
PATRONES DE
CONSUMO DE
TABACO, ALCOHOL Y
DROGAS A PARTIR
DEL DIAGNÓSTICO
POSITIVO AL VIH.
LOS DISCURSOS DE
LA EXPERIENCIA¹

PATTERNS OF TOBACCO,
ALCOHOL AND DRUG
CONSUMPTION FROM HIV
POSITIVE DIAGNOSIS. THE
SPEECHES OF THE
EXPERIENCE



Bernardo Adrián Robles Aguirre
ORCID: 0000-0003-2463-7965

*Facultad de Estudios Superiores Zaragoza
(UNAM) / Escuela Nacional de Antropología
e Historia (INAH)*

Lilia Mestas Hernández
ORCID: 0000-0002-9819-8232

*Facultad de Estudios Superiores Zaragoza
(FESZ)*

Fernando Gordillo León
ORCID: 0000-0001-9628-3989

Universidad de Salamanca (USAL)

email: brwrpiec@gmail.com
lilia.mestas@zaragoza.unam.mx
fgordilloleon@usal.es

¹ Proyecto sometido a los comités (CONBIÉTICA-15-CEI-005-20170615) y (cofepris:13-CI-15-106-068).

RESUMEN

El Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) continúan representando uno de los principales problemas de salud que enfrenta la sociedad actual. En el presente estudio centraremos nuestro interés en conocer cómo se desarrollan los patrones de consumo de tabaco, alcohol y drogas en el reconocimiento y enfrentamiento con el diagnóstico de VIH. Identificar qué valor le atribuyen y registrar si esto, facilita u obstaculiza el proceso de aceptación e incorporación del VIH en la vida cotidiana. Para lo anterior, se realizaron entrevistas semiestructuradas a nueve personas y se orientaron a recuperar la experiencia del VIH. Los resultados demuestran que, aunque para la mayoría de los entrevistados, el consumo de alcohol y drogas disminuyó de forma significativa una vez que conocen su diagnóstico positivo, algunos otros reconocen un incremento en el uso de tabaco. Por otra parte, se identificó que asistir a los grupos de apoyo, permite crear estrategias eficaces para confrontar, asimilar e incorporar el VIH en sus vidas.

PALABRAS CLAVE

Patrones de Consumo; Vida Cotidiana; Diagnóstico Positivo al VIH; Entrevistas Semiestructuradas.

ABSTRACT

The Human Immunodeficiency Virus (HIV) and the acquired immunodeficiency syndrome (AIDS) continue to represent one of the main health problems facing today's society. In the present study, we will focus our interest in knowing how tobacco, alcohol and drug consumption patterns develop in the recognition and confrontation with the diagnosis of HIV. Identify what value they attribute and record if this facilitates or hinders the process of acceptance and incorporation of HIV into everyday life. For the above, semi-structured interviews were conducted with nine people and aimed at recovering the experience of HIV. The results show that, although for most of the interviewees, the consumption of alcohol and drugs decreased significantly once they knew their positive diagnosis, some others recognized an increase in the use of tobacco. On the other hand, it was identified that attending support groups allows for the creation of effective strategies to confront, assimilate, and incorporate HIV into their lives.

KEYWORDS

Consumption Patterns; Daily Life; HIV Positive Diagnosis; Semi-Structured Interviews.

INTRODUCCIÓN

Actualmente se considera que el VIH² es una infección crónica y controlable gracias a los avances de los tratamientos antirretrovirales (Notario-Dongil, Gómez-Lluch, De la Torre y Proy-Vega, 2022 y Reis y Gir, 2010), sin embargo, continúa representando una presión importante al sistema de salud, especialmente por los costos de los medicamentos y las complicaciones asociadas a estos. Desde esta perspectiva, sigue siendo de fundamental importancia la prevención de nuevos casos, además de mejorar la calidad de vida de quienes ya han sido afectados. En este contexto, el Informe Anual de ONUSIDA, reportó en 2018, que poco más 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, situación que se preveía para el 2030 (ONUSIDA, 2020) pero que está lejos de alcanzarse³.

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 que viven con VIH se encuentran en países en vías de desarrollo, donde la falta de recursos se presentan aunados a factores como la reclusión social (Flores-Sarazúa *et al.*, 2006), la discriminación (Núñez, 2011), la violencia (Muñoz-Martínez, 2014), la migración (Zapata-Garibay *et al.*, 2014), el retraso histórico y la baja cobertura de servicios médicos (Granados-Cosme, 2015), esto ha propiciado pensar al VIH como una “enfermedad de la pobreza” (Herrera y Campero, 2002). Aunque no todos los estudios reconocen una relación directa y lineal entre la pobreza frente al VIH/SIDA, sí la consideran como un condicionante para menor nivel de educación, nutrición inadecuada, entre otros factores limitantes, los

² 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). Se considera diagnóstico positivo al VIH, cuando se han encontrado anticuerpos en la muestra de sangre y existen dos pruebas para poder diagnosticar este virus, la primera de ellas denominada ELISA (*Enzyme Linked Immuno Sorbent Assay*), es de bajo costo, pero a su vez de baja confiabilidad y sólo en caso de resultar positiva debe hacerse una segunda prueba denominada de inmunotransferencia o *Western blot* (Wb) (Guía para la atención médica de pacientes con infección por VIH / SIDA, 2000).

³ Uno de los objetivos fundamentales para alcanzar este resultado es lograr que para el cierre de este año (2020), el 90% de las personas que viven con el VIH conozcan su estado serológico respecto al VIH, que el 90% de las personas diagnosticadas con el VIH reciban terapia antirretrovírica continuada y que el 90% de las personas que la reciben, tengan supresión viral, a esta iniciativa se denomina 90-90-90 (ONUSIDA, 2020).

cuales están asociados a la enfermedad y, por lo tanto, estas carencias se presentan como condiciones para la vulnerabilidad (de Irala Estévez, 2008).

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” es decir, actores sociales que se encuentran en una mayor probabilidad de adquirir el virus (Collignon-Goribar, 2009), y de vulnerabilidad tanto de orden individual como social que se refiere a la incapacidad de una persona o de un hogar para aprovechar las oportunidades disponibles en distintos ámbitos socioeconómicos para mejorar su situación de bienestar o impedir su deterioro (Kaztman, 2000). La vulnerabilidad es una noción multidimensional en la medida que afecta tanto a individuos, grupos y comunidades en distintos planos de su bienestar, de diversas formas y con diferentes intensidades (Busso, 2001).

En 2017 el Sistema de Desarrollo Integral de la Familia (DIF) definió a la vulnerabilidad como un fenómeno social que implica una condición de riesgo que padecen los individuos como resultado de la acumulación de desventajas sociales, de manera que dicha condición no sea superada por ellos mismos y se limiten sus oportunidades de desarrollo. Así, el concepto de vulnerabilidad no se refiere solamente a la pobreza, sino que también, reconoce la existencia de conductas discriminatorias y de marginación hacia ciertos grupos (DIF Nacional, 2017). En este sentido, el VIH y el SIDA han sido identificados como factores de vulnerabilidad para el grupo que presenta estas condiciones de salud (Velásquez y Bedoya, 2011 y Urzúa y Zúñiga, 2008).

La vulnerabilidad frente al VIH se expresa también en los significados que se construyen alrededor de las vías de transmisión, particularmente la sexual. Hoy en día, el VIH continúa siendo un atributo profundamente desacreditador y una enfermedad estigmatizada (Árias-Colmenero *et al.*, 2020) 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 (Campillay, 2019; Mora – Rojas *et al.*, 2017 y Tobón y García, 2019).

En un principio las personas que vivían 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 pertinente.

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.

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. Sumado 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 las percepciones negativas, se continúa incluyendo al seropositivo dentro del “grupo de riesgo”, lo que se traduce en mantener en el anonimato el diagnóstico positivo durante el mayor tiempo posible ya que, como especifica Lizárraga (2003: 173), “hablar de grupos de alto riesgo” es vestir con nuevas prendas a la estigmatización”.

Las representaciones sociales acerca del VIH-SIDA están caracterizados por los estereotipos, los prejuicios y el estigma, y han contribuido a que en los últimos años muchas personas no se reconozcan como una población en situación de riesgo de contraer la enfermedad, ya que la baja percepción de vulnerabilidad, la alta exposición a prácticas sexuales de alto riesgo y la falta de información fiable sobre la enfermedad, se han convertido en los principales factores para la adquisición del VIH en los adolescentes y los jóvenes de todo el mundo (Hoyos-Hernández *et al.*, 2019).

Por otra parte, algunos autores (Juárez *et al.*, 2017), han señalado que las personas que cuentan con un diagnóstico positivo a cualquier enfermedad, pero sobre todo aquellas con alguna condición crónica, buscan maneras de enfrentar el estrés que les genera esta situación. Los pacientes pueden mostrar algunos síntomas como fatiga, dificultad para concentrarse, pérdida de peso, disfunción sexual, etc., que se pueden

considerar elementos propios de la enfermedad. Aunado a ello, algunos aspectos que son generadores de estrés pueden ser el propio diagnóstico, el conocimiento que se tenga de éste, las complicaciones del padecimiento, lidiar con los equipos médicos, el tratamiento y sus posibles implicaciones, el estigma, las condiciones de la vida cotidiana, entre otras. Además, la exposición continuada a estresores sin estrategias adecuadas de afrontamiento incrementa los niveles de afecto negativo. Esto podría tener consecuencias a largo plazo, reduciendo la esperanza de vida, especialmente en enfermedades crónicas (Chiang *et al.*, 2018).

