y el miedo, todos los informantes la asocian con el posible rechazo y la discriminación, ya sea por el diagnóstico del VIH o por las preferencias sexuales. Además, hacían alusión al estigma como una situación desacreditadora y la vinculaban directamente a una etiqueta negativa (Infante *et al.*, 2006); por lo que era común que mantuvieran en secreto su padecimiento. El estigma del VIH también tiene efectos psicológicos negativos como ansiedad, depresión, culpa, pérdida de apoyo social y aislamiento. El VIH generalmente se estigmatiza en función de que se considera incurable y progresiva, así como a una falta de responsabilidad de su condición debido a las actividades de riesgo, además de que se considera que la principal causa es una orientación sexual fuera de lo heteronormativo y por último, porque la condición física de las personas en las etapas más avanzadas del síndrome, afecta de manera adversa la interacción social.

De esta manera, su asociación con estigmas pre-existentes 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 al desviarse de alguna norma social. El estigma relacionado al VIH 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 (Marzán-Rodríguez y Varas-Díaz, 2006).

Por otra parte, fue importante reconocer el papel que desempeña el personal médico en todo este proceso, ya que al ser la primera instancia donde se proporciona el diagnóstico, es fundamental la forma en cómo provee la información. Así, el planteamiento de que la coexistencia de información médica “científica” con los mitos y creencias vinculados con el VIH/SIDA se manifiestan en prácticas estigmatizadoras y discriminatorias dirigidas a aquellas personas infectadas por el virus y los “sospechosos” de estarlo; y estas prácticas, a su vez, influyen en dicha coexistencia. En tales casos, el efecto negativo del estigma y la discriminación asociada al VIH se refleja en los obstáculos para la utilización de servicios de salud, para el acceso a tratamientos de enfermedades oportunistas y terapéuticas antirretrovirales, así como para el acceso a información para la prevención (Infante *et al.*, 2006).

En este orden de ideas, Herrera *et al.* (2008) especifican que el trato en los servicios dependerán de dos factores, por una parte de la experiencia, la formación especializada y el tiempo que el personal médico hayan tratado a personas que viven con VIH, y por otro, de la antigüedad del paciente en el servicio, si se muestra exigente o sumiso, así como de su condición étnica, de clase, género u orientación sexual, ya que como anuncian Kleinman y Benson (2004), debe existir una relación de compromiso médico – paciente y ligarse a los sentidos morales de la enfermedad, en el marco de la relación que les une, asimismo identificamos, como señala Malagón (1999), las dificultades que las personas que viven con VIH deben atravesar puesto que requieren de la asistencia en salud, por lo que deben conocer y participar del mundo simbólico de la institución; reconocer los ambientes, la organización, la estructura de poder, los comportamientos, así como saberse dirigirse al médico e intentar hacerse entender de la mejor manera, para que así el médico tenga una imagen aproximada de lo que lo aqueja, sin embargo, también se reconoce que una mala atención puede producir temores, zozobras, estigmatizaciones y autoaislamientos.

Esta multiplicidad de factores, pueden alterar la forma de tratar, recibir, atender y dar seguimiento a los pacientes seropositivos, pues, por ejemplo, en el caso de Adolfo, la noticia causó conmoción, miedo y desasosiego, razón por la cual dejó por completo de asistir al médico por un periodo de 10 años. Asimismo, algunos otros reconocieron (Felipe y Benjamín) a los médicos como las primeras figuras causantes de la estigmatización y el rechazo; estas acciones como lo especifican Kang *et al.* (2005), limitan la posibilidad de crear estrategias de seguimiento en los tratamientos implementados por los profesionales en los servicios de salud.

