

Antropología Experimental

<http://revistaselectronicas.ujaen.es/index.php/rae>

2024. nº 24. Texto 04: 39-53

Universidad de Jaén (España)

ISSN: 1578-4282 Depósito legal: J-154-200

DOI: <https://dx.doi.org/10.17561/rae.v24.8350>

Recibido: 20-10-2023 Admitido: 06-02-2024

Prácticas autoeróticas en un grupo de hombres que viven con VIH. Experiencias a partir del abordaje antropológico

Autoerotic practices in a group of men living with HIV. Experiences from the anthropology approach

Bernardo Adrián ROBLES AGUIRRE

ENAH (México)

brwrdpi@gmail.com

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 reconocer cómo se construyen las prácticas autoeróticas 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 los actos masturbatorios tienen mayor frecuencia en los grupos homosexuales, por su parte, los heterosexuales reconocieron mantener este tipo de prácticas de manera furtiva debido a la existencia de un sentimiento de culpa y vergüenza. Por último, observamos que el miedo a transmitir el VIH, conduce a mantener prácticas de masturbación entre las parejas y así evitar riesgos de infección, mientras que otros, una vez aceptando sus preferencias sexuales realiza prácticas autoeróticas en baños públicos.

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 on recognizing how autoerotic practices are constructed in the recognition and confrontation with the diagnosis of HIV. Identify what value they attribute to it and record whether this facilitates or hinders the process of acceptance and incorporation of HIV into daily life. For this purpose, semi-structured interviews were conducted with nine people and were aimed at recovering the experience of HIV. The results show that masturbatory acts are more frequent in homosexual groups, for their part, heterosexuals recognized maintaining this type of practices in a furtive manner due to the existence of a feeling of culture and shame. Finally, we observe that the fear of transmitting HIV leads to maintaining masturbation practices between couples and thus avoid risks of infection, while others, once accepting their sexual preferences, perform autoerotic practices in public bathrooms.

Palabras Clave

Prácticas autoeróticas. Vida cotidiana. Diagnóstico positivo al vih. Entrevistas semiestructuradas
Autoerotic practices. Daily life. Hiv positive diagnosis. Semistructured interviews

Introducción

Actualmente se considera que el VIH¹ es una infección crónica y controlable gracias a los avances de los tratamientos antirretrovirales (Shernoff, 2006 y Reis y Gir, 2010), sin embargo, continúa representando un desafío para la planificación y ejecución de los sistemas de salud mundial. El Informe Anual de ONUSIDA, reportó para 2018, que hay poco más de dos millones de personas que viven con VIH cada año, y aunque cada vez son menos frecuentes las muertes relacionadas con el SIDA, las proyecciones internacionales consideran que aún falta tiempo para que pueda ponerse fin a la epidemia, prevista para el 2030 (ONUSIDA, 2021)².

Por otra parte, los sectores de la población que viven con bajos recursos económicos y con una deficiente atención en materia de salud pública, se han convertido en los grupos con mayor posibilidad de estar en situación de vulnerabilidad para contraer el virus, así, más del 90 por ciento de las personas 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).

En la escala regional, los sectores de la población en donde las condiciones materiales de vida son precarias y el acceso a los servicios de atención médica, restringido, se han convertido en aquellos en donde existe una mayor vulnerabilidad para contraer el virus. A su vez, se ha demostrado que la precariedad laboral y la falta de educación formal, condicionan particularmente la frecuencia con la que se presenta VIH (Granados-Cosme, 2014).

Es por ello que la epidemia tiene una fuerte relación con la pobreza y la desigualdad social, ya que el deterioro progresivo de las condiciones de vida de miles de familias y hogares mexicanos, limita las posibilidades para enfrentar y superar los efectos de las cambiantes circunstancias económicas o del propio ámbito familiar (CONAPO, 2000). De tal forma, les convierte en *grupos en situación de riesgo*³ y de vulnerabilidad tanto de orden individual, como social⁴.

La vulnerabilidad frente al VIH se expresa también en los significados que se construyen alrededor de las vías de transmisión, particularmente la sexual. Al día de hoy, el VIH continúa siendo un *atributo profundamente desacreditador* (Goffman, 1970:12), una enfermedad estigmatizada⁵ que obliga a muchos a vivirla bajo el anonimato, provocando con ello, un bajo índice de prevención y promoviendo la cadena de transmisión. Asimismo, el temor fundado a ser rechazado, conduce a las personas a experimentar la enfermedad en silencio, lo que debilita las redes sociales que constituyen el soporte social necesario para enfrentarla, por ello es común encontrar estrategias de aislamiento social afectando con ello la esfera familiar, escolar y laboral (Mora-Rojas *et al.*, 2017 y Tobón y García, 2019).