De esta manera, algunos pacientes pueden poner en marcha estrategias para afrontar estas situaciones estresantes, siendo el consumo de alcohol, tabaco y algunas otras drogas, elementos que intervienen en el manejo del estrés. En este sentido, Becoña y Míguez (2004), señalan que los fumadores pueden usar la nicotina como estimulante cuando tienen bajos niveles de activación (p.ej., cuando están fatigados) pero también puede ser un tranquilizante cuando presentan altos niveles de activación (cuando están ansiosos). De esta manera, el consumo de sustancias adictivas puede tener como función el afrontamiento, como una forma de evadirse y adaptarse a situaciones estresantes (Roche *et al.*, 2017). Es así, que el propósito de este trabajo fue analizar los patrones de consumo de tabaco, alcohol y drogas en un grupo de personas con diagnóstico positivo al VIH.

GRUPO DE ESTUDIO Y CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Se realizó un estudio de corte cualitativo⁴ aplicando entrevistas semiestructuradas a un grupo de personas que viven con VIH. Se hizo una definición de informantes clave, considerando como tales a varones residentes de la Ciudad de México o su zona conurbada del Estado de México, que refirieran haber contraído el VIH por prácticas sexuales de alto riesgo (sin empleo de condón); diagnosticados en diferentes temporalidades, que al momento de la entrevista estuvieran bajo el esquema de Terapia Antirretroviral Altamente Activa (TARAA) y quienes asistieran 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. Estas condiciones permitieron encontrar sujetos en una situación de relativa tranquilidad, de mayor adaptación al diagnóstico y al tratamiento, de forma tal que se favoreciera una recuperación reflexiva de su experiencia frente al diagnóstico y su relación con las 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.

⁴ Siguiendo la metodología de Hamui, 2011; Robles, 2011 y Taylor y Bogdan, 1996.

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 audio-grabadas. Todos los informantes fueron reclutados en la unidad de atención médica en que 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 en “la mirada” con que fueron leídas.

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 representativos 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, las frases que nos interesa destacar fueron marcadas en negritas.

DESARROLLO

Para acercarnos a la complejidad de vivir con VIH, centraremos nuestro interés en reconocer el tipo de consumo existente de tabaco, alcohol y drogas, a partir del diagnóstico positivo al VIH e identificaremos qué valor le atribuyen 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 positivo⁵ y los cambios generados, ya que estos son “procesos que configura los “estilos de vida colectivos” entendiéndolos no como decisiones individuales, sino conductas influenciadas por las oportunidades definidas por el medio social en que las personas viven”(Álvarez, 2009: 74).

A partir de lo anterior, el análisis se realizó considerando los Determinantes Sociales en Salud (DSS)⁶, ya que estos “busca evidenciar las causas de las enfermedades como producto de la exposición a factores de riesgo, sujetas a la

⁵ Cuando hablamos de experiencia nos referimos a todos los acontecimientos individuales que provocan impulsos y sentimientos dentro de nosotros, “todo lo que nos domina como costumbre, uso y tradición” (Dilthey, 1998:42), en una construcción singular y particular (Mauss, 1936) pero, a la vez, general y colectiva (Barragán, 2007).

⁶ Los DSS comprenden los comportamientos, estilos de vida, los ingresos, la posición social, la educación, el trabajo, las condiciones laborales, el acceso a servicios sanitarios adecuados y los entornos sobre la salud, todos ellos están íntimamente relacionados entre sí, son acumulativos, causales y actúan en diferentes niveles: proximales, intermedios y estructurales (Liscano *et al.*, 2015: 121).

vulnerabilidad diferencial del individuo y al tiempo de exposición a nivel de lo empíricamente observable” (Morales-Borrero *et al.*, 2013: 801), además de que tienen “una *dimensión material*, manifestada en su expresión orgánica, biológica y social y una *dimensión subjetiva* que se refiere a la interpretación y a la forma en cómo se viven y enfrentan estos procesos desde la intersubjetividad colectiva” (López *et al.*, 2008: 324), encontrando así que las desigualdades sociales tiene su expresión en las condiciones de salud (Álvarez, 2009), donde también interviene la clase social y el género (Torres, 2019).

En este sentido y retomando el concepto de construcción social (Berger y Luckmann, 1999), consideramos que vivir con VIH, es como especifica Grimberg (2003: 44) “una experiencia a la vez individual y colectiva cuya conformación y sentido debe contextualizarse en los modos, las condiciones y las trayectorias de vida de los sujetos” construido y reconstruido histórica y socialmente y que depende de los saberes y las prácticas que socialmente se le han atribuido a este padecimiento, así como de las formas particulares en que cada sujeto asimila su diagnóstico. Lo anterior se articula por medio de los múltiples escenarios por los que tiene que transitar el sujeto en su vida cotidiana, en la sexualidad, en las relaciones familiares, laborales y en su espiritualidad; de forma tal que la modalidad en que enfrentan la enfermedad determina la búsqueda de atención médica y la eficacia de ésta. Así, se entrevistó a nueve informantes clave a quienes se les asignó un nombre ficticio, algunas de sus características se muestran en el Cuadro 1.

Para poder llevar a cabo esta investigación fue necesario contactar a pacientes que vivieran con VIH y que participaran en protocolos de atención dentro del centro de salud especializado, ya que, como especifican algunos autores (Delgadillo, 2007 y Flores *et al.*, 2008), estar informado sobre un diagnóstico positivo permite construir estrategias de atención y cuidado más permanentes y sólidas para con ellos mismos. Asimismo, estar consciente de la enfermedad puede proporcionar un sentido de responsabilidad, autocuidado y autoprotección, lo cual es relevante para la correcta ingesta de medicamentos antirretrovirales.

Cuadro 1
Características generales del grupo de estudio

Nombre	Año de nacimiento	Año de diagnóstico	Posible lugar donde ocurrió la transmisión	Nivel de escolaridad	Ocupación	Lugar de residencia	Grupo social con el que habita después del Dx
Benjamín	1973	1996	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	2012	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	1985	Desconoce	Carrera trunca de Ingeniería Civil	En proceso de jubilación del IMSS	Ciudad de México, Zona Centro	Actualmente vive solo
Iván	1960	1995	Casa con su pareja	Ingeniero Civil, con especialidad en finanzas y estadística	Jubilado	Estado de México	Actualmente vive solo
Fernando	1984	2009	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	2010	Desconoce	Preparatoria	Lavado de alfombras	Ciudad de México, Zona Centro	Vive solo y de vez en cuando con uno de sus hermanos
Diego	1955	1988	Hotel en San Francisco, Estados Unidos	Cirujano dentista	Jubilado, repartidor de comida casera	Estado de México	Actualmente vive con su pareja
Felipe	1981	2000	Hotel con amiga	Derecho	Abogado	Ciudad de México, Zona Centro	Actualmente vive solo
Vicente	1973	2006	Desconoce	Preparatoria	Cajero de banco	Ciudad de México, Zona Sur	Vive con un hermano

Fuente: Elaboración propia con base en entrevistas semiestructuradas.

PATRONES DE CONSUMO: TABACO, ALCOHOL Y DROGAS

Es importante analizar la frecuencia en el consumo de tabaco, alcohol y drogas, pues está relacionada con la forma en cómo cada individuo construye su diagnóstico positivo al VIH y cómo lo enfrenta, contrasta, evade, adopta, rechaza o ajusta en sus vidas, ya que un alto consumo o un completo rechazo a ingerir estos productos, puede permitirnos analizar qué tanto los consideran benéficos, inocuos o perjudiciales para su salud. En este contexto, algunos estudios (Ceballos *et al.*, 2014, López - Cisneros *et al.*, 2017 y Peña-García *et al.*, 2017), refieren que personas viviendo con VIH presentan, con cierta regularidad, conductas de aislamiento, baja autoestima, depresión y estrés. Asimismo, se han registrado mayores probabilidades para desarrollar enfermedades bucales y periorales (Coogan *et al.*, 2005; Marchena *et al.*, 2015 y Chorley - Sánchez y Nájera - Ortiz, 2019).

En relación al consumo de tabaco y su concordancia con el VIH, vale la pena mencionar que “su eliminación tiene efectos favorables en la concentración de

triglicéridos, colesterol HDL y en la sensibilidad a la insulina” (Mehta *et al.*, 2004: 220), y se destaca como uno de los principales factores de riesgo cardiovascular (Jericó *et al.*, 2006), asimismo, los fumadores “tienen peor respuesta viral e inmunológica al TARA, mayor riesgo de progresar a SIDA y ha sido asociada a menor adherencia al tratamiento antirretroviral” (Konfino y Mejía, 2011; Ladero *et al.*, 2005), además de que se considera como un factor de riesgo para la aparición de lesiones intraepiteliales escamosas (Lowinger *et al.*, 1996) e incrementa el riesgo de deterioro en el sistema inmunológico (Helleberg *et al.*, 2013) y “la incidencia de tumores malignos y neumonía por *Pneumocystis jirovecii*” (Peña-García *et al.*, 2017).