Por último, es importante resaltar que, para algunos, la presencia del estigma y el rechazo la generó por primera instancia el médico que en su momento dio la noticia sobre el diagnóstico (Benjamín y Felipe). Esto es de llamar la atención pues recordemos un diagnóstico de esta naturaleza, afecta las vidas de las personas, por lo que la forma en que se dé a conocer el diagnóstico es de fundamental importancia para el abordaje de su situación de salud en el futuro inmediato (Konstantinidis y Cabello, 2008). Por tanto, si existe una deficiente información, displicencia, indiferencia o poco tacto para dar la noticia, es probable que se generen sentimientos de rechazo, enojo y desconcierto. Estudios como el de Konstantinidis y Cabello (2008), han demostrado que cuando las personas se encuentran internadas (debido a otras enfermedades) y se les da el diagnóstico positivo, se interrumpe la fase prediagnóstica de la enfermedad, por lo que es posible que presenten dificultades de adaptación y adherencia al nuevo agente infeccioso, por tanto, debe haber mayor sensibilidad por parte de los médicos para poder acercarse a este tipo de realidades. En este sentido, Saucedo *et al.* (2018) señalaron que es importante que los profesionales de la salud reciban una formación profesional en torno a tres ejes relacionadas con el VIH: 1) respecto a la infección del VIH y SIDA; 2) respecto a las políticas públicas en salud y, 3) en derechos humanos. Estos tres ejes se presentan como fundamentales para proporcionar una atención a la salud adecuada. También indicaron que el

ideal de atención se basa en que cada miembro del equipo de salud debe autoconocerse, lo que implica la reflexión de sus valores, creencias y cultura, con el fin de que éstos no interfieran negativamente en la realización de sus acciones de atención primaria a la salud.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Como ya hemos comentado el VIH nació como un elemento distintivo, propio de un sector, exclusivo y reservado, sin embargo, este mismo carácter permitió encasillarlo como el ingrediente perfecto de un grupo tóxico, nocivo, estigmatizante y segregado. Ahora bien, esto ha derivado en dos tipos de anonimato: en el individual y el colectivo, en el primero, donde el sujeto, conociéndose en situación de riesgo, se rehúsa a hacerse la prueba para conocer su diagnóstico, y en el otro, sabiendo su seropositividad, prefiere mantenerla en secreto. Consideramos importante abordar estos conceptos por la forma en cómo se ha identificado el virus a lo largo de los años. Si bien el VIH se ha construido sobre conceptos perniciosos constituidos principalmente por estigmas públicos, su origen como una infección ocasionada por prácticas sexuales socialmente censurables, le ha permitido modificar todas las esferas sociales, fortaleciendo así, las percepciones negativas. Así, el virus se construye sobre percepciones inconclusas y regularmente desconocidas sobre la forma en cómo se adquiere, se reproduce o 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 población en su conjunto juega un papel importante en el proceso de conocimiento, asimilación, rechazo, aceptación o resignación de saberse seropositivo y aunque se han hecho esfuerzos considerables para disminuir estas percepciones, se continúa construyendo al seropositivo como un grupo de riesgo, potencialmente dañino, lo que se traduce en mantener en el anonimato el diagnóstico positivo durante el mayor tiempo que sea posible pues, como especifica Lizarraga (2003), hablar de “grupos de alto riesgo” es vestir con nuevas prendas a 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 *et al.*, 2000 y Lizarraga, 2003), ya que los grupos sociales con mayores grados de vulnerabilidad correspondían a aquellos que eran estigmatizados y cuyos derechos eran los menos respetados antes de la aparición del SIDA (Leyva y Caballero, 2009).

En un principio, las personas con VIH eran consideradas como un colectivo marginado, debido a ello, retrasaban su ingreso al tratamiento antirretroviral, por lo que frecuentemente eran diagnosticados presentándose en un proceso de desgaste avanzado o con alguna enfermedad oportunista que disminuía las posibilidades de sobrevivencia. Actualmente y gracias a la Guía de Manejo de Antirretrovirales de Personas que viven con VIH (2019), esto se ha modificado y cada vez es más frecuente un diagnóstico oportuno.

Nuestra realidad es corpórea (Laín, 1989) y subjetiva (Laing, 1982), cada uno de nosotros construye simbólicamente el cuerpo que tiene (Le Breton, 1995) y la conciencia de ser y vivir, es la conciencia y la experiencia que se tiene del cuerpo propio, es el medio que tenemos para “poseer un mundo” (Merleau - Ponty, 2000), ya que ninguna experiencia, por banal, frívola o intrascendente que parezca, es un hecho objetivo (Laing, 1982). Estudiar, o más bien dicho, describir una enfermedad fuera de la realidad de la persona que lo padece, aportará información relevante en muchos sentidos, pero dejará fuera el más importante, la realidad de la existencia de las personas enfermas.

REFERENCIAS

- Aggleton, P., Parker R. & Maluwa, M., (2003) Stigma, Discrimination and HIV/AIDS in Latin America and the Caribbean, Inter-American Development Bank, *Sustainable Development Department Technical Papers Series*, pp 1 -20.
- Aguado, C. (2004) *Cuerpo Humano e Imagen Corporal. Notas para una Antropología de la Corporeidad*, Instituto de Investigaciones Antropológicas, UNAM
- Aisenson, A. (1981) *Cuerpo y persona, filosofía y psicología del cuerpo vivido*, Fondo de Cultura Económica, México.
- Álvarez, L. S. (2009). Los determinantes sociales de la salud: más allá de los factores de riesgo. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 8(17), 69-79.
- Arrivillaga, M., Salazar, I. C., & Correa, D. (2003) “Creencias sobre la salud y su relación con las prácticas de riesgo o de protección en jóvenes universitarios” en: *Colombia Médica*, 34(4), pp.186-195.
- Asociación Vía Libre/ Comité Institucional de Bioética: Normas para la redacción del Consentimiento Informado recomendadas por CIOMS. (2016) Publicación científica No 563, CIOMS. (<http://www.vialibre.org.pe/CIB-NorCons%20Infor.pdf>) 06-15-17
- Banks, M. (2010), *Los datos visuales en investigación cualitativa*. Ediciones Morata, España.
