

Sexualidad y Género en Personas conVIHviendo: una mirada Psicosocial

Sexuality and Gender in People Convinced: a Psychosocial View

José Antonio Zavala Meza¹

Resumen: El presente informe, pretende dar cuenta del trabajo participativo llevado a cabo con un grupo de autoapoyo entre personas con VIH en Morelia, Michoacán; las cuales se reúnen por lo menos una vez a la semana, desde hace más de 18 años, para realizar actividades de acompañamiento y consejería (asimismo participan de actividades pro-derechos sexuales, de salud sexual y reproductiva). Esta ponencia tiene como objetivo visibilizar, analizar y reflexionar las principales problemáticas biopsicosocioculturales que tienen que enfrentar estas personas debido a su condición serológica, en los diferentes ámbitos sociales en los que conviven e interactúan.

Abstract: This report aims to account for the participatory work carried out with a self-support group among people with HIV in Morelia, Michoacán; which meet at least once a week, for more than 18 years, to carry out accompaniment and counseling activities (they also participate in pro-sexual rights, sexual and reproductive health activities). This paper aims to visualize, analyze and reflect on the main bio-psycho-cultural problems that these people have to face due to their serological condition, in the different social environments in which they live and interact.

Palabras clave: sexualidad; género; vih; autoapoyo

Introducción

La presente ponencia pretende dar cuenta del trabajo participativo llevado a cabo con un grupo de auto/ayuda/apoyo entre personas con *VIH-sida* en la ciudad de Morelia, las cuales se reúnen por lo menos una vez a la semana, desde hace más 18 años, para realizar actividades de acompañamiento y consejería (asimismo participan de actividades pro derechos sexuales y de salud sexual y reproductiva). Esta ponencia tiene como objetivo visibilizar las principales problemáticas biopsicosocioculturales (biológicas, psicológicas, sociales y culturales) que tienen

¹ Maestro en Ciencias en Desarrollo Rural Regional y Licenciado en Psicología, Ciencias Sociales y Humanidades, Facultad de Psicología de la UMSNH, líneas de investigación sexualidad y género, correo electrónico: jazm17011980@gmail.com

que enfrentar estas personas debido a su condición serológica, en los diferentes ámbitos sociales en los que conviven e interactúan cotidianamente (personal, familiar, educativo, laboral, de pareja, social, entre otros).

Las categorías centrales de análisis son la sexualidad humana¹ y el *VIH-sida*. Esta investigación se ha llevado a cabo desde la metodología cualitativa, bajo el enfoque de investigación-acción-participativa (*I-A-P*), usando técnicas como la observación directa e indirecta (y participativa), la entrevista en profundidad y el grupo focal y/o de discusión.

La pregunta de investigación es *¿Cómo viven las personas con VIH-sida su situación de salud y cuáles son la principales problemáticas biopsicosocioculturales que tienen que enfrentar debido a su condición serológica?* Todo ello analizado desde el grupo de autoapoyo.

Pudiendo anticipar, como resultados y conclusiones, que dicha condición trae consigo una serie de problemáticas psicosociales, tales como procesos de duelo por la pérdida de la salud, además de discriminación y violencia, así como cambios corporales, de hábitos y prácticas que son posibles abordar de manera resiliente por medio del grupo de auto/-ayuda-apoyo.

El presente informe se encuentra integrado por un resumen, la presente introducción, un apartado de antecedentes en diferentes ámbitos, descripción del grupo de autopoyo para personas con *VIH*, resultados, conclusiones y sugerencias.

Estado actual del *VIH/sida* a nivel mundial, continental, nacional y en Michoacán

A) De acuerdo con estadísticas mundiales sobre el *VIH*, según la *ONUSIDA* (2017), en 2016 en todo el mundo: 36,7 millones (30,8 millones–42,9 millones; de los cuales: 34.5 millones son adultos -28.8–40.2 millones-, 17.8 millones son mujeres -15.4–20.3 millones-, 2.1 millones son menores de 15 años -1.7–2.6 millones-, 19.5 millones de personas tienen acceso al tratamiento antirretroviral -17.2-20.3 millones-); de personas vivían con el *VIH*; 1,8 millones (1,6 millones–2,1 millones) de personas contrajeron la infección en dicho año; 1 millón (830.000–1,2 millones) de personas fallecieron a causa de enfermedades relacionadas con el *sida* en ese mismo año; 76,1 millones (65,2 millones–88,0 millones) de personas contrajeron la infección por el *VIH* desde el comienzo de la epidemia; 35,0 millones (28,9 millones–41,5 millones) de personas murieron a causa de enfermedades relacionadas con el *sida* desde el comienzo de la epidemia; 20,9 millones de personas tenían acceso a la terapia

antirretroviral (*TARV*) en junio de 2017.