Por otra parte, varias investigaciones (Chincha *et al.*, 2008; Hutton *et al.*, 2008, Irwin *et al.*, 2006 y Vallecillo, 2015), refieren que el consumo de alcohol es un factor de riesgo para contraer el virus cuando se combina con cocaína, heroína o marihuana, así como para posibles contagios y coinfecciones una vez que conocen su diagnóstico positivo, además de que dificulta la correcta adherencia a los medicamentos (Barreda-Velit y Salcedo - Pereda, 2017; Fuster *et al.*, 2009 y González-Llona *et al.*, 2015), causa frecuencia baja de carga viral indetectable, disminuyendo el incremento de linfocitos CD4 y aumentando la mortalidad asociada al sida (Moore *et al.*, 2004), así como el riesgo de crear una rápida dependencia al consumo (Vallecillo, 2015).

Hace más de tres décadas, se planteó, la “Teoría de la miopía para el futuro” donde se menciona que las drogas disminuyen la habilidad para evaluar las consecuencias a largo plazo de sus elecciones y se centran solo en las recompensas inmediatas, así, las prácticas sexuales sin uso de condón, constituye en sí mismo un riesgo para muchos individuos y esta disonancia es suprimida con el consumo de alcohol y sustancias psicoactivas (como el *chemsex que es el uso intencionado al uso intencionado de drogas psicoactivas para mantener relaciones sexuales, entre hombres que tienen sexo con hombres, habitualmente durante largos periodos de tiempo y con múltiples parejas aumentando la confianza, incrementando el deseo y el potencial sexual* (Dolengevich-Segal *et al.*, 2017, Valencia *et al.*, 2018), lo cual se ha asociado, en diversos estudios, con la práctica del *bareback* (prácticas sexuales consensuadas que consisten en la penetración anal sin condón, de forma deliberada, entre hombres gays que tienen relaciones sexuales ocasionales con otros hombres (Cuadra- Hernández *et al.*, 2015), y el *bugchasing* que se refiere a la búsqueda intencional de adquirir el VIH (Sáez y Carrascosa, 2011 y Santiesteban-Díaz *et al.*, 2019).

En este sentido, la miopía para el futuro perjudica la toma de decisiones, como así se ha constatado en tareas como el *Iowa Gambling Task* (IGT; Bechara *et al.*, 1999), un juego de cartas donde los sujetos con miopía para el futuro por lesiones en la corteza prefrontal estaban motivados en sus elecciones por la recompensa inmediata, y menos interesados en las posibles pérdidas o ganancias futuras (Bechara *et al.*, 2000). En el

caso de las personas con adicciones, se daría una afectación funcional de las regiones prefrontales, que darían lugar a una miopía de futuro y al consecuente déficit en el proceso de toma de decisiones. Estas personas optarían por las opciones con mayor riesgo, sin estimar las consecuencias negativas futuras. En este sentido, se han documentado déficits en la toma de decisiones en personas con adicciones (Verdejo-García *et al.*, 2009), que tendrían una clara implicación en la transición entre el uso recreativo y dañino de las sustancias adictivas (Stewart *et al.*, 2017), así como en las recaídas después del tratamiento (Stevens *et al.*, 2015; Verdejo-García *et al.*, 2014).

Además, y con independencia de los problemas con las adicciones que tengan las personas con VIH, la infección por sí misma causa daños directos e indirectos en el cerebro, que se asocian a trastornos neurocognitivos, donde se incluyen deficiencias a la hora de tomar decisiones. En concreto, se ha observado una tendencia a devaluar las recompensas que se retrasan (primando las inmediatas) (Meade *et al.*, 2016). Por lo tanto, la infección por VIH y el consumo crónico de sustancias adictivas, alteran el circuito neuronal de la toma de decisiones, si bien hasta la fecha hay pocos estudios que examinen las consecuencias de dicha interacción (Meade *et al.*, 2017).

Por lo tanto, el consumo de sustancias adictivas tiene importantes implicaciones en procesos psicológicos que determinan el desarrollo de la enfermedad. En relación con la muestra analizada en la presente investigación, se observó que en seis de los casos no era frecuente el consumo de tabaco antes del diagnóstico y sólo uno reconoce que comenzó a fumar una vez que conoció su situación serológica. Esto es relevante ya que se sabe que el tabaco induce a la formación de enzimas en el hígado incrementando la tolerancia metabólica a una variedad de drogas. En el grupo de entrevistados, algunos dejaron de consumirlo una vez sabiéndose portadores, para otros el diagnóstico no significó algún cambio respecto a la frecuencia de consumo.

Respecto al consumo de alcohol, sólo uno declaró que no era parte de sus hábitos continuos; pero todos indicaron que, una vez conociendo el diagnóstico, disminuyeron su ingesta y en otros casos lo dejaron por completo. Por otra parte, la mitad de los entrevistados señalaron que habían consumido marihuana y cocaína (ésta última incrementa la réplica del VIH); aunque para el momento de las entrevistas, todos declararon haber dejado el consumo y sólo uno reconoce que empleó *poppers*⁷ durante algún encuentro sexual, después de su diagnóstico positivo (véase cuadro 2).

⁷ El *popper* es una sustancia química cuya vía de administración es la inhalación o la aspiración. Al entrar en contacto con el Sistema Nervioso Autónomo, producen un efecto vasodilatador de los músculos lisos que rodean los vasos sanguíneos y con ello facilitan el paso de la sangre y se emplean habitualmente para incrementar la estimulación sensorial placentera (Ortiz *et al.*, 2014).

Cuadro 2
Consumo de tabaco, alcohol y otras drogas.

Nombre	Tabaco		Alcohol		Drogas	
	Antes Dx	Después Dx	Antes Dx	Después Dx	Antes Dx	Después Dx
Caín	Frecuencia alta, una cajetilla al día	No frecuente	Frecuencia media los fines de semana	No consume	Frecuencia baja, cocaína, ¹ marihuana	No consume
Adolfo	Frecuencia alta, una cajetilla al día	Alta frecuencia, una cajetilla al día	Frecuencia alta de 1980 al 1985 mucho consumo	Después del 90 no hay consumo	Frecuencia baja cocaína, marihuana	A partir del 95 nada
Benjamín	No consume		Frecuencia baja sólo en festejos	Navidad, año nuevo, cumpleaños	No consume	
Iván			Frecuencia alta Consumía todas las semanas	No consume		
Fernando			Frecuencia alta Los fines de semana recurrente	Después de hepatitis nada	Frecuencia alta, durante tres años cada semana cocaína y marihuana	Después de hepatitis sólo <i>popper</i>
Milton	No consume	Cinco al día	Frecuencia media Todos los fines de semana	No consume	Frecuencia alta, marihuana, piedra, cemento diez años consumo constante	Ya no consume
Diego	No consume		Frecuencia media Todos los fines de semana	Sólo una o dos al mes	Frecuencia baja cocaína, marihuana	Después de intento de suicidio nada
Felipe	Frecuencia a media, una cajetilla a la semana	Una cajetilla cada tres días	Frecuencia media Todos los fines de semana	El primer año consumo frecuente, ahora sólo en algunas fechas	Frecuencia baja cocaína, marihuana	Ya no consume
Vicente	No consume		Frecuencia alta Los fines de semana recurrente	Varios años sin consumo	No consume	

Fuente: Elaboración propia con base en entrevistas semiestructuradas.

¹ “En lo que se refiere a los patrones de consumo, se ven básicamente dos: uno mayoritario caracterizado por un consumo de menor cantidad, generalmente por vía nasal, y otro minoritario que se da a menudo entre consumidores de cocaína y heroína y que es más frecuente y que se lleva a cabo por vía intravenosa y pulmonar” (González – Llona *et al.*, 2015: 556).

LOS DISCURSOS DE LA EXPERIENCIA

Caín comenzó a fumar en la secundaria y aunque al principio no le gustaba, continuó haciéndolo hasta que se dio cuenta que estaba consumiendo tres cigarrillos al día, por lo que intentó dejarlo, pero no le fue posible. Cuando trabaja como cadenero en un bar comenzó con el consumo constante tanto de tabaco como de alcohol, debido a que eso le ayudaba a sentirse “menos estresado”, durante esta época comenta que llegaba a fumar hasta una cajetilla al día. Una vez que conoce su diagnóstico, el médico le recomienda dejar el cigarro y aunque los primeros meses no puede lograrlo, es a partir de una ocasión en la que escupe sangre, que decide dejar de fumar por completo y aunque ha tenido deseos de fumar, el sólo recordar aquel evento le quitan las ganas de intentarlo.

*...en varias ocasiones me dijeron que lo dejara, no porque hiciera algo con el medicamento, pero que era mejor estar sin fumar y **pues al principio no hice mucho caso la verdad**, pero como a las dos semanas o no sé, ¡tómala!, **que escupo sangre, sentí que me moría** y esa fue la última vez que fumé, así ya no prendí un cigarro más...*

Cuando comenzó a trabajar en el centro nocturno, el consumo de alcohol era constante, pero como debía estar en servicio moderaba su consumo; cuando cambia de trabajo, disminuye la ingesta de alcohol y cuando reconoce su diagnóstico, lo deja por completo.

*... estás ahí trabajando y te dan una, que las chavas te pasan otra y así... las tomas como a escondidas, pues no puedes estar tomando... **estás en servicio y pues sólo para estar “entonadón”** ... yo sí cuidaba mucho que no nos vieran, porque si te cachan pues te corren... ya cuando cambié de trabajo, pues la dinámica cambia, ya no ves a los cuates de ahí, así me pasó, es más cuando el médico me dice que no tome alcohol, pues lo dejé por completo...*

Llegó a consumir marihuana y cocaína, pero ésta última nunca la consideró una sustancia que estuviera interesado en tomar y reconoce que sólo la probó por curiosidad.

