

Estado de la publicación: No informado por el autor que envía

“Resignificaciones del VIH” historia de vida de un hombre gay después de un diagnóstico

Eduardo Enrique Zetina Bautista, Gerardo Ivan Martinez Vizcaino

<https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.6124>

Enviado en: 2024-02-25

Postado en: 2024-03-11 (versión 1)

(AAAA-MM-DD)

La moderación de este preprint recibió lo endoso de:

Martha Patricia Aceves Pulido (ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1904-4401>)

“Resignificaciones del VIH” historia de vida de un hombre gay después de un diagnóstico

“HIV resignifications” life history of a gay men after a diagnosis

Zetina Bautista, Eduardo Enrique¹

¹Maestría en Ciencias Sociomédicas, Universidad de Guadalajara. Guadalajara, Jalisco, México

<https://orcid.org/0000-0002-7976-3814>

Martinez Vizcaino, Gerardo Ivan²

²Doctorado en Salud Pública, Universidad de Guadalajara. Guadalajara, Jalisco, México

<https://orcid.org/0000-0002-8122-4828>

Resumen

Objetivos: Recupera las resignificaciones de “vivir con VIH” a través de la historia de un hombre gay de 38 con 7 años de diagnóstico.

Materiales y Métodos: Estudio fenomenológico a partir de la historia de vida de un hombre gay residente del Área Metropolitana de México, a partir de una entrevista semi estructurada, se recuperan las vivencias entorno al VIH. Teniendo como interrogante fenomenológica “¿Como ha sido la experiencia con el VIH?”.

Resultados: Su enfermedad más “*significativa*” es el VIH, sentir que “*no debe ser una carga*” es una visión de cuidador, con un auto demanda y autoexigencia que lo ha llevado a no hablar abiertamente su diagnóstico con su familia llevándolo a buscar otras redes de apoyo. Ver el VIH como un juicio que le “*debería de dar*” a personas que son “más promiscuas o tienen más parejas”; es una idea que se confronta con la vivencia personal, así como las formas de relacionarse en pareja y laboralmente. Envejecer, vivir con VIH y tener una pareja; son situaciones actuales que se relación con las vivencias anteriores. Suponiendo que por vivir con VIH el desgaste será mayor.

Conclusiones: La resignificación del VIH es un proceso dinámico que la persona experimenta a lo largo de su vida, dicho proceso estará mediado por contextos socio históricos e individuales. Combatir el estigma es un proceso colectivo y relacional entre los profesionales de salud y la población atendida.

Palabras claves: VIH, historia de vida, hombres gays, retención en VIH

ABSTRACT

Goals: Recover the reinterpretations of "living with HIV" through the life story of a 38-year-old gay man with 7 years of diagnosis.

Materials & Methods: Phenomenological study based on the life story of a gay man residing in the Metropolitan Area of Mexico. Through a semi-structured interview, experiences surrounding HIV are recovered. The phenomenological question guiding the study is "What has the experience with HIV been like?"

Results: His most "significant" illness is HIV. Feeling that it "should not be a burden" is a caregiver's perspective, with self-demand and self-exigency leading him not to openly discuss his diagnosis with his family, prompting him to seek other support networks. Viewing HIV as a judgment that "should befall" people who are "more promiscuous or have more partners" is an idea that clashes with individual experiences, as well as ways of relating in both personal and professional contexts. Aging, living with HIV, and having a partner are current situations that relate to past experiences, if living with HIV will lead to greater wear and tear.

Conclusion: The reinterpretation of HIV is a dynamic process that individuals experience throughout their lives, mediated by socio-historical and individual contexts. Combating stigma is a collective and relational process between healthcare professionals and the population served.

Keywords: HIV, life history, gay men, HIV retention

Introducción

A 40 años de los primeros casos del VIH, el principal problema para atender y erradicar este padecimiento se encuentra atravesado por el estigma, por la raza, sexo, nivel socioeconómico (Beyrer, 2021).

En México tenemos una epidemia concentrada en Hombres que tienen sexo con hombres los cuales tienen la mayor carga de la enfermedad con prevalencias superiores al 12% (Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el sida (CENSIDA), 2018), siendo las zonas urbanas los espacios donde se tienen mayor concentración esta población.

El continuo de la atención como modelo para explicar las áreas de oportunidad en la atención de las personas que viven con VIH enfrenta un reto mayor en la retención debido a que es un proceso a largo plazo y que requiere un monitoreo periódico (Piñeirúa et al., 2015), resaltando que el diagnóstico y la vivencia con VIH son fenómenos que se experimentan a lo largo de una vida, así como en relación con los servicios de salud, avances médicos, cambios macrosociales, entre otros.

Siendo clave en la respuesta frente al VIH reflexionar desde la mirada de quien presenta este padecimiento; debido a que cada grupo o colectivo generara diferentes mecanismos a lo largo de su atención, produciendo formas diversas de vivencias con el VIH (Canguilhem, 1982).

La relación con la "enfermedad" es dinámica y dialéctica (Castro, 2010) por lo que entender los procesos de resignificación desde una experiencia subjetiva aporta a recuperar una mirada interseccional de la respuesta frente al VIH para el personal de

salud; también fomenta la reivindicación y visibilización de aquellas personas que viven VIH.

Metodología

Estudio fenomenológico a partir de la historia de vida de un hombre gay que vive con VIH desde hace 7 años; residente del Área Metropolitana de México (AMM), obtenida a partir de una entrevista semi estructurada, se recuperan las vivencias entorno al VIH. Teniendo como interrogante fenomenológica (Van Manen, 2017) “¿Como ha sido la experiencia con el VIH?”.