Continuando con *ONUSIDA* (2017) la meta para el 2020 es llegar a 30 millones de personas en tratamiento. El 11% del total de casos de tuberculosis (*TB*), son en personas con *VIH* (1.2 millones). En 2016, murieron 1 millón de personas en todo el mundo a causa de enfermedades relacionadas con el *sida* (830 mil–1.2 millones de defunciones). No obstante, la mortalidad por *VIH* ha disminuido en: 48% respecto el 2005 (1.9 millones de defunciones) y 33% con relación al 2010 (1.5 millones defunciones). La meta es reducir a 500 mil defunciones en el año 2020 y a 200 mil en el 2030.

B) Siguiendo con la *ONUSIDA* (2017), en América Latina en 2016: 1,8 millones (1,4 millones–2,1 millones) de personas vivían con el *VIH*; se produjeron en la región cerca de 97.000 (79.000–120.000) nuevas infecciones por el *VIH*; 36.000 (28.000–45.000) personas murieron a causa de enfermedades relacionadas con el *sida*; la cobertura del tratamiento en 2016 llegó al 58% (42%–72%) de todas las personas que vivían con el *VIH*; se produjeron 1.800 (1.300–2.400) nuevas infecciones por el *VIH* en infantes en América Latina.

En América Latina la pandemia por *VIH* continúa con tendencias de estabilización en niveles comparativamente bajos, cerca de 100,000 personas adquieren la infección en nuestra región; y en la mayor parte de los países de Latinoamérica, la epidemia se esparce primordialmente dentro y alrededor de las redes de personas que forman parte del grupo de hombres que tiene sexo con hombres (*HSH*), las personas que usan drogas inyectables (*UDI*), todavía representan un grupo de concentración de la epidemia, especialmente en países del Cono Sur de Sudamérica y en México; asimismo las personas que se dedican al trabajo sexual (*PTS*), especialmente el de los hombres trabajadores sexuales (*HTS*). Además durante los últimos años, la prevalencia de infección por *VIH* en Latinoamérica se ha mantenido estable (cerca de 0.4%, 65% de las *PVVIH* son hombres).

Las muertes asociadas al *sida* han disminuido significativamente en los últimos años debido al incremento en el acceso al *TARV*, para el 2011 se estima que murieron aproximadamente de 1.7 millones de personas a causas relacionadas al síndrome (*ONUSIDA*, 2012 en *CENSIDA/Secretaría de Salud* 2012).

C) En México, para diciembre 2016, 220 mil personas vivían con *VIH* (200,240 mil); 57% de las personas que viven con *VIH* conocen su estado serológico, es decir, que el resto lo

desconoce (más del 40%). Hacia el 30 de junio del 2016, 141 mil personas tenían acceso al TARV en todo el país (140,979); 12 mil nuevas infecciones por VIH al año. El 15% de reducción en la tasa de incidencia estimada del VIH, de 2005-2016 (0.12-0.10 por cada mil habitantes); cada día, 33 personas adquieren el VIH, la tasa de mortalidad por VIH fue de 3.8 por 100 mil habitantes, siendo de 1.3 en mujeres y 6.4 en hombres; finalmente para 2020, el país estima que serán 250 mil casos de personas viviendo con VIH (CENSIDA, 2017).

Las estimaciones más recientes realizadas por el ONUSIDA y el CENSIDA/Secretaría de Salud (2012), en el marco de los compromisos internacionales de México, hasta hoy, la epidemia del VIH/sida continúa focalizada en las poblaciones de HSH, las PTS, especialmente HTS; así como en las personas que UDI, con base en la evidencia actual de prevalencias de VIH en estos grupos, la prevención focalizada deberá continuar siendo los próximos años un pilar fundamental de la respuesta a esta epidemia, para reducir las nuevas infecciones en estos grupos poblacionales; además de otros grupos vulnerables.

La Ciudad de México (CDMX), es la entidad con una mayor presencia histórica de notificaciones por sida, con el 14.6% del monto global; Estado de México (Edomex), 10.4%; Veracruz, 8.5%; Jalisco, 6.9%; Chiapas, 5.2%, Guerrero, 5.1%; Puebla, 4.4; Baja California, 4.3%, y Oaxaca, 3.4%. Respecto de las personas identificadas como seropositivas para VIH, la CDMX, ocupa el primer lugar con 19.1% de esta población, seguida de Veracruz, con el 11%; Edomex, 7%; Puebla, 4.5%; Yucatán, 4.2%, y Chiapas, Chihuahua y Nuevo León con el 4%. A nivel nacional, el grupo de 30 a 34 años de edad, con 36,539 pacientes notificados como enfermos con sida de 189,418 en total, 19.3%, es el grupo de edad con mayor impacto histórico, mientras que para personas seropositivas al VIH, 14,730 de 67,327 contabilizados en México, 21.9%, el grupo de edad que concentra esta población corresponde al segmento de 25 a 29 años.