*...sí ambas, una vez llegué a probar lo que **fue la cocaína y otra vez la marihuana... como dicen nada más para ver qué era**, pero fue inhalada y no me gustó, o sea respeto los gustos de la gente, pero a mí no me gustó...*

El entrevistado número 2, **Adolfo** inicia con el hábito del cigarro durante la secundaria fumando de dos a tres por día, pues le ayudaban a concertarse en los

exámenes y estaba menos ansioso y estresado, por lo que continuó con esta práctica durante todos los años que estudió. Una vez que ingresa a la universidad aumenta el consumo; actualmente fuma una cajetilla al día, esto es a razón de 20 cigarrillos y aunque ha considerado bajar un poco la frecuencia, dice que es muy complicado, pero reconoce que está en riesgo de tener mayores problemas de salud derivado del consumo excesivo de tabaco.

*...siempre he sido de cigarrillo, comencé con lo típico de probar a qué sabe y pues me gustó, **al principio como a todo hay que agarrarle el gusto y luego ya se te hace costumbre...** cuando estaba en la secundaria, me fumaba uno cuando salía de la escuela y cuando estaba estudiando, me salía a fumar, me acuerdo que me relajaba mucho... me acuerdo que estaba así como inquieto y me tranquilizaba... yo creo que desde que estaba en ingeniería, compraba una cajetilla diaria, me quitaba el hambre, el sueño y pues rendía más... sé que está mal y que pongo en riesgo mi salud, y debería bajarle, **no sabes cuántas veces he intentado dejarlo y pues nada...***

Asimismo, reconoce que no ha modificado en algo sus hábitos de fumador y que no será posible dejar de fumar por el tiempo que le quede de vida.

*...para nada, nunca pensé en dejarlo, o sea, el médico me dijo al principio que lo dejara y luego que le bajara, pero no creo que esté fumando más... **mi ritmo es una cajetilla al día desde como la universidad y no lo he cambiado**, en algunas ocasiones me he fumado media cajetilla, por ejemplo, cuando te da la tos de perro, pero ¡Ni así lo he dejado!, yo creo que así estaré hasta que me muera...*

En el caso del alcohol, aunque probó la cerveza, el tequila y el brandy cuando era joven, no fue sino hasta que comenzó a ir a discotecas y bares que su consumo fue en aumento. Durante esta época la ingesta era todos los fines de semana y había temporadas en que comenzaba el viernes y terminaba el domingo en la noche; esta temporada duró aproximadamente cinco años.

*...así como se dice consumo de verdad, cuando empecé en las discotecas, ahí sí **le entraba bien y bonito...** soy más de tequila, ron y vodka... y pues, todos los fines de semana, sin variar, había veces que salía demasiado tomado de la discoteca **y en una ocasión perdí el conocimiento y no supe ni cómo me caí ni nada**. Ya cuando desperté, ya estaba en casa... no fue la única vez; después de eso procuré asistir a las discotecas con amigos... más o menos como del 80 al 85...*

Cuando conoce su diagnóstico positivo, su consumo continuó por algún tiempo, hasta que, teniendo una plática con su pareja, entendió que si seguía así podría “perder ante la enfermedad”, por lo que deja completamente el consumo, al momento

de la entrevista, sólo llega a tomar esporádicamente en fiestas y reuniones y en casi todas las ocasiones no se acaba la bebida que le sirven.

...cuando me enteré de esto, pues ni hice caso, la verdad es que seguí un poco irresponsable, yo creo que realmente hice conciencia cuando conocí a mi A, ahí sí me dijo "ni creas que vas a perder ante la enfermedad eh" y pues, ahí sí le bajé, completamente, pero radical, de muchísimo a nada de nada... ya más de veinte años, ahora sí que todo un reto... pero pues ya no. Ni se me antoja... llego a tomar muy rara vez, tal vez en alguna fiesta...

Sobre el consumo de drogas, llegó a probar la cocaína, la marihuana y el *popper*, y aunque sintió agradables los efectos de la marihuana, los *poppers* le causaron taquicardia, por lo que no continuó experimentando con ese tipo de sustancias y reconoce que la última vez que fumó marihuana y esnifó cocaína fue en 1995.

...Pues una vez me ofrecieron marihuana y me gustó, no te voy a decir que no, pero luego que la coca, estuvieron muelle y muelle que la probara y la probé y dije "sáquese qué", llévense su porquería esa (risas). Y también otro día probé unos como les llaman... "poppers", y luego, luego se me aceleró el corazón... como en el 95, estábamos en la casa de un amigo y nos dijo "órale aquí está un toque" y pues todos le entramos y ahí fue la última vez...

Por su parte, **Benjamín** llegó a probar el cigarrillo y tanto el olor como el sabor le causaban mareo y asco, por lo que no volvió a intentarlo, respecto al alcohol, su consumo es inusual desde que era joven y sólo llega a tomar en cumpleaños, fiestas navideñas y en algunos eventos especiales como parte de la convivencia con sus amigos y familiares.

...Fumé, pero por experiencia, "a ver quieres un cigarro, pues a ver dame un cigarro", pero lejos de por una satisfacción; al contrario, me mareaba y me supo desagradable como de asco, entonces prácticamente la verdad lo eliminé porque no sentí yo ese deseo, no me gusta, es más bien como por convivencia... a veces en cumpleaños, en año nuevo con eso del brindis, digo no les hago la grosería, pero luego dejo la copa por ahí y ni me la acabo...

En el caso del consumo de drogas, sabe de la existencia de la marihuana, la piedra y la cocaína, pero nunca ha tenido interés en probarlas.

...Jamás (lo dice en tono muy seguro y un poco despectivo). Nunca, nunca. No he probado cocaína, marihuana, la piedra mentada que le llaman- sí he escuchado, pero jamás he probado nada. Consciente yo de mí de mí- sólo que me la hubieran dado

por ahí sin que me hubiese dado cuenta no, pero yo que hubiese estado en mis cinco sentidos y que hubiera dicho yo “me voy a drogar”, en mi vida...

Cuando era adolescente, **Iván** llegó a probar el cigarro, pero no le llamó la atención, en la misma época también probó el alcohol y llegó a consumir todos los fines de semana durante un periodo de tres o cuatro años, esta temporada de “excesos” se prolongó durante los años de secundaria; en la preparatoria y trabajando en el IMSS (mecanógrafo), dejó por completo el consumo de alcohol.

*...No, **nunca he fumado**... pues de chavo lo pruebas, pero hasta ahí, no me interesó... más o menos por la misma fecha probé las cubas, el tequila y el vodka y eso sí me gustó y todas las semanas ahí me veías ahí, ¡Apuntadísimo!, **fueron años de excesos, tal vez unas dos o tres veces me caí de borracho; así gacho y fueron como los años que estuve en la secundaria, tal vez como un año o año y medio**, porque después entré al Seguro Social y pues ya no podía estar ahí desvelándome, ¡Era horrible!, ya en la universidad, no pues olvídalo, ni chance te daban...*

Fernando Nunca estuvo interesado en el consumo de tabaco, pues el aroma le marea y aunque actualmente su compañera de piso fuma, han llegado al acuerdo de que no lo haga en casa, pues considera que el olor queda impregnado. Cuando estaba en la preparatoria, consumía alcohol todos los fines de semana, esta etapa se prolongó por tres años, una vez que entra a la universidad deja el consumo frecuente y empieza a tomar de forma esporádica, sin embargo, cuando le diagnostican hepatitis, deja por completo de tomar por un par de años.

*...nunca me gustó, desde que era chamaco me acuerdo que sí lo probé, en la secundaria, pero como que me mareaba y el olor me es desagradable, como que todo queda apestando... sí, mi amiga fuma, le gusta y allá ella con sus ondas, **pero sí le dije, sabes qué, mejor aquí ni lo hagas, porque la verdad queda todo apestoso** y la verdad es que sí agarró la onda y aquí no fuma... yo creo que toda la prepa fui un despapaye, de todos los fines de semana, sobre todo de viernes a sábado, que no me veían para nada (risa)... pero la carrera, esa ya está más canija ¿No?, ahí sí me puse las pilas como dice...seguía tomando, pero ya moderadamente... **cuando me diagnosticaron hepatitis eh... me prohibieron el alcohol**. Mmmm, puedo tomar una copita o dos, pero ya no como antes, ni tan seguido ni en cantidades como las de antes...*

Durante un lapso de dos años, consumió *poppers* que combinaba con cocaína. Actualmente acepta que ha usado *poppers* en un par de ocasiones, pero que ya no lo combina con otras sustancias.

... los poppers y la cocaína... yo creo que en cantidades grandes y frecuentemente, como de 2005 a 2007... Yo creo que lo más frecuente que llegué a utilizar fueron los poppers... los llegábamos a usar durante la relación sexual... pero de ahí en fuera, luego cuando terminé con esa pareja ya sólo los poppers... pues desde la hepatitis yo creo que sólo los poppers, así como de frecuente ninguno, pero sí los poppers yo creo que 2009 para acá como uno por año, así de poquito y solitos, ya sin la coca...

Para **Milton** su afición por el cigarrillo comenzó cuando le diagnosticaron el VIH, pues antes de esto no acostumbraba su consumo y aunque lo llegó a probar cuando estaba en la secundaria, no le llamó la atención. Cuando se entera de su situación serológica, una de las primeras cosas que hizo fue “bajarse la ansiedad”, comprando una cajetilla de cigarros y se los acabó de un tirón y aunque al día siguiente sintió los estragos de haber fumado tanto, continuó con el consumo, aunque en menores proporciones.