A partir de las vivencias se identificaron las resignificaciones del VIH a lo largo de su vida; señalando los momentos que fueron desencadenantes en modificar la percepción del VIH, así como aquellos que aportaron significados y vivencias nuevas. El documento final ha pasado por una revisión previa por el mismo entrevistado para corroborar que los datos aquí presentados han sido fieles a lo expresado en la entrevista, que la interpretación también es válida y no ha sido descontextualizada. Esta investigación es parte de del protocolo de tesis de grado, el cual fue aprobado por el comité estatal de investigación y ética en investigación del estado de Jalisco; con el numero 63/R SXIII-JAL/2023

Siguiendo los principios éticos de investigación en salud con seres humanos(Council for International Organizations of Medical Sciences, 2016) se solicitó consentimiento informado a la persona entrevistada, todo material generado fue resguardado por el investigador principal, se modificaron los nombres a los que hace referencia, pero se han respetado los nombres de los lugares y los años.

Sujeto y contextualización:

Hombre cisgénero que se identifica como gay, tiene casi 40 años, aunque aparenta una edad menor. Nació en la Ciudad de México (CDMX) en 1984 en un hospital del Instituto Mexicano de Seguridad Social (IMSS), vivió sus primeros 3 años en la alcaldía Iztapalapa que es parte de la CDMX y posteriormente fue a vivir al municipio de Nezahualcóyotl en el Estado de México (EdoMEX) siendo municipios periféricos dentro del AMM.

Comenzó su vida sexual y vinculaciones sentimentales ocultando sus preferencias sexuales de manera social y aunque posteriormente expuso su sexualidad, al adquirir la infección del VIH nuevamente recurre a estos mecanismos de ocultamiento para poder hacer frente al diagnóstico de VIH.

Resultados

Relación con la salud-enfermedad.

Cuando se le pregunta por la enfermedad o padecimiento más significativa en su vida primero responde “...*el VIH, aunque tuve un accidente, ¿Cuenta como enfermedad?*”; a lo que procede a describirlo, “*el accidente fue a los 17 y me atropellaron, con fractura en el tobillo derecho*”. La rehabilitación fue un proceso estresante a pesar de tener la compañía de su madre, quería que se acelerara el proceso de curación para no ser una “*carga*”.

Inicio de vida sexual y salida del closet

A los 18 años comenzó su vida sexual, un año después se realizó una prueba de VIH por primera vez. Desde ese momento comienza a realizarse la prueba cada 6 meses hasta que tiene un resultado positivo a los 31 años.

Al indagar sobre los motivos de recurrencia de la aplicación de la prueba de VIH, menciona que “*el 99% de las ocasiones utilizaba condón*”, pero que se realizaba las pruebas ya que “*había otras infecciones*” haciendo referencia a otras infecciones de transmisión sexual, sin especificar alguna.

Dentro de la comunidad gay se ha generado una asociación en la realización de pruebas de manera rutinaria como un acto de “autocuidado” sin embargo se puede ver una diferencia entre el riesgo de contraer VIH y la percepción de riesgo ya que a pesar de utilizar condón se mencionan las otras infecciones de transmisión sexual como el principal motivo para la realización de estas sin considerar los sentimientos asociados a la clandestinidad o a roles que tienen un estigma dentro de la misma comunidad (Granados-Cosme et al., 2009).

Sus primeras relaciones sexuales donde había penetración anal fueron insertivas o él fue “pasivo”; esta es una forma de identificar los roles sexuales dentro de la comunidad LGBTTTIQ utilizada principalmente por los hombres gays. Cabe destacar

que estas palabras no solo describen a la persona que es penetrada (pasivo), a quien penetra (activo) o quien realiza ambas (inter) sino que tiene toda una carga de significados, prejuicios y expectativas (Leal Guerrero, 2013).

En estos primeros años también acudía a “lugares de encuentro” espacios privados (departamentos, casas, bares, etc.) para hombres gays donde se pueden tener encuentros sexuales con otras personas (Boivin, 2013).

A los 24 años salió del closet, la razón principal fue que tenía un novio que le exigía su “lugar” ya que lo presentaba como su “amigo”. Le tomo unos meses poder hacerlo y fue hasta el tercer intento que logro decirlo a su mama, a su hermana y su cuñado.

“... esos 8 meses fueron feos porque si estuve pensando muchas cosas, no sabía cómo decirlo, no sabía si me iban a apoyar o no, estaba pensando si me iba a tener que salir de mi casa y a donde me iba a ir”

Su familia lo tomo bien, la relación con su mama se volvió más estrecha, ella comenzó a hacer alusión a algunas personas de la comunidad LGBTTIQ que había conocido previamente y que hasta ese entonces no había considerado necesario mencionar.

Salir del closet es un proceso complejo pues depende de los prejuicios, estigmas y creencias de la persona y de sus círculos cercanos, se producen escenarios catastróficos que pueden generar angustia (Jiménez Solórzano & Romero Mendoza, 2014). La omisión y la invisibilización de otros familiares o personas LGBTTTIQ previamente existentes en la familia, busca “proteger”, esto produce un escenario de desconocimiento, que se visibilice a estos, así como el papel que tuvieron en la familia produce condiciones de seguridad y confianza para abordar la diversidad dentro de la misma familia.

Los hombres gays comparten condiciones de vida que son parte de un proceso de determinación social de la salud (Sánchez et al., 2019); hubo una generación de personas de la diversidad sexual los cuales fallecieron debido a la pandemia del VIH sin embargo estas vivencias en las familias mexicanas fue en algunos casos invisibilizado para evitar los prejuicios y estigmas hacia los difuntos y las familias afectadas. (Laguarda, 2010).

Viviendo en pareja

Años después, comenzó una vida de pareja, durante el primer año de relación les diagnosticaron Virus de Papiloma Humano (VPH) a él y su pareja, por lo que acudieron a una clínica particular donde *“les quemaron las verrugas”*.

Mantuvieron una relación abierta con un tercer hombre por 4 años; los 3 acudieron a realizarse pruebas de VIH a la Clínica Especializada Condesa (CEC) para poder mantener relaciones sexuales sin condón. Teniendo los 3 un resultado negativo a VIH, durante la consejería les comentaron que *“si solo tenían sexo penetrativo sin condón entre ellos (sin personas externas) no habría riesgo de VIH u otra infección de transmisión sexual.”*

La CEC es un centro de atención y detección del VIH en la CDMX que pertenece a los servicios de salud estatales, este centro oferta de manera gratuita la realización de pruebas proporciona consejería, cuenta con diferentes servicios de prevención y atención de otras Infecciones de transmisión sexual (ITS).