- Barbieri, A. L., Machado, A. A., & De Castro Figueiredo, M. A. (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*, 6(2), 157-163.
- Barragán, A. (2007) El cuerpo vivido: entre la explicación y la comprensión, *Estudios de Antropología Biológica*, XIII, México, 693 –710
- Barreda-Velít, C., & Salcedo-Pereda, R. (2017). Estigma relacionado a VIH/SIDA y no adherencia al tratamiento antirretroviral. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 34(2), 347-348.
- Baruch R. (2014) La epidemia del VIH entre hombres que tienen sexo con otros hombres en México: el caso del bareback. México, DF: *Espolea AC*.
- Bassett, S. M., Schuette, S. A., O'Dwyer, L. C., & Moskowitz, J. T. (2019). Positive affect and medication adherence in chronic conditions: A systematic review. *Health Psychology*, 38(11), 960–974. <https://doi.org/10.1037/hea0000778>
- Bauman, Zygmunt (2001). *La sociedad individualizada*. Colección teoremas, Cátedra, Madrid.
- Bayón, C., & Mier y Terán Rocha, M. M. (2010) *Familia y vulnerabilidad en México. Realidades y percepciones*. Instituto de Investigaciones Sociales, UNAM, México,
- Bello Pérez, M, Cruz, O. I. G., & Toledo, T. (2006) “El VIH/SIDA: una dolencia marcada por el estigma y la discriminación” en: *Medicentro electrónica*, Supl 1, pp.1-3 en: <http://www.medicentro.sld.cu/index.php/medicentro/article/viewFile/800/812>, última visita, 2 de junio 2016.
- Berger, P. & Luckmann, T. (1999), *La construcción social de la realidad*, Amorrortu, Buenos Aires.
- Bericat, E. (2000) “La sociología de la emoción y la emoción en la sociología” en: *Papers: revista de sociología*, (62), pp. 145-176.
- Bleda, J. M. (2005). Determinantes sociales de la salud y de la enfermedad. *Barataria: revista castellano-manchega de ciencias sociales*, (7), 149-164.
- Busso, G. (2001) Vulnerabilidad social: nociones e implicancias de políticas para Latinoamérica a inicios del siglo XXI. documento presentado en el Seminario Internacional “Las diferentes expresiones de la vulnerabilidad social en América Latina y el Caribe” (Santiago de Chile, 20 y 21 de junio), inédito.
- Butler, J. (2006) *Deshacer el Género*. Paidós, Barcelona.
- Campillay, M. y Monárdez, M. (2019). Estigma y discriminación en personas con VIH/SIDA, un desafío ético para los profesionales sanitarios. *Revista de Bioética y Derecho*, 47.
- Carmo, J., Andrés-Pueyo, A. & López, E. (2005). La evolución del concepto de tabaquismo. *Cad. Saúde Pública*, vol.21, n.4, pp.999- 1005.
- Carrobbles, J.A., Remor, E. y Rodríguez-Alzamora, L. (2003). Afrontamiento, apoyo social percibido y estrés emocional en pacientes con infección por VIH. *Psicothema*, 15(3), 420-426.
- Castro, A. y P. Farmer “El sida y la violencia estructural: la culpabilización de la víctima” *Cuadernos de Antropología Social*, num, 17, 2003, pp.29-47.
- Castro, R., Eroza, E., Orozco, E., Manca, M.C.& Hernández, J. (1997). Estrategias de manejo en torno al VIH/ SIDA a nivel familiar. *Salud pública Méx* [online]. vol.39, n.1 [cited 2020-01-29], pp. 32-43. Available from: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36341997000100006&lng=en&nrm=iso>. ISSN 0036-3634. <http://dx.doi.org/10.1590/S0036-36341997000100006>.
- Ceballos, A., Arias, A. E., & Villamizar, M. P. J. (2014). Uso de estrategias de afrontamiento de los pacientes con el VIH y el cáncer en una clínica privada en Santa Marta– Colombia. *RFS Revista Facultad de Salud*, 6(1), 27-33.
- Cervio, A. L. (2012) “A modo de presentación: Una sociología por y desde las tramas del sentir” en: *Las tramas del sentir. Ensayos desde una sociología de los cuerpos y las emociones*. Ana Lucía Cervio (Compiladora), Estudios Sociológicos Editora, Argentina, pp. 9- 18.
- Chambers, R. (1989) “Vulnerability: How Do the Poor Cope”, *IDS Bulletin* 20(2),
- Chincha, O., Samalvides, F., Bernabé-Ortíz, A., Kruger, H., & Gotuzo, E. (2008). Asociación entre el consumo de alcohol y la infección por virus de inmunodeficiencia humana. *Revista chilena de infectología*, 25(1), 49-53.