... todos empezamos en la escuela ¿No? en mi caso fue en la secundaria, de eso que lo pruebas y pues no me hizo nada, no sentí nada particular y no le entré... fijate que cuando me dicen de esto, pues ahí sí, me sentía súper mal, ansioso, triste, enojado, así como todos los sentimientos de un jalón... y lo primero que pensé es “me tengo que bajar la ansiedad a como dé lugar” y ahí me tienes que bajo a la tiendita y pedí unos C. y me los eché de un tirón, así completitos, uno tras otro... no pues al otro día no me podía ni levantar, me dio además de todo, una cruda de cigarro, pero volví a comprar otros cigarros, ya no me los eché todos así, pero sí podríamos decir que ahí comencé a fumar... muy fuerte y desde entonces estoy con este feo vicio, que sé muy bien lo mal que hace de daño, pero la verdad me sirve mucho...

Actualmente fuma entre cuatro y seis cigarrillos al día y aunque le han recomendado que deje de fumar, él siente que esta actividad le baja el estrés y le ayuda a estar más tranquilo durante el día.

... pues todos me lo dicen, Pero ¿cómo?, si antes no fumabas, y les digo, “pues no, pero ahora sí” y ese tipo de cosas, si yo fumo es porque me ayuda a bajar el estrés, me tiene más tranquilo y me relaja, pues además como no me han dicho que esté mal con los medicamentos... pues al menos así me siento mejor y la verdad es que cinco o seis cigarrillos al día... además con toda la joda que te echas con la lavada, la verdad es que a gloria sabe...

Cuando comenzó con el consumo de alcohol, ingería durante todos los fines de semana, pero siempre intentó beber de forma moderada, pues el exceso siempre le ha causado cefaleas, náuseas y dolor articular. Cuando el médico especialista le comentó que el abuso de alcohol podía inhibir la actividad de los medicamentos que

estaba tomando, decidió dejar por completo de consumir cualquier tipo de bebida embriagante.

...todos los fines de semana, pero así hasta perderme... lo que pasa es que siempre he tenido mal alcohol, pero mal alcohol de que me pone muy mal, o sea, al día siguiente no sabes, dolores de cabeza, vómitos... una ocasión, no sé por qué pero amanecí todo adolorido, así como si se me hubiera puesto un camión encima, yo creo que es que no tengo resistencia al alcohol, entonces, pues mejor no hacerle al macho... desde que me dijeron que no hacía igual el medicamento, en ese momento mejor dije, "pues para que le hago", mejor sí me lo tomo bien y no ando jugando... llevo como cinco años de que no tomo, pero así ni una cerveza, me dicen que no hace mal una de vez en cuando, pero para qué tomo una o dos, mejor no tomo nada y mejor así, ¿No crees?...

Al morir su madre, vivió solo y comenzó con el uso de estupefacientes, durante esa temporada, el consumo frecuente era *thinner*, mariguana, piedra y cemento. Cuando regresa a vivir con sus hermanos, deja estas sustancias y reconoce que hoy en día "lleva varios años limpio", y aunque a veces se acuerda de esa época, no está interesado en regresar al consumo de esos productos, ya que además de no estar "completamente sano", sabe que cualquier tipo de droga puede alterar y reaccionar negativamente con los medicamentos.

...después de que murió mi mamá; después de los 15... fue el tiempo que me drogué... La marihuana tiene varios efectos: hay veces que te dicen "se te metió el payaso" porque te ríes de todo, todo te da risa, hay veces que te deprime, te pone a llorar... o de repente alucinas, así como que todo se me mueve, o cuando caminas sientes que vuelas... El thinner y el activo te "amenazan"... el activo es solvente...con una estopa; como que te idiotizan y no das "pa'tras" ni "pa'delante"... el cemento, ¡Ah mira!, hace mucho tiempo- en los "frutsis" vaciabas el cemento, le poníamos un tanto por ciento al botecito del "frutsi" y lo inhalabas por la boca... y llegaba el momento en que se secaba, y ya no servía...el efecto digo, si tú te pones a inhalar una media hora, sí te anda durando unas seis horas... el tiempo que inhalé fue por amigos; y es que ya cuando conoces un lugar donde venden, ya no pides un solvente, dices "Dame un activo" y normalmente lo consigues en tlapalerías. (Suspira brevemente) ...era barato y estaba de moda...cuando me vine para acá mis hermanos no sabían, pero yo opté y dije "quiero cambiar mi vida y estar limpio". Y cuando regresé a Santo Domingo dije "Ya no me drogo". Y ya no lo hice... ya llevo varios años limpio, a veces me acuerdo, de cómo me ponía, además me han comentado que cualquier droga, pues sí afecta o tiene efectos secundarios, porque el medicamento ya no va a servir y pues entonces para qué lo tomo ¿No?...

Aunque **Diego** de pequeño tenía un amigo que vendía cigarros importados y llegaba a regalarle algunos, nunca se interesó en tener este hábito; su padre llegó a fumar hasta cinco cajetillas al día, pero en una ocasión se sintió mal y el médico le comentó que corría el riesgo de contraer cáncer de esófago, a partir de esa experiencia no se interesó en el tabaco.

*.... yo la oportunidad porque cuando iba yo en la secundaria tuve un amiguito que precisamente tenía un "localito" totalmente- bueno, él y su papá y su mamá en el centro de Cuernavaca, y estaba atiborrado de todos los cigarros del mundo. Y obviamente los vendían más caros que los cigarros normales...**Mi papá fumaba mucho, él se echaba hasta cinco cajetillas diarias**, hasta que una ocasión despertaron mis papás y mi papá sentía que hablaba a mi mamá, pero no le salía la voz... Y fueron al médico y le dijo: **¿Sabes lo que le está pasando? Está usted a un paso de adquirir un cáncer de esófago.** Le dio tanto miedo a mi papá lo que le dijo el doctor, que mi papá llegó a la casa y rompió todas las cajetillas y las tiró a la basura. Y no volvió a fumar... eso quieras que no, te marca...*

En el caso de la ingesta de alcohol, era constante que los fines de semana se tomara una o dos copas, pero no fue una situación que considerara habitual, pues era por temporadas, había ocasiones en que podía pasar hasta dos años sin consumir y otras que todos los fines de semana tomaba, siempre de forma moderada. Actualmente llega a tomar una o dos veces por mes, pero su consumo es moderado, pues reconoce que los medicamentos pueden perder efectividad con altas cantidad de alcohol, en este contexto, su diagnóstico positivo no afectó su frecuencia de consumo.

*...pues te da la temporada, había veces que todos los fines de semana, así, pero sin faltar, luego, me acuerdo una ocasión creo que, hasta dos años sin una gota, por eso te digo que soy más como pasivo en eso de la tomadera, dicen tomador social, sin excesos, eso sí... Pero como siempre lo hice, yo te puedo tomar hasta el domingo, pero ya el lunes... ni olerlo. Obviamente el viernes pues sí me tomo mis copas. **Pero cuando trabajaba, jamás, no olía a alcohol ni llegaba crudo ni nada...** me gusta brandy, ron y tequila...*

Cuando fue joven llegó a probar la marihuana y cocaína, pero su consumo fue limitado y sólo cuando estaba en fiestas de una amiga en particular, ésta siempre le ofreció y le regalaba cocaína, sin embargo, cuando vive en la ciudad de México pierde el contacto y ya no ha vuelto a saber de ella.

...fijate que tuve una amiga que este.... que cuando yo la conocí me hice muy amigo de ella y me caía muy bien porque era una mujer muy despilfarrada en su vida. Tenía todo a su alcance alcohol, marihuana, cocaína...ella era bien valemadrera, hacía fiestas

a morir... de repente bajaba ella de su cuarto y empezaba con ceniceritos llenos de un polvo blanco y los empezaba a distribuir y ya todos sabían qué era. Hasta que yo me di cuenta de que era cocaína y "¡Pácatelas!" que me la pone en la boca. No podía ni escupir, porque me agarró de una forma que yo acababa de tomar el whiskey y no pude ni escupir ni nada. La cocaína era amargosa como ella sola, pero de repente sentí algo caliente que me llegó hasta la punta de los dedos y a la cabeza. Se me quitó el cansancio y la flojera, me empezó a dar risa... ya las otras veces las hice por mi voluntad...yo me distancié mucho de ella porque me vine a vivir acá y ya no más...

Felipe inició con el cigarro cuando estaba en la secundaria, ahí frecuentaba a algunos compañeros que estaban en los últimos años y con ellos comenzó a fumar hasta una cajetilla a la semana, sin embargo, cuando se enteró de su diagnóstico positivo, fuma con mayor frecuencia, pues sentía ansiedad, temor y coraje y sólo eso lo tranquilizaba, por lo que aumentó a tres cajetillas a la semana. Actualmente ha logrado bajar sus niveles de ansiedad, por lo que ya no fuma con tanta regularidad. En el momento de finalizar la entrevista comentó que había reducido a cinco cigarrillos por día.

...me juntaba con unos cuates que estaban más arriba que yo, estaban terminando la "secu" y pues para quedar bien y hacerte el interesante, pues ahí comencé y me gustó... como unos dos o tres al día, compraba una cajetilla a la semana se acababa ese mismo día, pero todos comprábamos una a la semana y nos turnábamos el día, así que si un día se te olvidaba, pues pamba china (risa), ¡No te la acababas!, afortunadamente a mí nunca no se me olvidó... empecé como a meterme más y más humo a los pulmones, la verdad es que por tontería mía, pero en fin... lo que pasa es que sentía de todo, ira, coraje, resentimiento, mucho miedo y fumar me mantenía como tranquilo, después de unos cigarros, como que veía las cosas de diferente manera... pues como unas tres a la semana, tal vez más, pero fue sólo unos meses...no ahora ya me agarras más tranquilo, la verdad es que hasta eso, he podido bajarle muy cañón al consumo...