Actualmente se reconoce la necesidad de orientar a la persona que se realiza una prueba de VIH libre de prejuicios y ajustando la información a las necesidades expresadas durante la realización de la prueba (Lorenc et al., 2011) (Thapa et al., 2017).

Rompimiento de la relación y meses previos al diagnóstico

A los 31 años terminó su relación, lo cual trajo cambios en su vida.

“termine mal y regrese a vivir con mi mamá”.

A los 31 años acude a la CEC, siendo uno de los centros con mayor número de pacientes en atención por VIH, así como uno de los centros de diagnóstico con prevalencias superiores al 15% en hombres que tiene sexo con otros hombres (HSH) (Juárez-Figueroa et al., 2017).

“...encontré a un chico que me había topado en uno de los lugares de encuentro y pues allí él me dijo que vivía con VIH”

Siendo la primera persona con diagnóstico de VIH que conoció, hasta ese momento jamás pensó que alguna de las personas que acudían a dicha clínica podría tener diagnóstico de VIH.

“pues no sé, igual que yo iban a hacerse sus pruebas, no pensé que la gran mayoría vivían con VIH”

“Yo no asumía que en la clínica la mayoría de las personas que estaban ahí eran portadoras del virus, siempre fue; son usuarios, viene por cualquier cosa menos por VIH”

Meses antes de su diagnóstico había estado con una persona, la cual insistió en tener sexo sin condón y que se dejara penetrar analmente. Tuvieron 2 encuentros, en el primero no hubo penetración anal, pero en la segunda si hubo penetración y acepto a ser penetrado analmente sin condón.

“estuvo de insistente en que quería tener sexo sin condón y yo le dije que no lo había hecho, pero insistió tanto que terminé accediendo y no fue demasiado, fueron como 30 segundos”

“es lo único que recuerdo haber hecho sin protección antes de mi diagnóstico, fue unos meses antes y fueron 30 segundos”

Al profundizar en los motivos por los que, accedido a la relación sexual penetrativa sin condón, se reconoció a si mismo apático y en un estado de ánimo “deprimido”

“estaba apático de la vida y quizá eso fue lo que me hizo no usar condón, quizá depresión”

Las crisis que enfrentan las personas de las comunidades diversas producen una mayor tendencia a estados depresivos, así como otros problemas emocionales, sumando los eventos adversos en las formas de vincularse en la vida (Granados-Cosme et al., 2009). Sumado a una construcción de ser “hombre” donde el afecto y el contacto se reafirma en los encuentros sexuales, así como la impulsividad (Herrera et al., 2014), generando procesos de determinación social de la salud sobre los denominados “comportamientos de riesgo” los cuales implican el no uso del condón con parejas sexuales de estatus serológico desconocido.

Siendo los procesos de determinación social necesarios para replantearnos el contexto, así como las fuerzas sociales que impactan a este colectivo, así como sus vivencias (Sánchez et al., 2019).

Esto también implica una crítica a las intervenciones de cambio de comportamiento donde el uso del condón se reduce a un comportamiento y que han sido cuestionados en la respuesta frente al VIH (Dean & Fenton, 2010).

Un mes antes de su diagnóstico presento gonorrea la cual se trató.

“...tuve gonorrea unos meses antes del diagnóstico de VIH y las demás(ITS) han sido posteriores al diagnóstico(VIH)”

La presencia de otras infecciones de transmisión sexual permite identificar cambios en el comportamiento sexual que había sido protector hasta ese momento.

Las relaciones con los servicios de salud para diagnóstico y atención de VIH e ITS son espacios en los cuales las poblaciones claves buscaran diferentes servicios para atender su salud (Wu et al., 2012) , también se vuelven referentes en la vida de los colectivos (Lorenc et al., 2011).

El diagnóstico del VIH

A los 31 años, acudió a realizarse sus estudios para el VIH de “rutina”. La percepción de riesgo a contraer VIH aparentemente era nula, pero esta práctica de pruebas de “rutina”, sumado a un espacio con una oferta de acceso universal a las pruebas como el que cuenta la CEC le permitió ser diagnosticado de manera temprana.

“... me sorprendió porque siempre utilicé condón, ...6 meses antes, yo fui pasivo ...sin condón y dije: 30 segundos vinieron a cambiar todo esto...”

Con un diagnóstico positivo a VIH lo refirieron a el programa de “asesoría de pares”, este programa buscaba aumentar la retención siendo acompañados a través de los servicios de salud por otras personas que vivían con VIH (pares) que ya contaban con atención médica y estos llevaban grupos de autoapoyo.

“me fui a platicar conmigo mismo a un parque cerca de la clínica, le llamé a un amigo para decirle que había sucedido esto y que si podía acompañarme al grupo”

Se quedó al grupo de autoapoyo acompañado por su amigo el cual era su exnovio con él cual vivió y tuvo una relación de 7 años.

“no quise preocupar a nadie de mi familia y fue el único al que se me ocurrió llamar”

Habían pasado más de 2 años desde que había terminado, sin embargo, unos meses antes habían mantenido relaciones sexuales penetrativas sin condón; estaba preocupado y así se lo externo, le llamo para pedir que lo acompañara, decirle que se hiciera la prueba, la cual salió negativo.

“No digo que lo haya utilizado a él como bote de basura emocional, pero fue el único que se me ocurrió”

En la metáfora usada hace referencia a las emociones como basura para desechar y al individuo solo un contenedor inerte de dicha basura, esto implica una desvalorización de la tristeza y un castigo por el rechazo a vivir con VIH.

Las redes de apoyo para el afrontamiento del diagnóstico no siempre son las personas más cercanas a este, ya que como en la “salida del closet” se repite un proceso de culpa y pensamientos catastróficos con sus seres queridos (Paxton, 2002).