D) Michoacán acumula 5, 911 casos por VIH, el 3.1% del total nacional, lo que lo coloca como el décimo estado en incidencia de pacientes notificados a nivel nacional, a la par, es sexto lugar nacional en mayor número de incidencia en casos de sida por cada 100 mil personas. De acuerdo con el reporte del Censida, si bien la tendencia en la existencia de pacientes notificados en el estado resultado errática, con picos y bajas alternados en la última década, el análisis del período que comprende el registro evidencia un comportamiento al alza

en la incidencia de enfermos, ya que si bien entre 1983 y 2006 se reportaron 3,303 notificaciones de pacientes de *sida*, para el lapso de 2007 al primer trimestre de 2017 se encontraron 2,608.

Se determinó que 2015 fue el año cuando se registraron más notificaciones a pacientes, un total de 351, lo cual representó un alza de 36.05% respecto de las 258 efectuadas en 2014. Sin embargo para 2017 solamente se dispone el reporte referente a los primeros trimestres de 2017, un total de 77 casos notificados; de conservarse este comportamiento, el año cerraría con cerca de 308 nuevos casos, con lo que por segundo año consecutivo, habría una modificación a la baja en el indicador para el estado y una disminución del 12.25% en comparación con el punto más elevado de la última década, 2015, y una baja de 11.49 en relación con los 348 de 2016.

El Registro Nacional de Casos de Sida en su actualización al Primer Trimestre del 2017, la variación a la baja por dos años consecutivos sólo se ha presentado en la última década en 2008 y 2009, cuando de los 220 casos de 2007 se pasó a 210 de 2008, 4.55%, y a 195 en 2009, 7.14%, inferior a la modificación detectada en 2016 y la estimada para 2017.

Respecto de las personas identificadas como seropositivas para *VIH*, la entidad concentra 1.6%, 1,069 personas, de los 67,327 individuos con esta condición en el país para el período 1984 al primer trimestre de 2017, con lo que se posicionó en el puesto 19 a escala nacional.

Morelia, Apatzingán y Lázaro Cárdenas son los municipios más afectados por la presencia del *VIH* y el *sida*, conforme datos de la Secretaría de Salud en Michoacán (*SSM*); la migración interna y externa, las prácticas sexuales de riesgo son los factores que prescriben esta situación. Para el estado, el sector más vulnerable a la infección ha sido el de jóvenes de 15 a 29 años, en tanto que por preferencia sexual declarada por portadores del *VIH*, 21% es homosexual y hasta 62% son heterosexuales.

E) CONVIHVE, A.C., es un albergue temporal, ubicado en la ciudad de Morelia, para personas viviendo con *vih*, las cuales vienen principalmente del interior del Estado de Michoacán, así como otros estados circunvecinos; el cual a su vez, está conformado por un grupo de autoapoyo, para personas con *vih* y sus familiares, de acuerdo con la entrevista realizada a Javier Maldonado Canales, con información de Miguel Ángel Martínez, cuyo

fundador fue el *Prof.* Alberto Alejandro Cedeño Farfán², siendo su caso, uno de los primeros diagnosticados con el *VIH* en México, fue una de las personas que consumió el primer medicamento llegado al país (*AZT* o *Zidovudina*) a manera de experimentación.

Su lucha a favor de las *PVVIH* comenzó en el Distrito Federal, desde que el gobierno no se interesaba en costear los elevados gastos que implica el tener un tratamiento adecuado; logrando en un primer momento, que este se otorgara a los derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social (*IMSS*), dando pie a que más tarde también lo fuera para los del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (*ISSSTE*), así como por medio del *Consejo Nacional para la Prevención del SIDA (CONASIDA)*, hoy *Centro Nacional para la prevención del SIDA (CENSIDA)*.

Alejandro Cedeño Farfán empezó su tratamiento en el *Hospital La Raza*, al mismo tiempo que recibía las primeras muestras de discriminación por parte de la sociedad y del mismo personal de los hospitales y clínicas. Lo cual le despertó la inquietud de reunirse con personas en su misma condición que pudieran formar un grupo en el que nadie fuera juzgado y se apoyaran mutuamente. Con esta idea, su casa fungió como centro de reuniones y cuando era necesario, de albergue para sus compañeros, sin motivo de lucro. Sin pretenderlo, se convirtió en líder gracias a sus conocimientos, su comprensión hacia las circunstancias que los demás vivían. Satisfecho por lo logrado hasta esos momentos y habiendo encaminando a sus amigos en la defensa de sus derechos, decide regresar a su ciudad natal, en 1996. Sabía que las pocas ventajas logradas en el entonces *D.F.* (hoy ciudad de México), en Michoacán no existían, por lo que tuvo que luchar a pesar de que su salud se vio deteriorada.