- Colfax, G., Buchbinder, S., Cornelisse, P., Vittingoff, E.,

- Mayer, K. y Celum, C. (2002), Sexual risk behaviors and implications for secondary transmission during and after hiv seroconversion. *Acquired Immune Deficiency Syndrome*; 16, 1529-1535.
- Collignon-Goribar, M.M. (2009) Construcción social de la sexualidad y el SIDA en el México contemporáneo. En *Renglones, revista arbitrada en ciencias sociales y humanidades*, núm.60. Tlaquepaque, Jalisco: ITESO.
- Consejo Nacional de Población (CONAPO) (2000): http://conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/CRPD_2015/Documentos_Relacionados/FBP5/files/assets/basic-html/page75.html
- Coogan M, Greenspan J, Challacombe S. (2005) Oral lesions in infection with human immunodeficiency virus. *Bull WHO*; 83: 700-6.
- Chorley-Sánchez, J., & Nájera-Ortiz, J. C. (2019). Lesiones en cavidad oral en pacientes con VIH en un estado del sur de México. *Odontología sanmarquina*, 22(1), 13-18.
- Damasio, A. (2005). *En busca de Spinoza: neurobiología de la emoción y los sentimientos*. Barcelona: Crítica.
- Damasio, A. (2010). *Y el cerebro creó al hombre*. Barcelona: Destino.
- Deigh, J. (2010). Concepts of Emotion in Modern Philosophy and Psychology. *The Oxford Handbook of Philosophy of Emotion*. Ed. Peter Goldie. New York: Oxford University Press, 17-40.
- Delgadillo Martínez, R. (2007) Análisis Procesual del Impacto del VIH/SIDA y su Representación en Personas Seropositivas, *Psicología Iberoamericana*; Vol. 15, No. 2, pp. 30-37, en: <http://www.uia.mx/web/files/publicaciones/ripsic/ripsic15-2.pdf#page=31>
- Dolengevich-Segal, H., Rodríguez-Salgado, B., Ballesteros-López, J., & Molina-Prado, R. (2017). Chemsex. Un fenómeno emergente. *adicciones*, 29(3), 207-209.
- Flick, U. (2004), *Introducción a la investigación cualitativa*, España, Ediciones Morata.
- Flores Palacios, F., Almanza, M., & Gómez, A. (2008) Análisis del Impacto del VIH/SIDA en la Familia: Una Aproximación a su Representación Social, *Psicología Iberoamericana*; (Julio-Diciembre) Vol. 16, No. 2, pp.6-13. En: <http://www.uia.mx/web/files/publicaciones/ripsic/ripsic16-2.pdf#page=7>
- Flores-Sarazúa, E., Borda-Más, M., & Pérez-San Gregorio, M. Á. (2006) Estrategias de afrontamiento en varones con SIDA, con antecedentes de politoxicomanía y en situación de exclusión social. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6(2), 285-300.
- Folch, C., Casabona, J., Muñoz, R., & Zaragoza, K. (2005) Evolución de la prevalencia de infección por el VIH y de las conductas de riesgo en varones homo/bisexuales. *Gaceta Sanitaria*, 19(4), 294-301.
- Fuster, D., Torrens, M., Tor, J., & Muga, R. (2009). Paciente con abuso de alcohol, infección por el VIH y hepatitis crónica C. *Trastornos Adictivos*, 11(3), 173-179.
- Glaser, B.G. y Strauss, A.L. (1967), *The Discovery of Grounded Theory: strategies for qualitative research*. Aldine, New York.
- Geertz, C. (1992), *La interpretación de las culturas*, Gedisa, España.
- Goffman, E. (1970) *Estigma: la identidad deteriorada*, Buenos Aires: Amorrortu.
- González Llona, I., Tumuluru, S., González-Torres, M. Á., & Gaviria, M. (2015) Cocaína: una revisión de la adicción y el tratamiento. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 35(127), 555-571.
- Gordillo F., Mestas, L., y Pérez, M.A. (2018). El efecto Kuleshov: la integración del contexto y la expresión facial en la percepción de las emociones. *Elementos* 109, 35-40.
- Granados – Cosme, J. & Torres, C. (2014) Prevalencia de *bareback* en una red social virtual dirigida a varones homosexuales de la Ciudad de México, *Salud Problema, Segunda época / año 8 / núm. 15 / enero-junio*
- Granados – Cosme, J. (2014). Normalización y normatividad de la homosexualidad: Una definición desde el esclarecimiento de las funciones sociales de la medicina. *Salud Problema*, UAM – X, (8), (16), 88 -102.
- Granados – Cosme, José Arturo (2015). Disidencia sexual y derecho a la salud. México diverso entre avances y retrocesos. *Salud Problema*, UAM – X, (9), (17), 66 -78.