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

² Uno de los objetivos fundamentales para alcanzar este resultado fue lograr que, para el cierre de 2021, 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, 2021), lamentablemente por la emergencia sanitaria por COVID 19, para enero de 2021, no se contaba con datos actualizados para conocer si el objetivo fue posible de cubrir.

³ El concepto de riesgo atiende de manera directa los factores por los que se considera que los actores sociales se encuentran en una mayor probabilidad de adquirir el virus; el bajo acceso a la información, a los conocimientos, a servicios de salud y a redes sociales de apoyo, evidencia el marco de vulnerabilidad social estructural en que se encuentra la mayoría de los sujetos sociales amenazados por el VIH (Collignon-Goribar, 2009: 4).

⁴ La vulnerabilidad social es 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, este desaprovechamiento implica un debilitamiento del proceso de acumulación de activos, las situaciones de vulnerabilidad suelen causar sinergias negativas que tienden a un agravamiento progresivo (Katzman, 2000: 281).

⁵ Aggleton *et al.*, (2003) consideran que los estigmas son etiquetas con rasgos negativos que se les atribuyen a las personas, quienes, a su vez, y a consecuencia de “ser diferente”, se sobreentiende que son valorados negativamente por la sociedad, estos rasgos pueden ser por diferencias de salud, nacionalidad, etnicidad o por preferencias sexuales.

Así, el VIH modifica y reconstruye la vida y los espacios de convivencia cotidiana, por lo que afecta tanto a la persona que lo padece, como a la sociedad en su conjunto (Briongos *et al.*, 2007), puesto que se adhiere en el día a día de cada sujeto, reinterpretándose a partir de la forma en cómo se identifica, tanto en lo interno como en lo externo; moldea, resignifica y redefine las relaciones sociales y la trayectoria individual, cuestionando permanentemente el devenir, la incertidumbre, la zozobra y la ansiedad que se experimenta diariamente. En el siguiente apartado nos referiremos a cómo se introduce en las prácticas autoeróticas.

Prácticas autoeróticas

El VIH es una enfermedad que se presenta y se encarna en el cuerpo; a partir de que cada sujeto se identifica como seropositivo, la sexualidad se convierte en un factor relevante de ajuste, por lo que consideramos necesario abordar el tema de la masturbación, la autosatisfacción o prácticas autoeróticas e identificar si existe un aumento o reducción a partir del diagnóstico, esto debido a que como especifica Laqueur (2007: 98):

“Con la expansión de la epidemia y el cierre de las casas de baños, la masturbación se convirtió en una nueva opción para los gays. Por un tiempo, fue considerada una segunda alternativa, un retiro respecto de los límites revolucionarios de los viejos modos. Sin embargo, hacia finales de la década del noventa, había adquirido una nueva autonomía, un nuevo estatus como una alternativa genuina a las normas heterosexuales”.

En este sentido, definimos las prácticas autoeróticas o de masturbación como todo acto autoestimulador que tiende a producir o incrementar la satisfacción sexual, esta actividad se realiza por la capacidad de simbolizar, construir e idealizar, momentos o circunstancias específicas, el significado sexual de la masturbación está ligado a la fantasía y está presente tanto en hombres como en mujeres, en todas las etapas de la vida y no es excluyente a tener prácticas sexuales (Bardi *et al.*, 2003).

Si bien la masturbación era considerada como un símbolo terrible de la sexualidad fallida (Giddens, 1992), es durante el siglo XIX cuando la Iglesia y la medicina adoptan acciones negativas hacia la sexualidad, ya que “la masturbación se considera lesiva para el cerebro y para el sistema nervioso central, la homosexualidad se entiende como patología y a la mujer no se la concibe como capaz de respuesta sexual” (Vidal, 2002:13).

Para principios del siglo XX, autores como Freud se obstinaban en considerarla una enfermedad, una inmadurez o un sustituto, aún cuando los resultados de su investigación distaban de poder definirlo de esa manera (Landarroitajauregi, 2008), sin embargo, sería Kinsey (1953) con sus informes sobre la conducta sexual masculina y femenina quien comenzaría a defender el autoerotismo afirmando que “la masturbación era totalmente inocua con independencia de la frecuencia, condición o edad a la que se realizase” (citado en: Landarroitajauregi 2008: 45) e hizo que muchas personas se sintieran liberadas para poder ejercer sus conductas y fantasías sexuales, sabiendo que no eran los únicos, pues sus gustos, preferencias y prácticas eran compartidas por muchas más personas (Vidal, 2002).