En Morelia, Cedeño Farfán se acercó a la Asociación Michoacanos Unidos por la Salud y contra el *SIDA (MUSS A.C.)*, en donde se sometió a una terapia grupal de seis meses que ofrecería el *Consejo Estatal para la prevención del SIDA (COESIDA)*, experiencia que le permitió conocer a personas que al igual que él deseaban una terapia grupal permanente. Poco a poco la idea se convirtió en proyecto y así se formó por primera vez en Michoacán, el *Grupo de Autoapoyo para Personas Viviendo con VIH*, mismo que buscó diferentes lugares en renta para ser su centro de reunión, pero que les fueron negados debido a la discriminación y la ignorancia, por lo que la familia Cedeño facilitó el uso de algunos espacios para que sirvieran con ese fin.

Llegado el año 2000, se constituye legalmente el grupo, ahora con el nombre de

CONVIHVE A.C., como Organización de la Sociedad Civil (*OSC*) en Michoacán y bajo la dirección del Alejandro Cedeño, continúa la lucha por la atención médica y derechos de los pacientes seropositivos, principalmente michoacanos. Tras todo este trabajo, en el estado hoy se cuenta con un trato más digno para los pacientes, se tienen medicamentos y se pide a los profesionales de la salud que sean respetuosos. Hasta hoy, *CONVIHVE* ofrece terapia psicológica grupal e individual, así como información básica y albergue a personas de bajos recursos del interior del estado que requieran estar en Morelia temporalmente atendiendo a su tratamiento, entre otras actividades, con el apoyo de sus integrantes. Actualmente Juan Bosco Valle, es quien lleva la tutela de la *OSC*.

Método

Se usó el método de investigación-acción³ participante, por medio de la observación participante, para lo cual se aprovecharon las sesiones grupales (del grupo de autoapoyo) que se tienen el día jueves (de las diecinueve a veintiuna horas, durante todo el año), en la que participan principalmente *PVVIH* (así como sus familiares y amigos, además de la asistencia de voluntarios de diferentes profesiones del área de la salud, tanto de instituciones públicas, como privadas) y cuyo objetivo es un espacio de convivencia en donde los participantes puedan compartir sobre sus vivencias cotidianas, pero sobre todo preguntar acerca de sus dudas respecto al tratamiento antirretroviral (*TARV*).

Participantes

El grupo de autoayuda, con el que se trabajó se conforma por personas de diferentes edades, en general, mayores de edad (de los 18 a 70 años aproximadamente, sin embargo cabe destacar que también hay presencia de menores –algunos diagnosticados como *PVVIH*- que van acompañando a sus familiares, a quienes también se les integra a las actividades que se llevan a cabo o se les deja jugar). El número aproximado de asistentes por sesión es de 10 participantes, hasta 25 (entre hombres, mayoritariamente, y mujeres de diferente estatus socioeconómico, que van desde clase baja, hasta clase media alta; cabe señalar que el número de participantes se puede duplicar en días festivos y que no siempre asisten las mismas personas debido a sus diferentes actividades familiares, laborales, académicas y de ocio que están tienen como parte de su vida cotidiana;

además de que algunos de ellos provienen del interior del estado y asisten únicamente cuando tienen su cita para recibir los servicios de Atención Integral), así como de diferentes profesiones y ocupaciones (desde amas de casa, obreros, hasta profesionistas de las diferentes áreas del conocimientos).

En cuanto a la cuestión de la orientación sexual, se puede apreciar que el número mayor de varones que asiste, tiene una orientación homosexual, sin embargo también los hay heterosexuales y bisexuales (se hace mención de dichas orientaciones, ya que las prácticas sexuales siguen siendo una de las principales formas de transmisión del VIH, principalmente entre HSH).

Instrumentos: registro de observación participante

Técnica usada por los investigadores cualitativos para adquirir información. Para ello, se participó en el mayor número de actividades con el grupo de *CONVHIVE*, compartiendo en sus usos, costumbres, estilo y modalidades de vida. Al participar en las actividades grupales, tomando notas de campo realizadas en el lugar de los hechos o tan pronto como fuera posible. Estas notas fueron después, revisadas periódicamente con el fin de completarlas y, también, para reorientar la observación e investigación-acción participante. Puesto que la mayoría de los acontecimientos fueron expresados con códigos lingüísticos específicos, fue importante familiarizarse con las variaciones del lenguaje usados por los participantes, sobre todo en relación a su condición de *PVVIH*.