Tiempo después contacto por teléfono al chico de los “30 segundos”, le pareció responsable contactarlo, compartirle su diagnóstico y sugerirle que se realizara las pruebas, pero le dio a entender que él ya era positivo:

“pero pues no te pasa nada no? Solo tienes que tomarte tus retros (retrovirales), ser indetectable y ya”

De su familia, solo su hermana y cuñado conocen su diagnóstico, sentía mucho miedo, pero conforme fue pasando el tiempo y asistiendo con los asesores pares, se fue tranquilizando.

Esconder el diagnóstico para evitar dar explicaciones, sentirse juzgados, señalados, que se defrauda a los otros y a uno mismo (Paxton, 2002). Compartir o abrir el diagnóstico es un proceso personal, que remite a la “salida del closet” de las personas de la diversidad sexual.

Los mecanismos para afrontar este tipo de crisis ante la pérdida de salud no tienen respuestas únicas ni universales (Canguilhem, 1982); depende de los procesos de determinación social ligados a la enfermedad y a las condiciones históricas de los colectivos (López Arellano, 2013).

Tenía la necesidad de decírselo a su mamá, pero opto por no hacerlo bajo el razonamiento de, *“si estoy físicamente bien, mi salud no pelagra y no hay necesidad de contarle”*.

“mi hermana... me dijo: yo sé que no te pregunto nada de tu diagnóstico, pero te veo tan bien que asumo que estas bien...ahí estaré y se lo haremos saber a mamá”

La razón principal de su silencio es el no querer “preocupar” a su mamá, pero sabe que tiene el apoyo de su mamá.

“desde que salí del closet ha habido más acercamiento con mi mamá, a veces me siento mal por no contarle lo de mi diagnóstico”

Así como al “salir del closet” se les coloca una carga negativa a las identidades sexo genéricas no heterosexuales, hablar de vivir con VIH es un “golpe” para aquel que lo escucha o a quien se le comparte, sin embargo los sentimientos de tristeza, culpa, enojo y soledad se termina redirigiendo hacia uno mismo, como se ha visto en diversos trabajos sobre homofobia internalizada (Cosme, 2002), podemos plantear un escenario de serofobia internalizada.

Pasaron 3 meses del diagnóstico para retomar su vida sexual, sin embargo, esta experiencia venía con una carga de emociones negativas, así como miedos.

“fue estar en contacto físico con alguien más... me sentí nervioso, con miedo... fue incomodo, no lo disfrute, no fue placentero.”

El miedo que tenía durante las relaciones sexuales implicaba una disonancia entre la información sobre los mecanismos de transmisión del VIH y la percepción de considerarse alguien que era un riesgo (Granados-Cosme et al., 2009).

“estaba el miedo de contagiar a alguien aun sabiendo que no lo iba a transmitir porque estaba en tratamiento”

La serofobia internalizada se entrelaza a una estigmatización de la sexualidad, del cuerpo, un rechazo del contacto, no solo sexualmente si no también afectiva y socialmente. Conforme pasa el tiempo y se acepta el diagnóstico a través de la socialización de la información en espacios seguros con personas que hayan pasado por esta aceptación que disminuye la serofobia internalizada (Jeffries et al., 2015). Es posible retomar el contacto con otras personas, pero esto implica un proceso que se puede lograr desde la colectividad.

Permitirse el contacto con otros, teniendo encuentros placenteros era una necesidad así como un signo de asimilación de vivir con VIH, esto implicaba disminuir la autopercepción de riesgo o peligro y también una reestructuración de sus prácticas sexuales.

“siempre me he considerado una persona muy sexual, casi todo el tiempo estoy pensando en el sexo, no es que sea un motor de mi vida, pero yo ya quería estar en contacto con alguien, aceptación, adaptación y lo que sigue”

7 años después del diagnóstico

Actualmente sus prácticas sexuales se han vuelto placenteras y gracias a la información científica ha optado por utilizar el condón con quien pide condón y mantener relaciones sexuales sin protección si el otro no lo pide, a estas prácticas las denomina “bareback” (Cosme, 2016) , se quita y se pone el condón en acuerdo consensuado con la otra persona, piensa que “confía demasiado” en la información y sabe que eso lo expone a otras infecciones de transmisión sexual pero aun así decide que vale la pena aceptar el riesgo.

“a veces pienso que el saber me ha dado un exceso de confianza ... pero pues asumo el riesgo ... sé que no es lo más responsable que puede haber ... a veces digo que abuso un poco del saber, pero pues no se”

El discurso biomédico-hegemónico de “sexo seguro” respecto al ejercicio de la sexualidad de una persona que vive con VIH, no va de la mano con las vivencias de la población ya que la sexualidad y su ejercicio requieren una mirada integral y colectiva, el discurso medico puede ser utilizado como una herramienta de alienación y control de aquellos que son diversos; como se ha visto con la información Indetectable = intransmisible (I=I) la cual no es proporcionada a la población por la preocupación de que se tengan prácticas sexuales sin condón(Calabrese & Mayer, 2020).

La atención medica debe identificar las necesidades y prácticas del colectivo en cuestión para así permitirle tomar una decisión informada y libre de estigma(Qiao et al., 2018). Una persona indetectable, con carga viral en supresión por un periodo de seis meses no transmite el VIH. Esto es un saber médico que, al ser apropiado por los colectivos, estos elegirán desde sus realidades.

Riesgo-autocuidado

Se le pregunta si cree que el resultado de su diagnóstico sería diferente de haber contado con la información que cuenta ahora, rápidamente responde:

“no lo creo... todo el tiempo me cuide, todo el tiempo use preservativo y por 30 segundos valí”

Pone en reflexión todo el estrés que vivía cuidándose y que no sirvió de nada, comparándolo con las circunstancias de otras personas.

“... otros chicos que iban a lugares de encuentro... diversas parejas sexuales, no utilizaban protección, utilizaban sustancias...no se infectaban.... fue un sentido de injusticia, fue así como ¡yo que me cuidó! y ellos que no!”

Que percepción del otro se tiene, la percepción de riesgo del otro pero estando ajeno al cuidado del propio cuerpo, cual es la percepción de riesgo propio y como es en comparación con el riesgo del otro y frente al otro.