Así, a partir de “los estudios realizados por Kinsey (1953) como los de Masters y Johnson (1966), durante las décadas de los cincuentas y sesentas, se demostró que la masturbación es una actividad que realizan el 90 por ciento de los hombres y el 40 por ciento de las mujeres en algún momento de sus vidas” (Giddens, 1992: 13), claro, recordemos que estos estudios se presentan en informes y estadísticas de los Estados Unidos de América. En nuestro país, son encomiables los estudios de Álvarez-Gayou (1996, 2007) donde especifica que la sexualidad en sí misma no es patológica *per se* en cuanto a su forma de expresarse, sino que “existe una diversidad bastante amplia dentro de la cual, las personas se ubican marcando niveles de intensidad, así como una relación erótica o no en su expresión” (Álvarez-Gayou, 2007: 3).

Por lo anterior, teníamos claro que hablar de este tema podía ser complicado, pues como especifica McDougall (2005: 34) “Aunque la masturbación es la expresión normal de la sexualidad infantil, puede ser contrarrestada por las coacciones parentales. Todos los niños aprenden que no está permitido defecar, orinar o masturbarse en público”. Sin embargo, era necesario indagar sobre este tema, pues a partir de ello podría intuir cómo describen y refieren su cuerpo en su sexualidad.

Del mismo modo consideramos importante abordar la frecuencia de las prácticas autoeróticas,

debido principalmente a que en algunos estudios (Juárez-Vílchez y Pozo, 2010; Morell *et al.*, 2014, y Pérez-Jiménez *et al.*, 2010) aparecen como parte de las estrategias que grupos diagnosticados como seropositivos utilizan inusual o recurrentemente, para evitar transmitir el VIH entre parejas discordantes, tanto homosexuales como heterosexuales, por esto, la masturbación es relevante, ya que es una fuente importante de placer sexual y se ha recomendado activamente como un modo de mejorar la sensibilidad sexual por parte de ambos sexos (Masters y Johnson, 1966 en: Giddens, 1992 y Laqueur, 2007).

Grupo de estudio y criterios de inclusión

Se realizó un estudio de corte cualitativo⁶ aplicando entrevistas semiestructuradas a un grupo de nueve personas que viven con VIH (véase cuadro 1). Se hizo una definición de informantes clave, considerando como tales a varones residentes de la Ciudad de México o la zona conurbada del Estado de México, que refirieran haber contraído el VIH por prácticas sexuales de alto riesgo⁷.

Cuadro 1
Características generales del grupo de estudio

Nombre	Año de nacimiento	Lugar de residencia	Nivel de escolaridad	Ocupación	Grupo social con el que habita después del Dx
Benjamín	1973	Estado de México	Secundaria	Conductor de transporte en empresa de televisión	Actualmente vive con su pareja
Cain	1979	CDMX zona Centro	Secundaria	Guardia de seguridad en banco	Vive con un hermano, está en pláticas para regresar a vivir con su esposa
Adolfo	1954	CDMX zona Centro	Carrera trunca de Ingeniería Civil	En proceso de jubilación del IMSS	Actualmente vive solo
Iván	1960	Estado de México	Ingeniero civil con especialidad en finanzas y estadística	Jubilado	Actualmente vive solo
Fernando	1984	Ciudad de México, Zona Sur	Contaduría y trabajo social	Contador	Comparte departamento con una amiga y la hija de ésta
Milton	1957	Ciudad de México, Zona Centro	Preparatoria	Lavado de alfombras	Vive solo y de vez en cuando con uno de sus hermanos
Diego	1955	Estado de México	Cirujano dentista	Jubilado, repartidor de comida casera	Actualmente vive con su pareja
Felipe	1981	Ciudad de México, Zona Centro	Derecho	Abogado	Actualmente vive solo
Vicente	1973	Ciudad de México, Zona Sur	Preparatoria	Cajero de banco	Vive con un hermano

Fuente: Elaboración propia con base en entrevistas semiestructuradas.

Se consideró también que hubieran sido diagnosticados en diferentes temporalidades, que al momento de la entrevista estuvieran bajo el esquema de Terapia Antirretroviral Altamente Activa (TARAA), que mostraran un patrón de seguimiento médico constante⁸ y que participaran en protocolos de atención dentro del centro de salud especializado. Lo anterior debido a que, como especifican algunos autores (Delgadillo, 2007 y Flores *et al.*, 2008), estar informado sobre un diagnóstico positivo permite construir estrategias de atención y cuidado más permanentes y sólidas para con ellos mismos. Sumado a esto, estar consciente de la enfermedad puede proporcionar un sentido de responsabilidad, autocuidado y

⁶ Siguiendo la metodología de Banks, 2010; Flick, 2004; Geertz, 1992; Glaser y Strauss, 1967; Hamui, 2011; Oliva *et al.*, 2001; Robles, 2011A y 2011B, Taylor y Bogdan, 1996 y Varguillas y Ribot, 2007.