Fue además, importante recoger las historias, anécdotas y mitos que forman el trasfondo cultural-ideológico que da sentido y valor a sus cosas, ya que determinan lo que es importante o no importante, cómo las personas se ven unas a otras y cómo evalúan su participación en *CONVHIVE*. En todo momento la investigación estuvo centrada en responder a las preguntas de quién, qué, dónde, cuándo, cómo y por qué alguien hizo algo, para afrontar una situación y/o problemática en relación al VIH. Lo que sirvió para la interpretación apropiada de los hechos o acontecimientos. Además de coleccionar los datos de la vida diaria, se prestó un cuidado minucioso a los eventos especiales (tales como bodas, ritos religiosos, graduaciones, fiestas, funerales. El análisis de estos eventos dejó ver la estructura o patrón sociocultural del grupo. También se dio atención a los incidentes clave (como riñas, peleas, etc.).

Procedimiento

El grupo de autoayuda está conformado por cuatro sesiones mensuales (cuarenta y ocho en un año aproximadamente, descontado las de vacaciones de semana santa y navidad) de dos horas de duración cada una (es decir, alrededor de cien horas de trabajo activo anual grupal, de febrero de 2013 a diciembre de 2017), su objetivo general es: que los participantes desarrollen habilidades para mejorar sus relaciones interpersonales y reflexionen sobre su autoconcepto, para enriquecer la visión que tienen de sí mismos y de sus potencialidades para hacer frente de su estatus de *PVVIIH*.

Cada sesión inicia y termina con el toque de una campana, la cual anuncia la apertura y cierre oficial de la sesión, para lo cual se han colocado sillas previamente en forma circular, de tal manera que todos queden cara a cara (en ocasiones se colocan mesas al centro, cuando las actividades a realizar así lo demanda); habitualmente lo primero es dar breves comunicados generales de interés común, como el estado de salud de compañeros foráneos o de la Morelia que no asisten periódicamente, así como actividades relacionadas con fechas memorables (1 de diciembre, Día Mundial de Lucha contra el *SIDA*; 17 de mayo, Día Internacional de Lucha contra la Homofobia y en México: Día de la Tolerancia y el Respeto a las Preferencias); campañas de salud sexual y reproductiva, llevadas a cabo en plaza públicas o centros educativos; entre otras. Además de las actividades que se tendrán en las próximas sesiones (mismas que son escritas en una pizarra para que quienes asistan puedan leerlas).

Los temas abordados durante este periodo de participación fueron:

- ajuste al diagnóstico y adherencia,
- proceso identitario,
- develamiento y confidencialidad de su estado,
- maternidad y paternidad,
- empoderamiento y visibilidad,
- creación y fortalecimiento de redes;
- tanatología,
- nutrición,
- salud bucal,
- talleres de manualidades (papiroflexia, alebrijes).

- Medicina tradicional y alternativa (como complementaria al *TARV*),
- salud sexual reproductiva,
- mitos y realidades del *VIH/sida* (vías de transmisión: relaciones sexuales vaginales, anales u orales, heterosexuales u homosexuales, sin protección; vía sanguínea y transmisión perinatal o vertical);
- derechos para *PVVIH* (consentimiento informado, privacidad, veracidad, discriminación, acceso a la atención de la salud).
- También hubo cine debate con películas cuya temática relacionadas con el *VIH-sida*, convivencias y actividades vinculadas con las festividades que marca el calendario gregoriano, para la cultura occidental en México.

Resultados

A continuación se presentan los resultados de la observación participante, la cual estuvo focalizada en la percepción de la causa de la enfermedad/infección⁴ por *VIH/sida* y la dinámica grupal. Como parte de los resultados, se dará respuesta a las preguntas de investigación desde un modelo de intervención Biopsicosocial:

- *¿Qué causa la enfermedad/infección de VIH/SIDA?* Hay una conciencia sobre la combinación de múltiples factores (implicados en la adquisición de la infección que va desde las formas de transmisión, hasta los sistemas y componentes físicos, psíquicos y sociales (falta de políticas públicas que tengan un programa de atención y prevención integral para toda la población respecto al *VIH e ITS*).
- *¿Quién es responsable de la enfermedad/infección?* En cuanto a su responsabilidad individual como ente activo y no es una víctima pasiva, hay conciencia como el comportamiento que se asuma, influirá en su nivel de salud, entonces él también es responsable de ésta, en cuanto los autocuidados que debe tener como *PVVIH*, para lograr la adherencia al Tratamiento antirretroviral (*TARV*), acudir a sus citas con su centro de atención, cambio de hábitos saludables (comer balanceado, en tiempo y forma, comer, descansar y dormir adecuadamente, higiene personal) y evitar aquellos que ponen en riesgo su condición (consumo de alcohol o drogas, prácticas sexuales sin protección que pueden ocasionar una reinfección o adquisición de otra *ITS*).