- Grimberg, Mabel, (2003), Narrativas del cuerpo. Experiencia cotidiana y género en personas que viven con vih”, en: *Cuadernos de antropología social*; N17, FFyL – UBA, PP, 77- 99.
- Guerrero-Castañeda, R., de Oliva-Menezes, T., do Prado, M. (2019). La fenomenología en investigación de enfermería: reflexión en la hermenéutica de Heidegger. *Esc Anna Nery* 2019;23(4), 1-7.
- Guía para la atención médica de pacientes con infección por VIH / SIDA en consulta externa y hospitales*. (2000) CONASIDA, IMSS, ISSSTE, INI, DIF, SSA.
- Hamui Sutton, Liz, (2011), “Las narrativas del padecer: una ventana a la realidad social.” en: *Cuicuilco* 18.52, INAH – SEP, México, 51-70pp.
- Heller, Agnes (1998) *Sociología de la vida cotidiana*, península, España.
- Herrera, C. y Campero, L. (2002), La vulnerabilidad e invisibilidad de las mujeres ante el VIH/SIDA: constantes y cambios en el tema. *Salud Pública de México*; 44(6):554–564.
- Herrera, Cristina, Campero, Lourdes, Caballero, Marta, & Kendall, Tamil (2008) Relación entre médicos y pacientes con VIH: influencia en apego terapéutico y calidad de vida. *Revista de Salud Pública*, 42(2), pp 249-255
- Hersch Martínez, Paul (2013) “Entidades nosológicas y epidemiología sociocultural: algunas pautas para una agenda de investigación” en: *Dimensión Antropológica*, Año 20, Vol. 57, pp.119 – 137.
- Hipólito, R., de Oliveira, D., da Costa, T., Correa, S., Ramos, E. y Tosoli, A. (2017). Calidad de vida de personas convivinedo con VIH/SIDA: relación temporal, sociodemográfica y perceptiva de la salud. *Revista Latinoamericana Enfermagen* 25, e2874, 1-10.
- Hocquenghem, G. (2009) El deseo homosexual. Melusina, España.
- Hutton, H. E., McCaul, M. E., Santora, P. B., & Erbeling, E. J. (2008) The relationship between recent alcohol use and sexual behaviors: gender differences among sexually transmitted disease clinic patients. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 32(11) 2008 – 2015pp.
- Infante César, Zarco Ángel, Cuadra Silvia Magali, Morrison Ken, Caballero Marta, Bronfman Mario (2006) El estigma asociado al VIH/SIDA: el caso de los prestadores de

- servicios de salud en México. *Salud pública*, México; 48 (2): 141-150pp. Última visita: julio 2019, en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003636342006000200007&lng=es
- Irwin T W, Morgenstern J, Parsons J T, Wainberg M, Labouvie E. (2006) Alcohol and sexual HIV risk behavior among problem drinking men who have sex with men: An event level analysis of timeline follow back data. *AIDS Behav*; 10: 299-307.
- James, W. (1884). What is an Emotion? *Mind*, 9, 188-205.
- Jericó, C., Knobel, H., Sorli, M. L., Montero, M., Guelar, A., & Pedro-Botet, J. (2006). Prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en pacientes con infección por el VIH. *Revista clínica española*, 206(11), 556-559.
- Kang E, Rapkin Bd, Remien Rh, Mellins Ca, Oh A. (2005) Multiple dimensions of HIV stigma and psychological distress among Asians and Pacific Islanders living with HIV illness. *AIDS & Behavior*; 9(2):145-154.
- Kaztman, Rubén (2000). Notas sobre la medición de la vulnerabilidad social. BID-Banco Mundial-CEPAL-IDEA, 5, 275-301.
- Kübler – Ross, Elisabeth (1997) *AIDS: The Ultimate Challenge*, Touchstone Editors, United Kingdom.
- Konfino, J., & Mejía, R. (2011) ¿Por qué se debe tratar el tabaquismo en las personas que viven con VIH/SIDA? Revisión de la bibliografía, actualizaciones en SIDA, Buenos Aires, junio, volumen 19 . número 72:46-51
- Konstantinidis Amanatios Y Martha Leticia Cabello Garza (2008). La notificación del diagnóstico y las primeras reacciones de personas infectadas por el virus del VIH. Un estudio cualitativo realizado en el área metropolitana de Monterrey, NL. En: Revista Perspectiva social, primavera, vol. 10 número 1, pag 87 – 112.
- Kübler – Ross, Elisabeth (1997). *AIDS: The Ultimate Challenge*, Touchstone Editors, United Kingdom.
- Kresina, T. F., Flexner, C. W., Sinclair, J., Correia, M. A., Stapleton, J. T., Adeniyi- Jones, S, & Cheever, L. W. (2002) Alcohol use and HIV pharmacotherapy. *AIDS research and human retroviruses*, 18(11), 757-770.