⁷ Las prácticas sexuales se han considerado "sin riesgo (sexo seguro) cuando el intercambio de secreciones como sangre, semen y fluidos vaginales es nulo; de poco riesgo (sexo protegido), si tal intercambio es escaso; o con riesgo (coito sin empleo de condón)" (Martínez *et al.*, 2001: 36).

⁸ Esto es, asistir mensualmente a las citas médicas (cuando menos en los últimos seis meses), que mantuvieran su monitoreo de carga viral, así como otros datos de laboratorio en indetectable.

autoprotección, lo cual es relevante para la correcta ingesta de medicamentos antirretrovirales. Las condiciones anteriormente descritas, permitieron encontrar sujetos en una situación de relativa tranquilidad, de mayor adaptación al diagnóstico y al tratamiento, de forma tal que se favoreciera una recuperación reflexiva de su experiencia frente al diagnóstico y su relación con las actividades cotidianas.

Cuadro 2
Prácticas autoeróticas

Nombre	Prácticas autoeróticas antes del Dx	Prácticas autoeróticas después del Dx	Situación actual
Caín	No las realizaba	Una vez a la semana	Una vez al mes, sin la presencia de su esposa
Adolfo	Ocasionalmente dos veces a la semana	Con parejas ocasionales, una vez al mes	Con regularidad, más que antes
Benjamín	No las realizaba	Una vez al mes	Cada 15 días, a escondidas de su esposa
Iván		Una vez a la semana	Continuamente, tres veces a la semana
Fernando	Ocasionalmente dos veces al mes	Una vez al mes	Una vez a la semana
Milton	No las realizaba	No las realizaba	
Diego		Frecuentemente con parejas ocasionales, una al mes	Frecuentemente con su pareja, no las realiza solo
Felipe	Ocasionalmente dos veces al mes	No las realizaba	Dos veces por semana
Vicente		Una vez al mes	Frecuentemente dos veces por semana con parejas ocasionales

Fuente: Elaboración propia con base en entrevistas semiestructuradas.

Las entrevistas se realizaron después de uno a dos encuentros con los informantes claves para establecer un mejor contexto para reproducir la experiencia. Éstas se efectuaron en espacios cerrados en donde el participante definió sentirse más cómodo. A cada uno se le informó el propósito del estudio, así como el papel de su participación mediante un consentimiento bajo información previa. Cada uno eligió un seudónimo y se les pidió explícitamente su autorización para que las entrevistas fueran audiograbadas. Todos los informantes fueron reclutados en la unidad de atención médica en donde llevaban el seguimiento de su diagnóstico. Posteriormente, se transcribió y analizó desde una perspectiva interpretativa del discurso. Se identificaron categorías discursivas significativas, según el énfasis observado en los informantes y se interpretaron a la luz de un marco teórico que se constituyó en *la mirada* con que fueron leídas, se analizaron regularidades discursivas y se corroboró su solidez testimonial al referirla a la particularidad de cada caso. Se seleccionaron los fragmentos más contundentes y que dieran cuenta de una reconstrucción de la experiencia del diagnóstico de VIH al momento actual, esto con la finalidad de distinguir posibles fases constitutivas de un proceso adaptativo.

En este contexto, comenzamos por establecer un lenguaje común y reconocer si todos ellos identificaban a qué nos referíamos cuando mencionábamos la frecuencia en las prácticas autoeróticas; una vez detallando esto, Caín, Benjamín, Iván, Milton y Diego, comentaron que no frecuentaban prácticas autoeróticas antes del diagnóstico, mientras que Fernando, Felipe y Vicente las realizaban al menos una vez cada 15 días, sólo en el caso de Adolfo, las prácticas eran más continuas.

Una vez que conocen su diagnóstico positivo, observamos un cambio en la frecuencia, ya que Caín, Diego e Iván llevan a cabo estas prácticas por lo menos una vez a la semana, Adolfo, Benjamín, Fernando y Vicente, llegaban a masturbarse al menos una vez al mes, y sólo Milton y Felipe no estuvieron interesados en llevarlas a cabo en los primeros meses de su diagnóstico.