- *¿Cómo debe ser tratada y por quién?*

Hay conciencia, sobre todo con la participación psicólogos, de que la enfermedad/infección no sólo es tratada mediante procedimientos químicos o físicos, sino también de carácter social y psicológico, sobre todo en lo que concierne al bienestar subjetivo y psicológico⁵. Además de sus derechos y obligaciones como *PVVIIH*, en los diferentes ámbitos (personal, de pareja, familiar, académico, laboral, social; particularmente con su médico familiar y especialista en infectología, y demás personal de salud: químico farmacobiólogo, enfermeras, médico familiar, psicólogo, trabajadora social) en los que se desenvuelven e interactúan.

- *¿Qué relación hay entre la salud y la enfermedad/infección?*

La salud y la enfermedad no se diferencian ni cuantitativa, ni cualitativamente, sino que ambas dimensiones representan los extremos de una misma dimensión.

- *¿Cómo se relacionan la mente y el cuerpo?*

La mente y el cuerpo interaccionan de manera holística, sistémica e integral.

- *¿Cuál es el papel de la Psicología respecto de la salud?*

Los factores psicológicos pueden ser agentes causales de la enfermedad. Por tanto, la Psicología juega un papel importante en el tratamiento o rehabilitación de la enfermedad, en la prevención de ésta y en su promoción.

Discusión

De acuerdo con Censida (2017), en 1983 se reportó el primer caso de *sida* en México. Desde esa fecha, y hasta el 30 de junio de 2017, existe un registro acumulado de 260,815 personas que se han infectado por el *VIH* o desarrollado el *sida*. Sin embargo, sólo 144,223 personas se encontraban vivas, 100 mil 694 ya fallecieron y 15,898 se desconoce su status actual.

México tiene una prevalencia de *VIH* en la población de 15-49 años del 0.3%, lo que significa que 3 de cada mil personas vive con *VIH* en ese grupo de edad. De acuerdo con la tipología de Onusida, México tiene una epidemia concentrada, las prevalencias de *VIH* en estas poblaciones clave: hombres que tienen sexo con hombres (17.3%), personas que se inyectan de drogas (5.8%), mujeres trabajadoras sexuales (0.7%) y hombres trabajadores sexuales (24.1%), así como mujeres trans (15-20%). Un estudio reciente en 7 zonas urbanas de México (Cancún, Quintana Roo; Mérida, Yucatán; Ciudad del Carmen, Campeche; Tuxtla Gutiérrez, Chiapas;

Villahermosa, Tabasco, Oaxaca, Oaxaca y Puebla, Puebla), dio como resultado las siguientes prevalencias (muestrales) del VIH en poblaciones clave: hombres que tienen sexo con hombres (20.75%), mujeres trans (19.83%) y mujeres trabajadoras sexuales (1.21%), (Censida, 2017).

Con el fin de favorecer el acceso efectivo y sin discriminación a los servicios de salud de las personas lésbico, gay, bisexual, transexual, travestí, transgénero e intersexual, así como las demás que integran la diversidad de expresiones sexuales no heteronormativas; en el 2017, México elaboró un protocolo y guías de atención específicas que, establecen criterios orientadores y acciones a ser observadas en la prestación de servicios de atención médica, en los establecimientos que componen el Sistema Nacional de Salud (SNS).

Los grupos de reflexión (autoapoyo como *CONVHIVE, A.C.*) contribuyen a que el funcionamiento y al apoyo social se incrementan después de su participación en los mismos. El intercambio entre iguales aleja el sentimiento de soledad frente a la infección. Se ve como más alentador hablar con alguien que vive con VIH, que con un profesional, ya que permite la reordenación de la información y crear la sensación de empoderamiento. Mientras que la participación de familiares y amigos de personas que viven con VIH facilita conocer más sobre el virus y sus consecuencias, contar con un espacio para informarse, poder hablar y compartir con otros en circunstancias afines. Los talleres y actividades grupales facilitan la interacción y la participación activa, a través de la palabra como forma de compartir sus experiencias individuales. Para lo cual es importante partir de las creencias previas acerca del VIH y de las características de personalidad (y biopsicosocioculturales) y las expectativas de sus familiares y amigos para buscar una forma adecuada en la manera de acompañar.

Para el funcionamiento de los grupos de reflexión y/o autoapoyo como *CONVHIVE*, es necesario partir del paradigma de atención desde el Modelo Biopsicosocial (en donde la causa de la enfermedad se concibe como multicausal en interacción como otros varios factores, la responsabilidad de la enfermedad además del médico, también el del contexto y la persona afectada, el tratamiento de la enfermedad se ve desde un enfoque holístico e interdisciplinar, la salud y la enfermedad/infección tienen continuidad y diferencias cuantitativas, existe una relación recíproca entre mente y cuerpo, el papel de la Psicología se centra en la causalidad, el sistema de salud se caracteriza por la prevención, ser multisectorial y humanista) *versus* el Modelo Biomédico (que parte de un reduccionismo biológico, en donde la enfermedad/infección tiene un

origen biológico, producto de los desequilibrios bioquímicos internos, los agentes patógenos externos: bacterias, virus y predisposiciones genéticas. Desde dualismo cartesiano, en donde la mente y cuerpo son dos entidades distintas, lo biológico influye sobre lo psicológico, pero no al revés).