“entiendo que... los juzgaba, pero si lo sentía como una injusticia”

Entender como llegó el diagnóstico, porque “a unos si y a otros no”, es un conflicto que va de la mano con el estigma que se tiene hacia el VIH (Jeffries et al., 2015) sumando el duelo por la pérdida de salud.

Relación con los servicios de salud

Sus experiencias en las instituciones salud para VIH han sido buenas, no refiere ningún tipo de experiencia desagradable, al contrario, menciona que se sintió completamente acompañado y respaldado.

Recuerda que cuando tenía 27 años, un tío paterno a la edad de 50 años murió, tiempo después supo que había muerto de VIH.

“me impacto el hecho de que mis tías me dijeron que no se atendió, se dejó morir”

Pese al impacto de dicha muerte, contando con herramientas de afrontamiento después de acudir a terapia, del acompañamiento del programa de asesoría de pares, así como los nuevos círculos sociales en los que se relaciona, incluido su trabajo, fueron situaciones que le ayudaron a afrontar de una mejor manera sus emociones.

“antes no sabía lo que sentía, no había motivo ni razón, solo era dejar que las emociones pasaran y esperar a que se fueran, hoy en día puedo trabajar en ellas”

Ahora trabaja en servicios de salud, aparentemente libres de estigma al VIH, habla abiertamente de su diagnóstico en espacios laborales y de pareja.

“sé que estoy en un lugar seguro... no sé si sería el caso si yo trabajara en una oficina de alguna empresa o en algún lugar externo al tema (VIH)”

Desde su diagnóstico no ha requerido ser hospitalizado y tampoco ha tenido algún problema serio de salud por lo que solo ha recibido atención en servicios ambulatorios para VIH, con seguimientos y consulta de medicina general. Reporta presencia de ITS posteriores al diagnóstico de VIH como: clamidia y sífilis, ambas tratadas en espacios que cataloga como seguros para recibir atención médica.

Nuevas parejas y crisis

No ha tenido una relación de pareja por más de 9 años y esto para él es una crisis, menciona que:

“me veo otros 7 años con alguien más, pero, no veo la vida ni las relaciones amorosas con los ojos de antes y me da miedo”

Este miedo se encuentra ligado con el paso del tiempo y las implicaciones de envejecer siendo un hombre gay.

“estaba joven, tenía tiempo, podía hacer y deshacer... ya han pasado muchos años ... ya no tengo el tiempo que tenía antes”

Refiere tener una crisis por su edad, la “crisis de los 40”, percibe una baja en su rendimiento en el ejercicio, se le cuestiona si siente que dicho cambio se debe también al VIH y responde que sí.

“creo que tengo una crisis de los 40...me doy cuenta de que en el ejercicio ya no rindo como antes, vaya ya no tengo 20”

En este momento de su vida identifica al VIH como una crisis que lo “motivo” a cambiar, mejorar y cuidarse.

“la vida se me estaba haciendo rutinaria, monótona, aburrida... la vida me mando el VIH para no dormirme en mis laureles y disfrutar ... no sé cuánto más vaya yo a estar aquí... la depresión paso de pedos existenciales a pedos por VIH”

El proceso de envejecer es algo esperado, envejecer con VIH es algo que le genera incertidumbre pues no sabe cómo será ni quien estará ahí para él.

“la madurez me ayudara a aceptar la edad y la soledad, la resiliencia... espero tener la capacidad de abrazarme, aceptarme y decirme que me quiero ...”

Se esfuerza por verse joven, realiza ejercicio para hacer frente al deterioro del VIH. La crisis es por envejecer con el padecimiento en dicha visión se ve a futuro viviendo pero “condenado y resignado” a la soledad.

“... a los 50 seguirme viendo como a los 38 con salud, madurez para aceptar el llegar a los 50 pese a estar solo...”

Discusión

Después del diagnóstico de una enfermedad crónico degenerativa la vida de la persona continua, obligada a readaptarse a su contexto social (Canguilhem, 1982) el cual se encuentra articulado desde la estigmatización y discriminación de ser un hombre gay y de vivir con VIH (Campillay Campillay & Monárdez Monárdez, 2019). Cada nueva experiencia a partir de este momento implica una resignificación y la generación de mecanismos para socializar o no su diagnóstico (Rodríguez, 2005).

El ejercicio de la sexualidad es diverso, tenemos prácticas sexuales estigmatizadas, discriminación por orientación sexual, vivir con un diagnóstico de VIH, mantener relaciones sexuales sin condón o “bareback”, el uso de sustancias durante las relaciones sexuales o “chemsex” (Carvalho Gomes et al., 2020).

A consecuencia de esto, para evitar la estigmatización ocultan su diagnóstico, no informan al personal de salud sobre sus prácticas sexuales o el ejercicio de su sexualidad; generando condiciones de desconfianza hacia los servicios de salud, así como a las propias practicas (Villarreal et al., 2012).

Estos estigmas y juicios son incorporados, manifestándose como sentimientos de culpa, deseos de castigo, negación. Es importante mencionar que la visibilización, des estigmatización y la reapropiación del diagnóstico de VIH, genera un contra discurso que aunado al deseo de afrontar y aceptar esta nueva condición de vida,

desencadena una serie de auto reflexiones y resignificaciones del propio diagnóstico pero también de las prácticas sexuales que llevaron a este (Rodríguez, 2005).

Considerando que al vivir con VIH se vive una incapacidad de recuperar la salud en su totalidad, pasando por un duelo por la pérdida de la salud; en el sistema de salud serán un “paciente con padecimiento crónico” que siempre requerirá de los servicios de salud (Hidalgo et al., 2005).

Para poder hacer frente al VIH, es importante el acceso a otras personas con experiencia de vida con el diagnóstico pues le brindan una nueva red de apoyo; que permiten compartir desde la empatía las experiencias y vivencias desde las diversas realidades (Villarreal et al., 2012). Tener estos espacios son fundamental para contrarrestar los discursos estigmatizantes y de odio; produciendo espacios seguros de resistencia desde la apropiación y resignificación de una vivencia que social e históricamente ha sido estigmatizada en una población que también es estigmatizada; en procesos de vida que continúan resignificando el VIH (Radusky & Mikulic, 2019).