Finalmente, sólo Milton declara no llevar a cabo este tipo de actividades, todos los demás han registrado un incremento significativo, los casos más singulares son Iván y Felipe, el primero, que refería no llevar a cabo prácticas autoeróticas antes del diagnóstico, actualmente las realiza tres veces por semana, y Felipe aumentó de dos veces al mes a dos por semana (Cuadro 2). Cabe enfatizar el caso de Caín, quien lleva a cabo este tipo de prácticas de forma subrepticia, pues se masturba siempre en la ausencia de su esposa.

Caín

Con algunos participantes fue complicado tocar este tema, pues lo consideraban vergonzoso o demasiado íntimo para poder platicarlo, en el caso de **Caín**, en un principio se sintió incómodo para poder abordarlo, sin embargo, en una segunda entrevista, y después de un largo silencio, pudimos hablar de ello. No frecuentaba las prácticas autoeróticas y aunque llegó a tener algunos tocamientos cuando era pequeño, no era una actividad que realizara continuamente:

...yo creo que lo normal, cuando te comienzas a explorar pues sale eso, ¿No?, pero, lo normal, o sea, tal vez, no sé unas dos o tres veces, pero eso fue antes, luego ya conoces chicas y pues lo olvidas, ¿No?...

Sin embargo, una vez que reconoció su diagnóstico comenzó con este tipo de prácticas con más frecuencia, en parte se debió a una discusión que sostuvo con su esposa.

...y se lo dije enfrente de ella en una discusión, se lo dije que para mí es mejor... masturbarme cuando me estoy bañando que engañarla. Para... o sea precisamente para no pescar ningún tipo de infección y mucho menos engañarla... después de eso me sentí como más liberado, pues lo hacía con mucha vergüenza y hasta con un poco de miedo que me viera...

Actualmente lleva a cabo este tipo de prácticas por lo menos una vez al mes e intenta hacerlo sin la presencia de su esposa, pues no se siente cómodo cuando sabe que está en casa, asimismo, se masturba cuando siente muchas necesidades de llevar a cabo prácticas sexuales ya que es la forma más segura de evitar riesgos con parejas casuales o con su misma pareja, por último, en todas las ocasiones ha tenido un sentimiento de culpa:

...Pues... cuando... pues tengo ganas de tener relaciones...Una vez al mes, más o menos... a veces más, sobre todo cuando estoy como se dice caliente, ¿No?... pero la verdad es la mejor manera de no infectar a nadie, prostitutas, amigas o mi esposa, ¿Te imaginas?, ¡No, olvídale!, mejor así, me quito las ganas y ya está, eso sí, debo decirte que siento a veces, bueno no, siempre mucha, mucha culpa, como que estoy siendo sucio o marranón... no sé, pero es una sensación que no me he podido quitar nunca, siempre lo siento...trato de que no me vea... normalmente cuando ella no está, sé que no me verá y pues lo hago cuando está fuera...

Adolfo

Comenzó a masturbarse cuando era pequeño y realizaba este tipo de prácticas algunas veces a la semana, durante esta temporada, con sus compañeros de primaria, llegó a tener prácticas autoeróticas en grupos de cuatro o cinco muchachos:

...no lo sé, tal vez como siete u ocho años, me tocaba y me gustaba, no tenía un día en especial, pero sí era seguido, sin pensar en alguien en especial, ya con fantasías como a los 11, cuando estábamos en el club... como te comenté la otra ocasión llegábamos a la azotea de este amigo y nos llegamos a tocar entre todos, a veces, éramos tres, cuatro hasta cinco y pues sólo nos tocábamos, ya luego tuve mi primera relación... ya de ahí pues si me gustaba tocarme, mucho...

Por otra parte, era común que este tipo de actos los llevara a cabo durante las prácticas sexuales, sobre todo con sus parejas ocasionales y cuando no llegaba a tener algún encuentro, regresaba a su casa y ponía alguna película pornográfica para satisfacer sus deseos,

...normalmente empezábamos en el faje, luego nos masturbábamos y ya de ahí pues a darle con todo, en casi todas las ocasiones... me gusta que me toquen antes de la penetración, sobre todo cuando se es pasivo... sobre todo cuando estaba en las discos y no salía nada, pues entonces me regresaba a casa, ponía una peli y ahí me la jalaba como se dice vulgarmente y ya sacaba todo... no sé tal vez si ponemos una cifra, podría ser como una vez al mes, a veces más otras veces menos, pero un estimado podría ser eso...

Adolfo reconoce que el aumento en la frecuencia de prácticas autoeróticas se dio a partir de que perdió a su pareja, pues antes de esto no siente que se hayan incrementado o disminuido su dinámica sexual:

...no, yo creo que todo ha cambiado desde que falleció mi pareja, la verdad es que como te comentaba el otro día, quise hacer la prueba con este muchacho del Internet y pues no pude, nomás nada... pero cuando estoy solo así en cama, pues me acuerdo y tengo buenos recuerdos y sí, se me para y todo, termino muy bien, me la jalo y todo placentero, por eso pensé que sí podría con este muchacho y pues como no se pudo, por eso te digo que sí me doy placer mucho más seguido que antes (risa), siempre pensando en mi pareja...