- Laín Entralgo, Pedro (1989) “*La experiencia del cuerpo propio*” en: El cuerpo humano. Teoría Actual, Espasa – Universidad, España, pp. 115 – 180.
- Laing, Ronald D. (1982) *La voz de la experiencia*, Crítica – Grijalbo, Barcelona
- Lara y Mateos, Rosa María (1999) *Una aproximación a la vida estigmatizada de las personas que viven con VIH/ SIDA en el puerto de Veracruz*, Tesis de maestría en antropología social, ENAH, México.
- 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.
- Laurell, A. C. (1982). La salud-enfermedad como proceso social. *Revista latinoamericana de Salud*, vol. 2, no 1, p. 7-25.
- Le Breton, David (1991) “Cuerpo y Antropología, sobre la eficacia simbólica”, en: *Diógenes*, num.153, UNAM, México, pp 87 – 98.
- Le Breton, David (1995) *Antropología del cuerpo y modernidad*, Nueva Visión, Argentina.
- León Parra, Beatriz (2010) “La alcoholización como proceso biosociocultural en comunidades mazahuas del Estado de México” *Tesis de doctorado en Antropología Física*, México, INAH-SEP.
- Levinas, Emmanuel (2005) *Dios, la muerte y el tiempo, colección teoremas*, Ediciones Cátedra, Madrid.
- Liscano Pinzón, Y. D. L., y Montoya, J. H. E. (2015). Exploración y análisis a los determinantes sociales estructurales e intermedios de la pandemia del VIH-SIDA. *Acta Odontológica Colombiana*, 5(1), 117-131.
- Lizarraga, Xabier, (2003) Una historia sociocultural de la homosexualidad. *Notas sobre un devenir silenciado*, México: Paidós.
- López, A. O., Escudero, J. C. Y Moreno, L. D. C. (2008). Los determinantes sociales de la salud: una perspectiva desde el Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales sobre la Salud, *ALAMES. Medicina Social*, 3(4), 323-335.
- López Cisneros, Manuel Antonio; Castillo Arcos, Lubia del Carmen; Morales Vinagre, Reyna Guadalupe; Telumbre Terrero, Juan Yovani; López García, Karla Selene; Armendáriz García, Nora Angélica (2017) Consumo de alcohol y tabaco en jóvenes portadores del virus de la inmunodeficiencia humana. Referencia; IV(12). Disponible en <<http://www.index-f.com/referencial/2017/412027.php>> Consultado 12 octubre 2019
- Lowinger, M., Mirazo, I., & Savio, E. (1996). Prevalencia de lesiones preneoplásicas y condiloma de cuello uterino en una muestra de pacientes VIH positivas del Uruguay. *Rev Med Uruguay*, 12, 135-138.
- Lozano, Ignacio (2009) El significado de homosexualidad en jóvenes de la Ciudad de México. Enseñanza e investigación en Psicología, 14(1), 153-168.
- Magis-Rodríguez, Carlos y Del Río Chiriboga, Carlos (2000) “Epidemiología del VIH y del SIDA en México” en: Samuel Ponce de León y Sigfrido Rangel Frausto (coords.), *SIDA aspectos clínicos y terapéuticos*, Mc Graw – Hill, Interamericana, México, pp 1 – 10.
- Miaja ÁM, Moral RJ. Ansiedad ante la muerte y afrontamiento en personas viviendo con VIH/SIDA y población general. *Rev Mex Invest Psic*. 2014;6(1):26-42.
- Marchena Rodríguez, L., Fernández Ortega, C. M., & García García, B. (2015). Manifestaciones orales en los pacientes con VIH SIDA. *REDOE*, 3, 1-5.
- Martínez, Ramírez Florencia Adriana, Martha Villaseñor Farías, Alfredo Celis de la Rosa (2001) El condón masculino y su eficacia. Información y creencias en adolescentes escolares. *Rev Med IMSS* 40.1, pp 35-41.
- Marzán Rodríguez, M., & Varas Díaz, N. (2001) Las dificultades de sentir: el rol de las emociones en la estigmatización del VIH/SIDA. In *Forum, qualitative social research/ Forum, Qualitative Sozialforschung* (Vol.7, No.4), NIH Public Access, pp1 – 17.
- Mehta, R., Loredó, B., Sañudo, M., Hernández Jiménez, S., Rodríguez Carranza, S. I., Gómez Pérez, F. J. & Aguilar Salinas, C.A. (2004) Epidemiología de las anormalidades metabólicas en pacientes con infección por VIH. *Revista de investigación clínica*, 56(2), 209-221.

- Merleau Ponty, Maurice (2000) *Fenomenología de la percepción*, Península, Madrid
- Moore RD, Keruly JC, Chaisson RE. (2004) Differences in HIV disease progression by injecting drug use in HIV-infected persons in care. *J Acquir Immune Defic Syndr*;35:46-51.