Dichos espacios deben tener un enfoque social y comunitario ya que, desde las instituciones, existe estigma a lo largo de toda la trayectoria del individuo y por lo tanto repercute en la resignificación que el individuo tiene del VIH (Rodríguez, 2005).

A lo largo de la vida un hombre gay se encuentra en diferentes circunstancias y posiciones que generan las resignificaciones en torno al VIH, como son las experiencias de quienes viven con este, el diagnóstico y la transmisión, pero también sus concepciones y resignificaciones modificaran su manera de andar en su entorno, volviéndose esto un proceso dinámico de resignificación y reestructuración (Rodríguez, 2005). Este colectivo de manera histórica ha generado espacios, dinámicas y formas de socialización que cada nuevo miembro de este colectivo va a transitar de maneras diversas (Canguilhem, 1982).

Ser un hombre gay es una situación marcada por el estigma, el rechazo y la discriminación, sin embargo, cabe resaltar que estas situaciones se potencializan al tener un diagnóstico de VIH (Radusky & Mikulic, 2019). El desconocimiento preventivo ante las prácticas sexuales, los cambios en dichas prácticas a lo largo de la vida y la reestructuración de estas a partir del diagnóstico de VIH, resignifican el “VIH”, su relación con el proceso de Salud/Enfermedad/Atención, influyendo en el contexto social a nivel personal, familiar, laboral y de pareja (Rodríguez, 2005).

Mantener la orientación sexual en silencio u oculta, hace que las prácticas sexuales se inicien y se vivan de manera clandestina, al no hablar de ellas, se ejercen de manera inexperta, carentes de información respecto a la prevención, detección, con lo cual ocurre una vulneración de la persona y es por ello que dichas prácticas son catalogadas como practicas “**irresponsables**”, “**descuidadas**”, “**inconscientes**”, entre otra serie de prejuicios que se les atribuye (Posada Zapata & Agudelo Olarte, 2019).

Estas condiciones de vida representan proceso de determinación social donde los hombres gays los cuales carecen de espacios y acompañamiento para información en salud sobre el ejercicio de su sexualidad, la prevención del VIH y otras Infecciones de transmisión sexual.

Los hombres gays se sienten en “riesgo” y han perpetuado la creencia de que, “**hay que acudir cada 6 meses a realizarse pruebas de detección**”, interpretando este acto desde la subjetividad del individuo como un método de prevención (Posada Zapata & Agudelo Olarte, 2019). Desde los resultados de investigaciones en prevención biomédica se reconoce el papel que tiene el diagnóstico del VIH de manera oportuna como una estrategia integral (Dilernia et al., 2010), pero que debe ser planteada libre del estigma para ser efectiva en la reducción de nuevos casos de VIH.

Los hombres gays han internalizado mandatos sociales, juicios, autoagresiones solo por pertenecer a una disidencia sexual, generando condiciones de homofobia internalizada sumado a las relaciones institucionales de los servicios de salud que se han enmarcado en juzgar y estigmatizar lo “patológico” de las conductas sexuales(López, 2013).

El hecho de que dichas relaciones sexuales sean clandestinas y no habladas implica que el acudir a realizarse pruebas de detección es un ejercicio de mostrarse y visibilizarse frente a otros como un “hombre gay”; hablando abiertamente de su sexualidad, quedando expuesto a la crítica y estigmatización; de aquel que escucha y de uno mismo (Infante et al., 2006).

Generado un contexto de relaciones de violencia que potencializa los estigmas internalizados de ser hombres gays con los elementos “negativos” y “patológicos” de vivir con VIH. Siendo las instituciones y sus profesionales replicadores de estos

discursos cargados de estigma que normalizan la violencia que se ejerce sobre las personas que viven con VIH (Campillay Campillay & Monárdez Monárdez, 2019).

Realizarse una prueba de detección implica interactuar con dos discursos por una parte, que la prueba es “un acto de autocuidado”; por otra parte se “expone la intimidad la cual al ser juzgada como un “riesgo” por el personal de salud refuerza la estigmatización de las vivencias (Campillay Campillay & Monárdez Monárdez, 2019).

El espacio de realización de prueba se vuelve un lugar de convergencia entre los saberes del que solicita la prueba y los saberes del personal de salud; ambos saberes incorporan desde sus vivencias creencias sobre la salud sexual y el riesgo de contraer VIH; esto ocasiona que sean discordantes (Campillay Campillay & Monárdez Monárdez, 2019).

En los espacios de salud y atención del VIH, los conceptos de cuidado y prevención al igual que la “percepción de riesgo”, tienen distintas concepciones los saberes biomédicos y los saberes; en ocasiones no solo no empata, sino que es contradictorio uno con el otro.

Las propuestas para el cuidado y la prevención tendrían que plantearse desde las prácticas sexuales de los hombres gays, enfocadas de manera clara, abierta y profesional; sin estigmatizar las prácticas sexuales entre hombres como son el sexo oral, anal, bareback, múltiples parejas sexuales, relaciones abiertas, poligamia, roles sexuales, lugares de encuentro, chemsex, entre otros. Reconociendo que hay ya una resignificación de estas prácticas sexuales debido a vivir con VIH o la toma de la PrEP (Profilaxis Preexposición) (Cuadra-Hernández et al., 2015). Además, identificando la autonomía y capacidad de decisión sobre un riesgo asumido a otras ITS's (Posada Zapata & Agudelo Olarte, 2019).

La ineficiencia del sistema de salud para ofrecer un sistema de autocuidado planteado desde las poblaciones afectadas ha propiciado desde las instituciones la replicación del estigma.

En México algunas instituciones en salud tienen acceso a información biomédica actualizada, personal capacitado, con experiencia y sensibilidad de trabajo; por otro lado tenemos situaciones donde el personal no es sensible, no se ha capacitado o actualizado con instituciones que mantienen y promueven prejuicios; estas

situaciones convergen para violentar a las poblaciones que atienden (Campillay Campillay & Monárdez Monárdez, 2019).