Benjamín

Hablar de este tema para Benjamín también fue complicado y difícil de abordar, debido a que a lo largo de la entrevista lo eludió en tres ocasiones y cerraba el diálogo, sin embargo, en la última oportunidad que tuvimos de platicar, logró ser más abierto y describió con un poco de más soltura. Las prácticas autoeróticas no formaron parte de su infancia o su adolescencia, pues no eran de su interés, sólo después del diagnóstico positivo comenzó a llevar a cabo este tipo de actividades:

...nunca he sido de tocarme, bueno a lo que me refiero es que antes de "Esto", no me había tocado así como por placer, o sea, sí en algunas ocasiones, cuando de chavo te estás explorando y sientes bonito, pero nunca estaba en mis planes masturbarme... luego conocí a muchos amigos que me decían que lo hacían así como casi todos los días o una vez a la semana o así, pero yo no, más bien, me gustaba más hacerlo, que practicármelo...

Una vez que Benjamín tiene conocimiento de su diagnóstico positivo, reconoce que comienza a tener el hábito de masturbarse con mayor asiduidad, llegando a practicarlo una vez al mes, tanto solo como con sexoservidoras:

...fíjate que ahora o bueno desde hace algunos años para acá, me ha gustado más... bueno, como que le he dedicado más tiempo... a veces con una película como te comenté el otro día, y a veces solo y cuando estaba con estas chavas, pues les decía que me tocaran, o si no, así en casa, relajado, pero si antes nada o casi nada, la verdad es que ahora si está en mis planes de cada quincena, jajaja, sé que con eso estoy seguro de no infectar a nadie y eso me tiene más tranquilo y me quedo más relajado...

Actualmente ha sido más constante en este tipo de prácticas y trata de realizarlas siempre de forma furtiva, evitando que su esposa sepa de esta situación pues considera que le causa bochorno y vergüenza que tenga conocimiento de este tipo de prácticas:

... no te lo había dicho, pero por ejemplo, el día de pago que es cada 15 días, normalmente salgo antes de trabajar y me voy directito a casa y como sé que tengo un ratito más en lo que llega mi esposa, es cuando puedo actuar, a veces me da un montón de miedo y ni se me para, porque no sea que vaya a llegar y que me encuentre en eso, ¡Imagínate!, no ahí si me muero de vergüenza, no me gustaría que me viera o que me cache en pleno... no estaría padre... digo es normal, pero siempre lo he pensado y espero que no pase...

Iván

Gracias a que tenía parejas sexuales y parejas ocasionales desde que era joven, nunca consideró necesario llevar a cabo prácticas autoeróticas, pues se satisfacía con los encuentros que tenía:

...fíjate que así yo solito, pues como que no se me antojaba, o sea, yo creo que como todos, te conoces y pues sabes qué te gusta, pero no le encontraba el chiste, la verdad es que prefería así los fajoneos con mis parejas, que estar ahí de caliente conmigo mismo (risa), por eso yo te diría que no las frecuentaba...

Sin embargo una vez que conoce su diagnóstico positivo, dice tener más cuidado y evita los encuentros sexuales compensando sus necesidades teniendo prácticas autoeróticas. Éstas comienzan a substituir poco a poco sus prácticas sexuales hasta que las abandonó por completo en el 2000:

...no pues ahora es otra cosa, sé que puedo infectar a otros y pues tomo mis precauciones, como te decía desde que sé mi condición me cuido más, pero pues las ganas son parte también de estar bien ¿No?, así que la verdad es que tengo mis cachondeos y con mi pareja también, no hay como te decía el otro día penetración, pero si nos masturbamos juntos o luego yo solito también, pues ahora me conozco más, sé cómo me gusta mi cuerpo e identifico qué me gusta y cómo me gusta tocarme, por eso te digo que yo creo que como unas dos o tres veces por semana, ha ido en aumento en los últimos años, has de cuenta, antes era no sé una vez al mes, ponle tú y ahora pues, en todas las semanas... es por temporada también, no es que siempre sea así, ahora está así y tal vez después menos y así....