- Mora-Rojas, R. B., Alzate-Posada, M. L., & Rubiano-Mesa, Y. L. (2017). Prevención de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) en Colombia: brechas y realidades. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 16(33), 19-34.
- Morales-Borrero, C., Borde, E., Eslava-Castañeda, J. C., Y Concha-Sánchez, S. C. (2013). ¿Determinación social o determinantes sociales?: Diferencias conceptuales e implicaciones praxiológicas. *Revista de salud pública*, 15, 810-813.
- Muñoz-Martínez, R. (2014). Cultura organizacional de cuidados médicos, violencia institucional y desadherencia al tratamiento antirretroviral de las personas indígenas que viven con VIH-Sida en Los Altos de Chiapas. *LiminaR*, 12(2), 46-66.
- Nájera Morrondo, R. N. (2016). VIH/SIDA: alcohol y otras drogas. *Revista española de drogodependencias*, (número 4), pág. 5-18.
- Nevedal, A., Neufeld, S., Luborsky, M, Sankar, A. (2017). Older and Younger African Americans' Story Schemas and Experiences of Living with HIV/AIDS. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 32(2), 171-189.
- Núñez Noriega, G. (2011). Hombres indígenas, diversidad sexual y vulnerabilidad al VIH-Sida: una exploración sobre las dificultades académicas para estudiar un tema emergente en la antropología. *Desacatos*, (35), 13-28.
- 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. *Rev Cubana Invest Bioméd*, vol.20, n.2, pp. 150-158
- ONUSIDA (2020) *Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida*. Disponible en: <http://www.unaids.org/es/resources/campaigns/HowAIDSchangedeverything/factsheet> Consultado el 3 de abril 2019.
- Ornish, Dean. (1999) *Dean Love and survival*, Vermilion, United Kingdom.
- Orozco-Núñez E, Alcalde-Rabanal Je, Ruiz-Larios Ja, Sucilla-Pérez H, García-Cerde R. (2015). Mapeo político de la discriminación y homofobia asociadas con la epidemia de VIH en México. *Salud Pública Mex*; 57 supl 2:S190-S196.
- Pastrana Morales, Edna Yoly (2020) *Jóvenes con VIH/sida: sus recursos para afrontar el riesgo suicida*. Fondo Editorial–Ediciones Universidad Cooperativa de Colombia.
- Paudel, Vikas; Baral, Kedar P. (2015) Women living with HIV/AIDS (WLHA), battling stigma, discrimination and denial and the role of support groups as a coping strategy: a review of literature. *Reproductive health*, vol. 12, no 1, p. 1-9.
- Peña García, Y., Andfraín Silva, L., Sartorio Zayas, I., Suárez Padilla, D., & Lozada Pérez, A. (2017). La carga del tabaquismo en el proceso salud-enfermedad en personas con el virus de inmunodeficiencia humana y el sida. *Revista Finlay*, 7(3), 179-186.
- Pernas, A., Castillo, I. I., Bermejo, P., Basabe, N., Carou, M., Paez, D., & Cabarcos, A. (2001). Formas de afrontamiento y afectividad en personas con VIH/SIDA. Diferencias entre toxicómanos y no toxicómanos. *Adicciones*, 13(4), 393-398.
- Radusky, P. D., Zalazar, V., & Aristegui, I. (2022). "Crecimiento postraumático en hombres gays con VIH en Buenos Aires, Argentina" en: *Psicología y Salud*, vol. 32 num, pp. 93-104.
- Yamila Ramos Rangel, Ana Esther Cabrera Pérez, Belkis González Aguiar (2016). Estados emocionales negativos y variables clínicas en personas con virus de inmunodeficiencia humana/sida. *Medisur* vol.14 no.6,
- Reis, R. K., & Gir, E. (2010). Living with the difference: the impact of serodiscordance on the affective and sexual life of HIV/AIDS patients. *Rev Esc Enferm USP*, 44(3), 759 a 765.
- Rivera, M., Varas, N., Doralis, C., Padilla, M., Rojas, M., Serrano, N. (2015). Ellos de la calle, nosotras de la casa: El discurso patriarcal y las experiencias de mujeres que viven con el VIH/SIDA en Puerto Rico. *Cuadernos de trabajo social*, 28(1), 83-92.
- Robles Bernardo 2011(A) La entrevista en profundidad: una técnica útil dentro del campo antropológico. *Cuicuilco*; 18(52):39-49.
- Robles Bernardo 2011(B) "La experiencia en el campo: algunas reflexiones": Barragán Solís, Anabella y Lauro González Quintero (Coord.) *La complejidad de la Antropología Física*, INAH, ENAH, México.
- Roth, E. (1990) "Aplicaciones comunitarias de la medicina conductual" en: *Revista latinoamericana de Psicología*, 22(1), pp. 27-50.
- Sáez Javier y Sejo Carrascosa (2011) *Por el culo. Políticas anales*, Editorial Egales, Madrid/Barcelona.