Durante la preparatoria consumió alcohol durante todos los fines de semana, sin embargo, reconoce que, como en algunas ocasiones debía manejar, procuraba no hacerlo demasiado para evitar algún percance. Cuando conoció su diagnóstico positivo, comenzó a tomar con mucha frecuencia, pues sentía que era una forma de poder "Escapar de sus problemas", pues estaba "Deprimido y enojado", pero, gracias a los grupos de apoyo decidió dejar de tomar.

... pues ya con los cuates en el desmadre, pues es diferente... siempre he sido como "temerosón" y manejar borrachín, pues como que me da onda, por eso siempre tomaba poco, eso sí, cuando no me tocaba manejar, si me desquitaba (risa)...

pues sobre todo en la preparatoria, ahí sí era de todos los fines de semana... me dio como una etapa medio destructiva, quería, como fuera, escapar de mis problemas, así rápido, estaba muy enojado, ¡Qué enojado!, encabronado y lo que le sigue, me deprimía mucho pensar en todo lo que no podría hacer ya... pues me veía muerto al día siguiente... los grupos de apoyo, esos fueron los que sacaron del hoyo, así como se dice... una vez llegué medio "flameadón" y no fue un regaño, pero sí me hicieron pensar en lo que estaba haciendo, la verdad es que valoro mucho lo que hicieron...

Actualmente ha tomado en algunas fiestas y reuniones familiares, pero sólo uno o dos tragos, pues quiere evitar explicaciones que después puedan generar preguntas incómodas o sospechas que deriven en comentarios sobre su condición serológica.

...pues sí he tomado, para que te digo que no, pero sobre todo por las fiestas familiares, que el mezcal, la cervécita, no lo puedes evitar y pues la verdad no quiero, si llego a decir que no, pues preguntarán y si les digo que tomo medicamento, pues ¡Para qué quieres!, empiezan a investigar y luego, ya se enteran, mejor así, me ha dicho la doctora que no hace daño una o dos, así que eso es lo que hago y pues es poquito y en algunas ocasiones, sólo en fiestas o pachangas grandes...

En los años que estudió leyes tenía algunos amigos que siempre le invitan fumar mariguana y llegó a consumirla en pocas ocasiones, pues tenía miedo de "Enganchar con ella". En el caso de la cocaína, la probó en una fiesta a principios de sus años en la Ciudad de México, sin embargo, su experiencia no fue agradable y no intentó más su consumo.

...sí cuando estuve de estudiante, algunos le metían bien y bonito, pero no me interesaba, lo veía y en una ocasión sí me ofrecieron y pues para ver qué se siente, pero soy temeroso y pues no le quise entrar mucho, ¡Qué tal, me gusta! y pues ya me enganché y como soy propenso a entrarle a los vicios, pues para qué quieres...la coca, esa sí la probé sólo de pasadita, una vez cuando recién llegué aquí y no, paso...

Vicente probó el tabaco en su juventud, pero su experiencia no fue grata y no volvió a fumar, sin embargo, antes de su diagnóstico consumía altas cantidades de alcohol, pues tomaba todos los fines de semana. A partir de que está bajo tratamiento de antirretrovirales y reconociendo que no es bueno para su salud, ha optado por dejar de consumirlo, asimismo, en alguna ocasión preguntó qué pasaba si mezclaba los medicamentos con el alcohol, y le dijeron que no pasaba algo siempre y cuando fuera en cantidades mínimas.

...nunca he fumado; la primera vez que intenté me ahogué y nunca más volví a intentarlo (risas)... anteriormente de que me diagnosticaran esto... sí era más frecuente que tomara, (chasquido con la boca) pero era de tomarte tres, cuatro, cinco cervezas que te sientes entonado, yo ya me quedaba ahí... que me sintiera en el relajo, en la pachanga y nada más... a partir de haber tomado tratamiento he tomado muy pero muy contadas ocasiones a lo mucho dos cervezas, dije "tengo que cuidarme de esto y ser como que más responsable"... siempre he tratado de preguntar eso a la doctora, qué pasa si tomo alcohol... y dice "pues sí toma algo, pero no tomes exagerado"... bueno ahorita creo que la última vez que me tomé una cerveza, fue como hace unos tres años...

ALGUNAS CONCLUSIONES

A partir de las experiencias de vida de nueve personas que viven con VIH, se pudo observar cómo la salud y la enfermedad se identifica, construye, percibe y apropia de un modo subjetivo y que depende, tanto de la educación, como de la información que busquen y les sea otorgada por el personal médico.

En este contexto, los entrevistados refieren que por lo que en general, ocultan su diagnóstico a todos los elementos de su entorno social cercano por miedo a ser estigmatizados y rechazados, reconociendo tal y como apuntan algunos autores (Barbieri *et al.*, 2005; Granados-Cosme, 2014; Marzán y Varas, 2006 y Orozco-Núñez *et al.*, 2015), que este tipo de etiquetas están íntimamente relacionadas con el virus y que son marcas de exclusión de las normas sexuales (Torres, 2019).

En el caso particular de la ingesta y uso de tabaco, alcohol y drogas, se encontró que los médicos especialistas son los primeros en recomendar no consumir estos productos, sin embargo, también refirieron que fueron los primeros en sancionar, culpar o juzgar sus prácticas, orientaciones y preferencias sexuales. En este orden de ideas, algunos autores (Kang *et al.*, 2005 y Kontantinidis y Cabello, 2008), reconocen que los médicos pueden ser las primeras figuras causantes de estigmatización, negación y rechazo, debido, a la falta de sensibilidad, empatía y tacto, al momento de dar el diagnóstico, esto, puede derivar en una "ruptura" en la relación médico - paciente, por lo que sería necesario estimular cursos y talleres de reconocimiento y aceptación de las preferencias sexuales, donde se ofrezca una visión sin prejuicios sobre la diversidad sexual, ya que aunque en el discurso se dice conocer, tolerar y respetar este tipo de preferencias, estudios como el de Lozano (2009: 166) nos refuerza la idea de que se percibe y entiende a la homosexualidad de manera dual y ambivalente "ya que por un lado, habla de respeto, tolerancia y apertura hacia la minoría homosexual, pero por otro, muestra rezagos de los prejuicios tradicionales de

la cultura heterosexista, que denotan cierto distanciamiento y discriminación hacia la homosexualidad, aunque en menor grado que el respeto y la tolerancia”.

En todos los casos se observó un interés especial por generar acciones de cambio en la vida cotidiana una vez conociendo el diagnóstico positivo, ya que todos comentaron que modificaron sus patrones de consumos de cigarro, alcohol y drogas, si bien, algunos continúan fumando de forma habitual, todos reconocen que disminuyeron su consumo de drogas y alcohol.

Por otra parte, se identificó que los grupos de apoyo son importantes ya que en estos espacios pueden “compartir información y sentimientos acerca de su vulnerabilidad, lo que les permite ir reelaborando su propio proceso” (Flores *et al.*, 2008: 7). Y aunque no todos asisten, los que han participado reconocen su valor, pues pueden compartir anécdotas, descifrar dudas y comprar o intercambiar medicamentos, asimismo, les ha permitido conocer a más personas que se encuentran en situaciones similares a ellos y a partir de esto, resignifican su propia realidad. Así, reconocemos que este apoyo funciona como una manera de enfrentar el VIH, “como una forma de crecimiento personal pues poseen una red social de amigos y familiares que les apoyan y con la que se sienten vinculados” (Pernas *et al.*, 2001).

Por último, fue importante reconocer el papel que desempeña el personal médico en todo este proceso, ya que al ser la primera instancia donde se da el diagnóstico, es fundamental la forma en cómo da la información, en este orden de ideas, reconocemos como especifican Herrera *et al.* (2008) que “el trato en los servicios varía, dependiendo de la antigüedad del personal médico (empeora donde hay mucha rotación de personal), de su capacitación en VIH y trato a los pacientes, de la antigüedad del paciente en el servicio, si éste se muestra exigente o es sumiso, y de su condición étnica, de clase, género u orientación sexual”, ya que como anuncian Kleinman y Benson (2004), “las personas que sufren deben ser realistas, pero los médicos deben sentirse fortalecidos, personalmente comprometidos en la relación que mantienen con sus pacientes. Los enfermos y sus médicos deben ligarse a los sentidos morales de la enfermedad en el marco de la relación que les une”.

Esta multiplicidad de factores, pueden alterar la forma de tratar, recibir, atender y dar seguimiento a los pacientes seropositivos, ya que, por ejemplo, en uno de los casos, la noticia causó conmoción, miedo y desasosiego, lo que originó que dejara por completo de asistir al médico por un periodo de 10 años. Otros reconocieron a los médicos como las primeras figuras causantes de la estigmatización y el rechazo, estas acciones como lo especifica 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 lo tanto, es importante la capacitación de los

profesionales de la salud para atender a los pacientes con VIH/SIDA, mejorando su comunicación con los enfermos y su actitud hacia la enfermedad (Kamiru *et al.*, 2009). Esto resulta especialmente preocupante, teniendo en cuenta que en un reciente trabajo se reportó que alrededor de un tercio de los estudiantes de medicina mostraron una actitud negativa hacia los pacientes con VIH/SIDA. Además, se detectaron carencias en el conocimiento de la enfermedad respecto a la transmisión y prevención del VIH, que correlacionaron con una actitud más negativa hacia estos enfermos (Sallam *et al.*, 2022).