La resignificación del VIH es un proceso dinámico que la persona experimenta a lo largo de su vida, dicho proceso estará mediado por contextos socio históricos e individuales. Combatir el estigma es un proceso colectivo y relacional entre los profesionales de salud y la población atendida.

Referencias

- Beyrer, C. (2021). A pandemic anniversary: 40 years of HIV/AIDS. *The Lancet*, 397(10290), 2142–2143. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)01167-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)01167-3)
- Boivin, R. R. (2013). De cantinas, vapores, cines y discotecas. Cambios, rupturas e inercias en los modos y espacios de homosocialización de la ciudad de México. *Revista Latino-americana de Geografía e Género*, 4(2), 118–133. <https://doi.org/10.5212/Rlagg.v.4.i.2.118133>
- Calabrese, S. K., & Mayer, K. H. (2020). Stigma impedes HIV prevention by stifling patient–provider communication about U = U. *Journal of the International AIDS Society*, 23(7). <https://doi.org/10.1002/jia2.25559>
- 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. <https://doi.org/10.1344/rbd2019.0.26805>
- Canguilhem, G. (1982). *Lo normal y lo patológico*. Siglo xxi.
- Carvalho Gomes, I., Gamez-Medina, M. E., & Valdez-Montero, C. (2020). Chemsex y conductas sexuales de riesgo en hombres que tienen sexo con hombres: Una revisión sistemática. *Health and Addictions/Salud y Drogas*, 20(1). <https://doi.org/10.21134/haaj.v20i1.495>
- Castro, R. (2010). La mirada de la fenomenología sociológica en salud. En *Teoría social y salud* (p. 109). El Lugar Editorial.
- Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el sida (CENSIDA). (2018). *Informe nacional del monitoreo de compromisos y objetivos ampliados para poner fin al sida (Informe GAM)*. <https://www.gob.mx/censida/documentos/informe-nacional-del-monitoreo-de-compromisos-y-objetivos-ampliados-para-poner-fin-al-sida-informe-gam-mexico-2018?%20idiom=es>
- Cosme, J. A. G. (2002). Orden sexual y alteridad: la homofobia masculina en el espejo. *Nueva Antropología*, 18(61).
- Cosme, J. A. G. (2016). Asociaciones subjetivas al bareback y sus practicantes en usuarios de redes sociales virtuales en la Ciudad de México. *Cuicuilco. Revista de Ciencias Antropológicas*, 23(67).
- Council for International Organizations of Medical Sciences. (2016). *International ethical guidelines for health-related research involving humans*.
- Cuadra-Hernández, S. M., Baruch-Domínguez, R., Infante, C., & Granados-Cosme, J. A. (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 Pública de México*, 57. <https://doi.org/10.21149/spm.v57s2.7598>

- Dean, H. D., & Fenton, K. A. (2010). Addressing Social Determinants of Health in the Prevention and Control of HIV/AIDS, Viral Hepatitis, Sexually Transmitted Infections, and Tuberculosis. *Public Health Reports*, 125(4_suppl), 1–5. <https://doi.org/10.1177/00333549101250S401>
- Dilernia, D. A., Monaco, D. C., Krolewiecki, A., César, C., Cahn, P., & Salomon, H. (2010). La importancia del diagnóstico temprano en la supervivencia de los pacientes HIV positivos. *Medicina*, 70(5).
- Granados-Cosme, J. A., Torres-Cruz, C., & Delgado-Sánchez, G. (2009). La vivencia del rechazo en homosexuales universitarios de la Ciudad de México y situaciones de riesgo para VIH/sida. *Salud pública de México*, 51(6), 474–488.
- Herrera, C., Kendall, T., & Campero, L. (2014). *Vivir con VIH en México: experiencias de mujeres y hombres desde un enfoque de género*. El Colegio de México AC.
- Hidalgo, C., Panizo, L., Wright, P., Regueiro, S., Rosa, A., Bárbara Martínez, L., Schuster, F., Stropparo, P., Rodríguez, N. V., & Barbieri, M. (2005). *ETNOGRAFÍAS DE LA MUERTE Rituales, desapariciones, VIH/SIDA y resignificación de la vida*.
- 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). <https://doi.org/10.1590/s0036-36342006000200007>
- Jeffries, W. L., Townsend, E. S., Gelaude, D. J., Torrone, E. A., Gasiorowicz, M., & Bertolli, J. (2015). HIV Stigma Experienced by Young Men Who Have Sex With Men (MSM) Living With HIV Infection. *AIDS Education and Prevention*, 27(1), 58–71. <https://doi.org/10.1521/aeap.2015.27.1.58>
- Jiménez Solórzano, A., & Romero Mendoza, M. (2014). “Salir del clóset” en la Ciudad de México. *Salud mental*, 37(5), 391–397. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252014000500005&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Juárez-Figueroa, L. A., Uribe-Salas, F. J., González-Rodríguez, A., Iracheta-Hernández, P., Ruiz-González, V., & Medina-Islas, Y. (2017). Evaluation of HIV, STI and CD4 results among voluntary attendees at the HIV/AIDS program of Mexico City. *Salud Pública de México*, 59(2, mar-abr), 147–153. <https://doi.org/10.21149/8072>
- Laguarda, R. (2010). El ambiente: espacios de sociabilidad gay en la ciudad de México, 1968-1982. *Secuencia*, 78, 149–174.
- Leal Guerrero, S. (2013). Cuerpos deseados / machos representados: aphrodisia, fórmulas representacionales y fotografía en la interacción homoerótica mediada por internet. *Sexualidad, Salud y Sociedad (Rio de Janeiro)*, 13, 113–143. <https://doi.org/10.1590/S1984-64872013000100007>
- López Arellano, O. (2013). Determinación social de la salud: desafíos y agendas posibles. *Divulg. saúde debate*, 150–156.
- López, C. (2013). La biopolítica según la óptica de Michel Foucault. Alcances, potencialidades y limitaciones de una perspectiva de análisis. *El banquete de los dioses*, 1(1), 111–137.