Fernando

Una vez que definió su sexualidad en la adolescencia, comenzó a tener prácticas autoeróticas con cierta regularidad y recurría a ellas una o dos veces por semana cuando iba a los baños públicos:

...después de que fui a terapia, la que te conté me empecé a sentir mejor con mi sexualidad, si antes me masturbaba tal vez una vez o dos al mes, lo hacía un poco con miedo o así como con culpa ¡Por estar pensando en hombres!, ¡Imagínate!, pero eso era lo que me excitaba... ya cuando estaba en los baños públicos podía estar hasta dos o tres horas después de haber llegado, sin hacer nada, sólo mirando y tocándomela, hasta que viera a alguien que me gustara y me atrajera sexualmente, y me lo llevaba...

Una vez que conoce su diagnóstico, el primer año no sólo no tuvo prácticas sexuales, sino que tampoco tuvo algún tipo de filtrado o escaqueo con alguien, sin embargo, pasada esta temporada, continuó con sus prácticas autoeróticas con una frecuencia de una vez al mes:

...como te decía el otro día, al principio pensé que me moría y pues no tuve nada que ver con nadie, ya después poco a poco, retomé mis idas a los baños públicos, ahí me la pasaba viendo... soy voger y de vez en cuando me masturbaba ahí, un poco oculto a veces para que no me vieran, de repente si alguien me gustaba, pues ya veíamos, pero sí era común... pues al menos una vez al mes sí me veías por ahí...

Actualmente tiene prácticas autoeróticas con mucha más frecuencia y de vez en cuando las realiza los fines de semana, que son los días que no está su amiga con la que comparte casa o cuando se va a dormir, en este sentido, refiere que ha logrado ser muy cuidadoso ya que nunca se ha enterado de sus prácticas:

...pues ahora si ha sido constante, más o menos una vez a la semana, sobre todo en fines de semana que mi amiga y su niña se van de paseo, yo a veces me quedo en casa o llego antes que ella, me encierro y pues no se entera, ya cuando está ella no se entera ni nada, a veces pongo velas y líquidos aromatizantes para cubrir, digo, ya que llega le comento que cociné o que olía mucho a encerrado, cualquier cosa, pero soy muy discreto con ella...

Milton

Durante la plática nunca hizo referencia a las prácticas autoeróticas, en una ocasión que comenté del tema, hizo mención de que él no las había frecuentado ni antes ni después del diagnóstico, pues considera que para eso mejor consigue alguna pareja, y que satisfacer sus gustos de forma individual nunca ha sido una práctica que considere adecuada.

Diego

Las prácticas autoeróticas son parte de sus encuentros sexuales, por lo que sólo frecuentaba este tipo de actividades cuando los tenía y aunque refiere que, al inicio de su vida sexual, explorando su cuerpo, sí llegó a masturbarse, no le llamó la atención llevar a cabo estas actividades de forma individual:

... al principio de la vida, pues sí, cuando estás conociendo tu cuerpo, obviamente si te masturbas, pero fíjate que nunca le tomé interés, o sea, algo que me emocionara, sí, pero no me gusta a mi solo, siempre es más divertido con alguien más (risa), te podría decir que no...

Actualmente tiene una vida sexual muy activa con su pareja, pues cuando no llegan a tener penetración, es muy común que se masturben mutuamente, pero reconoce que si su pareja no está, él, aunque esté ansioso, no las lleva a cabo:

...como te conté el otro día, sí las hago, pero no solo, por ejemplo, desde hace algunos años, tenemos muy buena cama y bueno siempre estamos tocándonos, cuando estamos por dormir, por ejemplo a veces se queda prendido a mi o yo a él, o sea, si nos gusta y el sabe bien cómo tocarme, nos gusta mucho, pero eso si te digo, por ejemplo, si él sale o yo, también estoy fuera la verdad, aunque esté muy caliente... no me dan ganas, a veces he puesto porno en la compu, y aunque me toco, no pasa nada, es más bien la excitación del otro la que me pone intenso...

Felipe

Comenzó a masturbarse cuando estaba en la primaria y comenta que varias veces lo sorprendió uno de sus hermanos y, cuando esto sucedía, las burlas eran constantes, por lo que consideró realizarlas subrepticamente y con menos frecuencia de las que él hubiera deseado:

...me acuerdo que al principio siempre lo vi como natural, me acuerdo mucho ver a mi hermano que se tocaba y que mi mamá lo regañaba, el típico comentario de los pelos en la mano (risas) y a mi hermano sólo le daba risa, pero ¡Uf! Que no fuera yo porque entonces sí, no me la acababa, mi hermano en ese entonces era un maldito y me decía de cosas y me daba un montón de miedo que mis papás se enteraran... a veces si lo hacía en el baño, cuando ya todos se dormían, para que no me preguntaran qué hacía

ahí... unas veces al mes, tal vez dos o así, siempre cuidando que mi hermano no me viera o mis hermanas...