Continuar investigando la realidad de los grupos seropositivos es fundamental para la creación de nuevas propuestas que permitan exploración en profundidad la construcción de la identidad seropositiva. La aplicación, el seguimiento y el impacto que estas acciones puedan tener en las políticas públicas, coadyuvará para que las asociaciones civiles de apoyo, los grupos familiares domésticos y el sector médico, puedan tener un conocimiento más amplio para comprender la problemática tan compleja de vivir con VIH.

REFERENCIAS

- Aggleton, P., Parker, R., & Maluwa Mirima (2003). Stigma, Discrimination and HIV/AIDS in Latin America and the Caribbean. Inter-American Development Bank, *Sustainable Development Department Technical Papers Series*, 1-20. <https://publications.iadb.org/publications/english/viewer/Stigma-Discrimination-and-HIV-AIDS-in-Latin-America-and-the-Caribbean.pdf>
- Álvarez Castaño, 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. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=54514009005>
- Arias-Colmenero, T., Pérez-Morente, M. Á., Ramos-Morcillo, A. J., Capilla-Díaz, C., Ruzafa-Martínez, M., & Hueso-Montoro, C. (2020). Experiences and Attitudes of People with HIV/AIDS: A Systematic Review of Qualitative Studies. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(2), 639. <https://doi.org/ghg764>
- Barbieri, A. L., Artioli Machado, 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. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36260205>
- Barragán Solís, A. (2007). El cuerpo vivido: entre la explicación y la comprensión. *Estudios de Antropología Biológica*, 13(2). <https://doi.org/10.22201/ii.a.14055066p.2007.26412>

- Barreda-Velit, 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. <https://doi.org/knnj>
- Bechara A., Damasio A.R., Damasio H., y Lee G.P. (1999). Different contributions of the human amygdala and ventromedial prefrontal cortex to decision-making. *The Journal of Neuroscience*, 19(13), 5473-5481. <https://doi.org/gfxvqc>
- Bechara, A., Tranel, D., & Damasio, H. (2000a). Characterization of the decision-making deficit of patients with ventromedial prefrontal cortex lesions. *Brain*, 123, 2189-2202. <https://doi.org/ffct2>
- Becoña, E., & Miguez, M. C. (2004). Consumo de tabaco y psicopatología asociada. *Psicooncología*, 1(1), 99-112. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1705530&orden=1&info=link>
- 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.
- Campillay Campillay, M., & Monárdez Monárdez, M. (2019). Estigma y discriminación en personas con VIH/SIDA, un desafío ético para los profesionales sanitarios. *Revista de Bioética y Derecho*, (47), 93-107. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1886-58872019000300008&lng=es&tlng=es
- Carmo, J. T. do, Andres-Pueyo, A., & López, E. Á. (2005). La evolución del concepto de tabaquismo. *Cadernos de Saúde Pública*, 21(4), 999-1005. <https://www.scielo.br/j/csp/a/t8f6fpVrnT6tHr48HrthkCn/?lang=es>
- Ceballos Ospina, 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. <https://doi.org/knps>
- Chiang, J. J., Turiano, N. A., Mroczek, D. K., & Miller, G. E. (2018). Affective reactivity to daily stress and 20-year mortality risk in adults with chronic illness: Findings from the National Study of Daily Experiences. *Health Psychology*, 37(2), 170-178. <https://doi.org/gczvh4>
- Chincha, O., Samalvides, F., Bernabé-Ortíz, A., Kruger, H., & Gotuzzo, E. (2008). Asociación entre el consumo de alcohol y la infección por virus de inmunodeficiencia humana. *Revista chilena de infectología*, 25(1), 49-53. <https://doi.org/b9bk3f>
- Collignon-Goribar, M. M. (2009). Construcción social de la sexualidad y el SIDA en el México contemporáneo. *Renglones*, 60. <http://hdl.handle.net/11117/248>
- Consejo Nacional de Población (CONAPO). (2000). Guía operacional para la implementación y el seguimiento del Consenso de Montevideo sobre

- Población y Desarrollo.
http://conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/CRPD_2015/Documentos_Relacionados/FBP5/files/assets/basic-html/page75.html
- Coogan, M. M., Greenspan, J., & Challacombe, S. J. (2005). Oral lesions in infection with human immunodeficiency virus. *Bulletin of the World Health Organization*, 83(9), 700-706. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/pmc2626330/>
- Cuadra-Hernández SM, Baruch-Domínguez R, Infante C, Granados-Cosme JA (2015) "Dame una pastilla": los significados del VIH/sida en la práctica del bareback en la ciudad de México e implicaciones para la prevención. *Salud Publica Mex*, 57 (2): S113-S118. <https://www.medigraphic.com/pdfs/salpubmex/sal-2015/sals152d.pdf>
- 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. <https://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/odont/article/view/15838>
- Delgadillo Martínez, R. (2007). Análisis Procesual del Impacto del VIH/SIDA y su Representación en Personas Seropositivas. *Psicología Iberoamericana*, 15(2), 30-37. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=133915933005>
- de Irala Estévez, J. (2008). El SIDA como causa y consecuencia de la pobreza. *Cuadernos de Bioética*, XIX(3), 557-562. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=87511718013>
- DIF Nacional. (2017). Índice de vulnerabilidad social. <https://transparencia.info.jalisco.gob.mx/sites/default/files/%C3%8Dndice%20de%20Vulnerabilidad%20Social%202017.pdf>
- Dilthey, W. (1998). Vida y visión del mundo. En: *Teoría de las concepciones del mundo* CONACULTA, 40-59.
- Dolengevich-Segal, H., Rodríguez-Salgado, B., Ballesteros-López, J., & Molina-Prado, R. (2017). Chemsex. Un fenómeno emergente. *Adicciones*, 29(3), 207-209. <https://adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/894/0>
- Flores Palacios, F., Almanza Avendaño, M., & Gómez San Luis, A. (2008). Análisis del Impacto del VIH/SIDA en la Familia: Una Aproximación a su Representación Social. *Psicología Iberoamericana*, 16(2), 6-13. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=133920328002>
- 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. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33760205>
- 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. <https://doi.org/d9cnb4>