Por otra parte, de acuerdo con Zavala (2013) también es necesario reflexionar acerca de qué tanto, varios de los mitos que existen alrededor de las *PVVIH* (particularmente entre hombres trabajadores sexuales, hombres que tienen sexo con hombres, mujeres trabajadoras sexuales, personas que se dedican al trabajo sexual, personas travesti/s, transgénero/s, transexual/es, personas que usan drogas inyectables) se han vuelto profecías autocumplidoras (realidades), producto de los estereotipos ideados a través de los modelos homoerótico de dominación falocéntrico y heteronormativo de masculinidad. Representando una seria amenaza de salud pública, ante la creciente de casos de *VIH/sida* y otras *ITS* relacionados con hombres que tienen sexo con hombres debido a prácticas de riesgo con múltiples parejas sexuales.

Además de considerar otros factores biopsicosocioculturales (como el sexo, la etapa de desarrollo humano, el género, la etnia, el lugar de origen y residencia, entre otros) como se presenta en la investigación de Zavala (2015). En donde se muestra un panorama general de cuáles son los estudios que se han llevado a cabo entorno a la sexualidad de adolescentes y jóvenes en el ámbito nacional (en diferentes contextos (urbano, rural e indígena), en los últimos años, dando cuenta de aquellas problemáticas que les aquejan, en materia de Salud Sexual y Reproductiva (*SSyR*, tocando el tema de *VIH/SIDA* entre la juventud en México); para su conocimiento y comprensión.

Propuesta de intervención

1. A partir de la revisión de otras experiencias exitosas, tales como la de Arístegui y colaboradoras (2012) por medio de la Fundación Huésped, en su cuadernillo *Abordaje psicológico de personas con VIH...* Sistematización de la experiencia de atención psicosocial, se podrían seguir con el grupo de autoapoyo como hasta ahora, pero consideraron la etapa de desarrollo de los participantes (niñez, adolescencia y adultez), ya que en el caso de CONVHIVE, A.C. hay poca presencia de jóvenes y adolescentes, siendo actualmente éste uno de los grupos poblacionales más vulnerable a la adquisición del *VIH* y otras *ITS*.

Además de continuar con talleres destinados al fortalecimiento de habilidades de interacción que permitan el paso a otros grupos de la vida (familiar, escolar, laboral, sociales), contribuir a elevar el ánimo y mejorar el autoestima al verse aceptados por otros, servir como grupo de información en donde puedan confrontar y contrastar las propias ideas referidas a experiencias cotidianas y mejorar los estilos de afrontamiento, permitir extender y sistematizar la vivencia propia, exponer a la diversidad en el tipo de elección sexual, nivel de instrucción y tiempo de infección, entre otras características; permitir procesar temores, informarse y compartir experiencias dentro de un marco de contención.

Servir como un espacio multiplicador de recursos personales, solidarios, creativos y saludables, trabajando sobre la calidad de vida actual y las perspectivas futuras; permitir realizar dramatizaciones de situaciones de develamiento, como así también ensayos de resolución de alguna escena temida. Talleres Parejas Serodiscordantes (parejas en donde uno de sus miembros está infectado por *VIH* y *el otro no*, y para familiares y amigos de adultos con *VIH*).

2. Seguir trabajando sobre los temas de salud, enfermedad, proceso salud enfermedad, hábitos de salud, conductas preventivas, servicios sanitarios. Condición serológica, tratamiento, riesgos de re/infección/factores de riesgo; derecho y acceso a la salud; valoración, percepciones, imaginario social/colectivo, estereotipos, victimización, inclusión, exclusión, estigma, discriminación, entre otros, a través de la participación de diferentes actores del área de la salud, especialistas en el tema.

Bibliografía

Arístegui, I. y cols. (2012). Abordaje psicológico de personas con VIH. Sistematización de la experiencia de atención psicosocial de Fundación Huésped.

CENSIDA/Secretaría de Salud (2012), El VIH/SIDA en México 2012. Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA.

Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el sida (CENSIDA, 2017). Día Mundial del sida México, 2017. Recuperado de https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/275582/Boletin_D_aMundial2017.pdf

León Rubio, J.M. y Medina, S. (2002). Capítulo 1. Del modelo biomédico al modelo

biopsicosocial. La necesidad de una nueva concepción de la salud, en *Psicología Social de la Salud. Fundamentos teóricos y metodológicos*.