- Lorenc, T., Marrero-Guillamon, I., Llewellyn, A., Aggleton, P., Cooper, C., Lehmann, A., & Lindsay, C. (2011). HIV testing among men who have sex with men (MSM): systematic review of qualitative evidence. *Health Education Research*, 26(5), 834–846. <https://doi.org/10.1093/her/cyr064>
- Paxton, S. (2002). The paradox of public HIV disclosure. *AIDS Care*, 14(4), 559–567. <https://doi.org/10.1080/09540120208629674>
- Piñeirúa, A., Sierra-Madero, J., Cahn, P., Guevara Palmero, R. N., Martínez Buitrago, E., Young, B., & Del Rio, C. (2015). The HIV care continuum in Latin America: challenges and opportunities. *The Lancet Infectious Diseases*, 15(7), 833–839. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(15\)00108-5](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(15)00108-5)
- Posada Zapata, I. C., & Agudelo Olarte, É. T. (2019). Meaning of HIV/AIDS risk for gay men in Medellín, Colombia. *Psykhé*, 28(2), 1–14. <https://doi.org/10.7764/psykhe.28.2.1381>
- Qiao, S., Zhou, G., & Li, X. (2018). Disclosure of Same-Sex Behaviors to Health-care Providers and Uptake of HIV Testing for Men Who Have Sex With Men: A Systematic Review. *American Journal of Men's Health*, 12(5), 1197–1214. <https://doi.org/10.1177/1557988318784149>
- Radusky, P. D., & Mikulic, M. I. (2019). SALUD & SOCIEDAD EXPERIENCIA Y PERCEPCIÓN DE ESTIGMA RELACIONADO CON EL VIH EN VARONES CON ORIENTACIÓN HOMOSEXUAL. *Journal on Health & Social Psychology*, 10, 110–127. <https://doi.org/10.22199/issn.0718-7475-2019-02-010>
- Rodríguez, N. (2005). *Procesos de resignificación a partir del diagnóstico de VIH/SIDA*.
- Sánchez, L., Trovat-Ascanio, V., Araque, M., Parra, J., & Ron, M. (2019). Determinación social versus los determinantes sociales. Reflexiones desde la mirada de la epidemiología crítica. *Revista Inclusiones: Revista de Humanidades y Ciencias Sociales*, 6(7), 38–51.
- Thapa, S., Hannes, K., Cargo, M., Buve, A., Aro, A. R., & Mathei, C. (2017). Building a Conceptual Framework to Study the Effect of HIV Stigma-Reduction Intervention Strategies on HIV Test Uptake: A Scoping Review. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 28(4), 545–560. <https://doi.org/10.1016/j.jana.2017.04.004>
- Van Manen, M. (2017). But Is It Phenomenology? *Qualitative Health Research*, 27(6), 775–779. <https://doi.org/10.1177/1049732317699570>
- Villarreal, F. C., Fernández Casanueva, C., Huicochea Gómez, L., Del Carmen Álvarez Gordillo, G., & Flores, R. L. (2012). Estrategias de personas con vih para enfrentar el estigma asociado al vih / sida. Pacientes del Hospital General de Huixtla, Chiapas. *Estudios Fronterizos, nueva época*, 13.
- Wu, H., Wu, P.-Y., Li, S.-Y., Chang, S.-Y., Liu, W.-C., Wu, C.-H., Lo, Y.-C., Hsieh, C.-Y., Sun, H.-Y., & Hung, C.-C. (2012). Maximising the potential of voluntary counselling and testing for HIV: sexually transmitted infections and HIV epidemiology in a population testing for HIV and its implications for practice. *Sexually Transmitted Infections*, 88(8), 612. <https://doi.org/10.1136/sextrans-2011-050354>

Declaración de la contribución de los autores

Los autores declaramos haber contribuido en los siguientes puntos de la elaboración de este artículo.

Eduardo Enrique Zetina Bautista: conceptualización, curación de datos, análisis formal, financiamiento de los recursos, investigación, metodología, administración del proyecto, recursos, software, supervisión, validación, visualización, escritura del manuscrito original.

Gerardo Iván Martínez Vizcaino: conceptualización, investigación, metodología, software, supervisión, validación, visualización, escritura del manuscrito original, revisión y edición del artículo

Declaración de conflicto de interés

Los autores declaran no tener conflicto de interés en la realización de esta investigación.

Este preprint fue presentado bajo las siguientes condiciones:

- Los autores declaran que son conscientes de que son los únicos responsables del contenido del preprint y que el depósito en SciELO Preprints no significa ningún compromiso por parte de SciELO, excepto su preservación y difusión.
- Los autores declaran que se obtuvieron los términos necesarios del consentimiento libre e informado de los participantes o pacientes en la investigación y se describen en el manuscrito, cuando corresponde.
- Los autores declaran que la preparación del manuscrito siguió las normas éticas de comunicación científica.
- Los autores declaran que los datos, las aplicaciones y otros contenidos subyacentes al manuscrito están referenciados.
- El manuscrito depositado está en formato PDF.
- Los autores declaran que la investigación que dio origen al manuscrito siguió buenas prácticas éticas y que las aprobaciones necesarias de los comités de ética de investigación, cuando corresponda, se describen en el manuscrito.
- Los autores declaran que una vez que un manuscrito es postado en el servidor SciELO Preprints, sólo puede ser retirado mediante solicitud a la Secretaría Editorial deSciELO Preprints, que publicará un aviso de retracción en su lugar.
- Los autores aceptan que el manuscrito aprobado esté disponible bajo licencia [Creative Commons CC-BY](#).
- El autor que presenta el manuscrito declara que las contribuciones de todos los autores y la declaración de conflicto de intereses se incluyen explícitamente y en secciones específicas del manuscrito.
- Los autores declaran que el manuscrito no fue depositado y/o previamente puesto a disposición en otro servidor de preprints o publicado en una revista.
- Si el manuscrito está siendo evaluado o siendo preparando para su publicación pero aún no ha sido publicado por una revista, los autores declaran que han recibido autorización de la revista para hacer este depósito.
- El autor que envía el manuscrito declara que todos los autores del mismo están de acuerdo con el envío a SciELO Preprints.