- González Llona, Irantzu, Tumuluru, Sumant, González-Torres, Miguel Ángel, & Gaviria, Moisés. (2015). Cocaine: a review of addiction and treatment. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 35(127), 555-571. <https://doi.org/gd8gtf>
- Granados-Cosme, J. A. (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. <https://saludproblemaojs.xoc.uam.mx/index.php/saludproblema/article/view/380>
- Granados-Cosme, J. A. (2015). Disidencia sexual y derecho a la salud. México diverso entre avances y retrocesos. *Salud Problema, UAM - X*, 9(17), 66-78. <https://saludproblemaojs.xoc.uam.mx/index.php/saludproblema/article/download/409/409>
- Grimberg, M. (2003). Narrativas del cuerpo. Experiencia cotidiana y género en personas que viven con VIH. *Cuadernos de Antropología Social*, 17, 77-99. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180913909005>
- 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, L. (2011). Las narrativas del padecer: una ventana a la realidad social. *Cuicuilco*, 18(52), 51-70. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=35124304005>
- Helleberg, M., Afzal, S., Kronborg, G., Larsen, C. S., Pedersen, G., Pedersen, C., Gerstoft, J., Nordestgaard, B. G., & Obel, N. (2013). Mortality attributable to smoking among HIV-1-infected individuals: a nationwide, population-based cohort study. *Clinical infectious diseases: an official publication of the Infectious Diseases Society of America*, 56(5), 727-734. <https://doi.org/f4pmbk>
- 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. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342002000600008
- Herrera, C., Campero, L., Caballero, M., & Kendall, T. (2008). Relación entre médicos y pacientes con VIH: influencia en apego terapéutico y calidad de vida. *Revista de Salud Pública*, 42(2), 249-255. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67240167009>
- Hoyos-Hernández, P., Sanabria Mazoa, J. P., Orcasita Pineda, L. T., Valenzuela Gallego, A. L., González Ceballos, M., & Osorio Muñoz, T. (2019). Representaciones sociales asociadas al VIH/Sida en universitarios colombianos. *Saúde Soc. São Paulo*, 28(2), 227-238. <https://doi.org/gb8v>
- 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), 2008-2015. <https://doi.org/dpnth9>
- INEGI (2011). Seminario Internacional: Medición de Grupos Sociales Vulnerables. https://www.inegi.org.mx/eventos/seminarios/2011/grupos_vulnerables/
- Infante, C., Zarco, A., Cuadra, S. M., Morrison, K., Caballero, M., Bronfman, M., & Magis, C. (2006). El estigma asociado al VIH/SIDA: el caso de los prestadores de servicios de salud en México. *Salud Pública de México*, 48(2), 141-150. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342006000200007
- Irwin T W, Morgenstern J, Parsons J T, Wainberg M, Labouvie E.^[SEPI] (2006) Alcohol and sexual HIV risk behavior among problem drinking men who have sex with men: An event level analysis of timeline follows back data. *AIDS Behav*, 10, 299-307. <https://doi.org/d56hdw>
- 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. <https://doi.org/cqq67j>
- Juárez, M., De La Cruz, J., & Baena, A. (2017). El estrés y las enfermedades crónicas. *Medicina Familiar Andalucía*, 18(2), 68-73. https://www.samfyc.es/wp-content/uploads/2018/10/v18n2_12_artEspecial.pdf
- Kang, E., Rapkin, B. D., Remien, R. H., Mellins, C. A., & Oh, A. (2005). Multiple dimensions of HIV stigma and psychological distress among Asians and Pacific Islanders living with HIV illness. *AIDS and behavior*, 9(2), 145-154. <https://doi.org/btk8kn>
- Kleinman, A., & Benson, P. (2004). La vida moral de los que sufren enfermedad y el fracaso existencial de la medicina. *Monografías Humanitas*, 2, 17-26. <https://docplayer.es/32636439-La-vida-moral-de-los-que-sufren-enfermedad-y-el-fracaso-existencial-de-la-medicina.html>
- Kamiru, H. N., Ross, M. W., Bartholomew, L. K., McCurdy, S. A., & Kline, M. W. (2009). Effectiveness of a training program to increase the capacity of health care providers to provide HIV/AIDS care and treatment in Swaziland. *AIDS care*, 21(11), 1463-1470. <https://doi.org/bk9fw4>
- Kaztman, R. (2000). Notas sobre la medición de la vulnerabilidad social. *BID-Banco Mundial-CEPAL-IDEC*, 5, 275-301. <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/31545>
- 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*, 19(72), 46-51. <https://www.huesped.org.ar/wp-content/uploads/2014/11/ASEI-72-46-51.pdf>
- Kontantinidis, A., & Cabello Garza, M. L. (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. *Revista Perspectiva Social*, 10(1), 87-112. <http://eprints.uanl.mx/id/eprint/8715>
- 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. <https://revistas.unal.edu.co/index.php/actaodontocol/article/view/52285>
- Lizarraga, X. (2003). *Una historia sociocultural de la homosexualidad. Notas sobre un devenir silenciado*. Paidós.
- López, A. O., Escudero, J. C., & 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. <https://www.medicinasocial.info/index.php/medicinasocial/article/view/260>
- López-Cisneros, M. A., Castillo Arcos, L. D., Morales Vinagre, R. G., Telumbre Terrero, J. Y., López García, K. S., & Armendáriz García, N. A. (2017). Consumo de alcohol y tabaco en jóvenes portadores del virus de la inmunodeficiencia humana. *Revista de Enfermagem Referência*, IV (12), 27-34. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=388250148004>
- 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. <https://www.rmu.org.uy/revista/1996v2/art6.pdf>
- Lozano, I. (2009). El significado de homosexualidad en jóvenes de la ciudad de México. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 14(1), 153-168. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29214111>
- Magis-Rodríguez, C., & Del Río Chiriboga, C. (2000). Epidemiología del VIH y del SIDA en México. En S. Ponce de León & S. Rangel Frausto (Eds.), *SIDA aspectos clínicos y terapéuticos*. Mc Graw - Hill, Interamericana, 1-10.
- Marchena Rodríguez, L., Fernández Ortega, C. M., & García García, B. (2015). Manifestaciones orales en los pacientes con VIH SIDA. *REDOE*, 3, 1-5. <http://www.redoe.com/ver.php?id=164>
- Mauss, M. (1979). Técnicas y movimientos corporales. En M. Mauss, *Sociología y antropología*. Madrid: Tecnos, 337-356.
- Meade, C. S., Cordero, D. M., Hobkirk, A. L., Metra, B. M., Chen, N. K., & Huettel, S. A. (2016). Compensatory activation in fronto-parietal cortices among HIV-infected persons during a monetary decision-making task. *Human Brain Mapping*, 37(7), 2455-2467. <https://doi.org/f8ztbt>
- Meade, C. S., Hobkirk, A. L., Towe, S. L., Chen, N. K., Bell, R. P., & Huettel, S. A. (2017). Cocaine dependence modulates the effect of HIV infection on brain activation during intertemporal decision making. *Drug and Alcohol Dependence*, 178, 443-451. <https://doi.org/gbxjbt>

- Mehta, R., Loredó, B., Sañudo, M. E., Hernández Jiménez, S., Rodríguez Carranza, S. I., Gómez Pérez, F. J., Rull, J. A., & Aguilar Salinas, C. A. (2004). Epidemiología de las anomalías metabólicas en pacientes con infección por VIH. *Revista de Investigación Clínica*, 56(2), 209-221. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-83762004000200011
- Moore, R. D., Keruly, J. C., & Chaisson, R. E. (2004). Differences in HIV disease progression by injecting drug use in HIV-infected persons in care. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 35(1), 46-51. <https://doi.org/c2fr9n>
- 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. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7284199>
- Morales-Borrero, C., Borde, E., Eslava-Castañeda, J. C., & Concha-Sánchez, S. C. (2013). ¿Determinación social o determinantes sociales? Diferencias conceptuales e implicaciones praxiológicas. *Revista de Salud Pública*, 15(6), 797-808. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=42231751001>
- 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. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1665-80272014000200004&script=sci_abstract
- Notario-Dongil, C., Gómez-Lluch, M. T., de la Torre, A., & Proy-Vega, B. (2022). Adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes VIH. *Revista multidisciplinaria del SIDA*, 10(26), 7-13. <https://www.revistamultidisciplinardelsida.com/adherencia-al-tratamiento-antirretroviral-en-pacientes-vih/>
- 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. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1607-050X2011000100002&script=sci_abstract&tlng=es
- ONUSIDA. (2020). Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida. <http://www.unaids.org/es/resources/campaigns/HowAIDSchangedeverything/factsheet>
- Orozco-Núñez, E., Alcalde-Rabanal, J. E., Ruiz-Larios, J. A., Sucilla-Pérez, H., & García-Cerde, R. (2015). Mapeo político de la discriminación y homofobia asociadas con la epidemia de VIH en México. *Salud Pública de México*, 57 (Supl. 2), S190-S196. <https://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v57s2/v57s2a13.pdf>
- 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. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342017000300004
- 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. <https://doi.org/knsp>
- Reis, R., & 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. <https://doi.org/cm5h4v>
- Robles, B., (2011). La entrevista en profundidad: una técnica útil dentro del campo antropológico. *Cuicuilco*, 18(52), 39-49. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=35124304004>
- Roche, A., Kostadinov, V., & Fischer, J. (2017). Chapter 15: Stress and addiction. In C. L. Cooper & J. Campbell Quick (Eds.), *The handbook of stress and health: A guide to research and practice*. John Wiley & Sons Ltd., 252-279.
- Sáez, J., & Carrascosa, S. (2011). *Por el culo. Políticas anales*. Editorial Egales.
- Sallam, M., Alabbadi, A. M., Abdel-Razeq, S., Battah, K., Malkawi, L., Al-Abbadi, M. A., & Mahafzah, A. (2022). HIV Knowledge and Stigmatizing Attitude towards People Living with HIV/AIDS among Medical Students in Jordan. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(2), 745. <https://doi.org/gqj24j>
- 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. <https://doi.org/knsq>
- Stevens, L., Goudriaan, A. E., Verdejo-García, A., Dom, G., Roeyers, H., & Vanderplasschen, W. (2015). Impulsive choice predicts short-term relapse in substance-dependent individuals attending an in-patient detoxification programme. *Psychological Medicine*, 45(10), 2083-2093. <https://doi.org/f7fm8k>
- Stewart, J. L., Butt, M., May, A. C., Tapert, S. F., & Paulus, M. P. (2017). Insular and cingulate attenuation during decision making is associated with future transition to stimulant use disorder. *Addiction*, 112(9), 1567-1577. <https://doi.org/gn758r>
- Taylor, S. & Bogdan, R. (1996). La entrevista en profundidad. En: *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Paidós, México, 100-120.
- Tobón, B. Ángel, & García Peña, J. J. (2019). Perfil emocional de las personas con VIH. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 22(2). <https://www.revistas.unam.mx/index.php/repi/article/view/70148>
- Torres Cruz, C. (2019). Biomedicina, vulnerabilidad, género y cuerpo en vínculos erótico-afectivos serodiscordantes en la Ciudad de México. *Debate Feminista*, 57. <https://doi.org/knsr>

- Urzúa Morales, A., & Zúñiga Barreda, P. (2008). Vulnerabilidad al VIH en mujeres en riesgo social. *Revista de Saúde Pública*, 24, 822-829. <https://doi.org/b37xbr>
- 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*, 6(13). <https://www.revistamultidisciplinardelsida.com/consumo-de-drogas-recreativas-y-sexualizadas-en-varones-seronegativos-datos-desde-un-screening-comunitario-de-vih/>
- Vallecillo Sánchez, G. (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. <https://ddd.uab.cat/record/148983/?ln=en>
- Velásquez Vélez, S., & Bedoya Serna, B. (2011). Los jóvenes: población vulnerable del VIH/SIDA. *Medicina UPB*, 29(2), 144-154. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=159017434008>
- Verdejo-García, A., Albein-Urios, N., Martínez-González, J. M., Civit, E., de la Torre, R., & Lozano, O. (2014). Decision-making impairment predicts 3-month hair-indexed cocaine relapse. *Psychopharmacology*, 231(21), 4179-4187. <https://doi.org/f6mvd9>
- Verdejo-García, A., & Bechara, A. (2009). A somatic marker theory of addiction. *Neuropharmacology*, 56 (1), 48-62. <https://doi.org/brt39r>
- 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. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1405-74252014000100003&lng=es&nrm=iso