Manual de Organización Específico del Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención del SIDA e ITS (CAPASITS, 2006). Recuperado de http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/man_org_capasits.pdf

Martínez, M. (2006). La Investigación Cualitativa (Síntesis Conceptual). *Revista IIPSI Facultad de Psicología, UNMSM*, ISSN: 1560-909X, Vol. 9 - N° 1. Pp. 123–146.

Secretaría de Salud, Dirección General de Epidemiología y CENSIDA. (Actualización al 2do. Trimestre de, 2015). *Vigilancia Epidemiológica de casos de VIH/SIDA en México Registro Nacional de Casos de SIDA*.

ONUSIDA (2017). Hoja informativa-día mundial del sida de 2017. Recuperado de <http://www.unaids.org/es/resources/fact-sheet>

Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017), 10 datos sobre el VIH/sida. Recuperado de <http://www.who.int/features/factfiles/hiv/es/>

Sistema de Vigilancia Epidemiológica de VIH/SIDA (3er. trimestre del 2017). *Vigilancia Epidemiológica de casos de VIH/SIDA en México Registro Nacional de Casos de SIDA: Secretaria de Salud, Dirección general de Epidemiologia, CENSIDA*. Recuperado de https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/276683/RN_3er_trim_2017.pdf

Zavala Meza, J. (2015) *Salud sexual y reproductiva en adolescentes y jóvenes en México en el siglo XXI*. *Revista de Psicología Uaricha*, 12 (29), 129-144 (septiembre-diciembre). México: Facultad de Psicología de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo ISSN: impreso 1870-2104 ISSN: electrónico 2007-7343. http://www.revistauaricha.umich.mx/Articulos/uaricha_1229_129-144.pdf

Zavala Meza, J. (2013). *Relaciones de pareja entre hombres, (masculinidades disidentes) mitos, realidades y diversidades...* *Revista de Psicología Uaricha*, 10 (22), 61-79 (mayo-agosto). México: Facultad de Psicología de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo ISSN: impreso 1870-2104. Recuperado de http://www.revistauaricha.umich.mx/Articulos/uaricha_1022_061-078.pdf

Zubieta, E. Muratori, M. Fernández, O. (2012). “Bienestar subjetivo y psicosocial: explorando diferencias de género”. *Salud & Sociedad*, V. 3, No. 1, Pp. 066–076, Enero-Abril, ISSN

0718-7475.

Notas

¹ De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) "la sexualidad es un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida. Abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vivencia y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales. La sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no obstante, no todas ellas se vivencian o se expresan siempre. La sexualidad está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales" (OMS, 2006).

² Activista michoacano, nacido en la ciudad de Morelia el 3 de agosto de 1961. Diagnosticado VIH+ en el año de 1989. Se formó profesionalmente cursando las carreras de: Medicina, en la Facultad Dr. Ignacio Chávez de la UMSNH; así como Sexología, en la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM) y las de Derecho y Docencia del Idioma Inglés (profesión en la que se desempeñó), en la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM).

³ Método Cualitativo que de acuerdo con Martínez (2006), cuando el investigador quiere conocer una determinada realidad o un problema específico de un grupo, así como resolverlo. En este proceso, los participantes actúan como co-investigadores en todas las fases: planteamiento del problema, recolección de la información, interpretación de la misma, planeación y ejecución de la acción concreta para la solución del problema, evaluación posterior sobre lo realizado. El propósito de estas investigaciones no es algo fuera a las mismas, sino que está orientado hacia la concientización, desarrollo y emancipación de los grupos estudiados y hacia la solución de sus problemas.

⁴ La "Infección" es la invasión o colonización del organismo por parte de microorganismos patógenos lo cual puede producir o no daño al huésped, mientras que la "Enfermedad" se presenta cuando el huésped es dañado de alguna forma por la presencia del agente infeccioso. Es decir, una infección puede estar presente sin que existan síntomas de una enfermedad; por ejemplo, la infección por VIH.

⁵ El bienestar subjetivo describe al balance global que la persona hacen de sus oportunidades vitales - recursos sociales y personales, aptitudes individuales-, del curso de los acontecimientos a los que se enfrentan –privación u opulencia, soledad o compañía- y de la experiencia emocional derivada de ello (Veenhoven, 1994 en Zubieta, Muratori y Fernández, 2012). Mientras que el bienestar psicológico destaca la consecución de aquellos valores que hacen a las personas sentirse vivas y auténticas, que las hace crecer como individuos y no tanto a las actividades que les dan placer o las alejan del dolor (Tomás, Meléndez & Navarro, 2008 en Zubieta, Muratori y Fernández, 2012).