- Sánchez Maldonado Miguel, José Luis Terrón Blanco, and José Carlos Lozano Rendón. (2016) "Estigmatización y usos léxicos en el tratamiento informativo del VIH/SIDA en cinco diarios mexicanos de 2012 a 2013." *Comunicación y Sociedad*, Nueva época, núm. 25, pp.71-100.
- Santiesteban – Díaz, Y. M., Orlando-Narváez, S. A., & Ballester-Arnal, R. (2019). Conductas de riesgo hacia la infección por VIH. Una revisión de tendencias emergentes. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24, 1417-1426.
- Saucedo Pádua, G., Huerta Baltazar, M. I., Alcántar Zavala, M. L., Ruiz Recéndiz, M. de J., Jiménez Arroyo, V., & Avila Cazarez, L. (2018). Estigmatización a personas con VIH-SIDA en la atención primaria como barrera de apego al tratamiento. *RESPYN Revista Salud Pública Y Nutrición*, 17(3), 26–33. <https://doi.org/10.29105/respyn17.3-4>
- Schutz Alfred, (1995), *La construcción significativa del mundo social*, Paidós, Barcelona.
- Schwartzmann, Laura (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Cienc. enferm.* [online], vol.9, n.2, pp. 09-21. En: <http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v9n2/art02.pdf>
- SHERNOFF, M. (2006). "Condomless sex: gay men, barebacking, and harm reduction". *Journal of Social Work*; 51(2):106-113.
- Sontag Susan (1996) *La enfermedad y sus metáforas y El Sida y sus metáforas*, Editorial Taurus, Madrid, 176 pp.

- Steele CM, Josephs RA. (1990) Alcohol myopia. Its prized and dangerous effects. *Am Psychol*; 45(8):921-933.
- Taylor S. & R. Bogdan, (1996) "La entrevista en profundidad", en: *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*, Paidós, México, pp.100 – 120.
- Tobón, B. Á., & García Peña, J. J. (2019). Perfil emocional de las personas con VIH. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 22(2), 1024-1046.
- Torres Cruz, C. (2019). Biomedicina, vulnerabilidad, género y cuerpo en vínculos erótico-afectivos serodiscordantes en la Ciudad de México. *Debate Feminista*, 57.
- Urzúa Morales, Alfonso; Patricia Zúñiga, Barreda, (2008) Vulnerabilidad al VIH en mujeres en riesgo social. *Revista de Saúde Pública*, vol. 24, p. 822-829,
- Valencia, J., Gutiérrez, J., Troya, J., González-Baeza, A., Dolengevich, H., Cuevas, G., & Ryan, P. (2018) Consumo de drogas recreativas y sexualizadas en varones seronegativos: datos desde un *screening* comunitario de VIH, *Revista Multidisciplinar Del Sida*, Vol. 6. Núm.13.
- Vallecillo Sánchez, Gabriel (2015) Atención clínica integral y pronóstico de pacientes con abuso de drogas e infección por el VIH, *Tesis doctoral, Universitat Autònoma de Barcelona*. Departament de Medicina.
- Vargas Melgarejo, Luz María (1994) Sobre el concepto de percepción, en: *Alteridades*, Año 4, vol.8, México, pp. 47– 53.
- Vargas, J. E., Cervantes, M. y Aguilar, J. E. (2009). Estrategias de afrontamiento del sida en pacientes diagnosticados como seropositivos. *Psicología y Salud*, 19(2), 215-221.
- Varguillas, Carmen Siavil y Silvia Ribot de Flores, (2007), Implicaciones conceptuales y metodológicas en la aplicación de la entrevista en profundidad en: *Laurus*, UniverSidad Pedagógica Experimental Libertador, Caracas, Venezuela, año/vol 13, núm. 023, pp. 249- 262.
- Velásquez Vélez, Sergio; Bedoya Serna, Beatriz, (2011) Los jóvenes: población vulnerable del VIH/SIDA. *Medicina UPB*, vol. 29, no 2, p. 144-154.
- Vilató Frómata, Liudmila, Martín Alfonso, Libertad, & Pérez Nariño, Iliana. (2015) "Adherencia terapéutica y apoyo social percibido en personas que viven con VIH/ SIDA" en: *Revista Cubana de Salud Pública*, 41(4) Recuperado en 20 de junio de 2016: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662015000400005&lng=es&tlng=es.
- Zafra-Tanaka, J. H., & Ticona-Chavez, E. (2016). Estigma relacionado a VIH/SIDA asociado con adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes de un hospital de Lima, Perú 2014. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 33, 625-632.
- Zapata-Garibay, R., González-Fagoaga, J. E., & Rangel-Gómez, M. G. (2014). Mortalidad por VIH/SIDA en la frontera norte de México: niveles y tendencias recientes. *Papeles de población*, 20(79), 39-71.