Durante la secundaria conoce a un amigo que tenía películas pornográficas en su casa y refiere que llegó a pagarle por el préstamo de su habitación para poder ver las cintas:

...resulta que cuando estaba en la secundaria, era un chamaco como de 12 o así y este amigo tenía en su casa muchas películas, que yo creo que eran de su papá o sus hermanos mayores, no sé la cosa es que hasta hacía negocio (risa), pues nos cobraba para verlas, al principio así como el gancho, nos invitaba para verlas y luego, ya nos cobraba el muy maldito y las ponía en la tele de su cuarto y a pagar si las querías ver, yo llegué a ir un par o más veces, no recuerdo cuántas, pero no me la jalaba, no podía... llegando a casa, ahí sí que lo hacía, con las escenas en mi mente...

Cuando comienza a tener novias, era ocasional que tuviera este tipo de prácticas, y si las llegaba a realizar era en solitario, pues le apenaba que sus parejas supieran de su gusto por estas actividades:

... más o menos dejó de ser tan frecuente más o menos cuando estaba con alguna novia o salía con alguien, ahí si eran temporadas de, no sé tal vez dos o tres meses de no tocarme para nada, pero pues tenía a mi chava y pues ahí descargaba todo ¿No?, luego ya... no, nunca lo hacía con ellas, una vez lo intenté, a una novia que nunca había vista porno se lo puse, pero no le gustó y a mi la verdad es que me dio así como onda, o sea, pena que me viera, no se me puso dura, simplemente no pude... sí, después de que pasa la calentura de la novia, sí tenía ganas de ver porno y pues al principio compraba las películas y luego ya con Internet es otra historia (risa)...

Este tipo de prácticas las deja de hacer por completo una vez que conoce su diagnóstico positivo, pues al principio consideraba que su angustia y miedo no le permitían excitarse:

...cuando ahora si que ni me toqué fue cuando me dijeron de esto, ahí si para que veas, hasta miedo me daba de hasta tocarme, la verdad es que yo pensé que infectaba todo si me venía, así que fueron unos meses de nada, pero así de nada, ni lavarme, con eso te digo todo... bueno pues ponía las películas, pero era tal mi desesperación que no se me ponía dura con nada, estaba tan enojado y triste y no sé, hasta que no fui al grupo de apoyo, creo que eso me ayudó mucho a mejor mi autoestima y me empecé a excitar de nuevo, así como te lo digo...

Actualmente dice masturbarse dos veces por semana, compra películas de vez en cuando y está suscrito a una página en Internet, donde le llegan estrenos de películas cada semana,⁹ asimismo, siempre solicita prácticas de sexo oral con las sexoservidoras y sólo de vez en cuando llega a pedir este servicio:

...no, ahora es muy distinto, la verdad es que en ese sentido no me puedo quejar, sí estoy muy clavado viendo porno, con decirte que estoy suscrito a un blog que me manda novedades todas las semana, ahí puedes contactar y tener vídeo chats con chavas y hacen todo lo que quieras y luego no es muy caro, la verdad vale la pena, luego con un poco de más dinero y cuando tengo ganas de algo físico, si voy con prostis

⁹ Aquí reconocemos las palabras de Castells (2001: 223), cuando comenta que “Uno de los usos mediático importante en Internet es el vídeo porno, esto es, el tipo de contenido que suele estar prohibido en los medios de comunicación de masas. Por lo tanto, en este ámbito, Internet ofrece una alternativa real. La privacidad y la ubicuidad parecen ser los factores clave que explican la preferencia por este medio. A la pornografía en Internet se puede acceder desde cualquier sitio, asimismo, se considera que Internet ofrece un refugio más seguro para las fantasías sexuales. Así pues, el dato que ha de tenerse en cuenta a este respecto es que el valor añadido de la pornografía en Internet radica en permitir la expresión supuestamente libre de los deseos de las personas”.

y les pido orales, eso siempre me ha gustado y siempre lo pido, aunque hay veces que con eso tengo y pues cuando eso pasa, hasta me sale más barato (risa)...

Vicente

Inició sus prácticas autoeróticas a la par de las sexuales cuando era pequeño, y de vez en cuando las realizaba solo, y en otras ocasiones en presencia del familiar con el que se inició:

...más o menos como al mismo tiempo, o sea, yo te podría decir que fueron como lo mismo, pues al principio mi tío me masturbaba y yo sentía rico, luego ya me decía que yo le hiciera lo mismo y así empezaba todo... más o menos, al principio era como nuevo luego ya me gustaba y así pasaron esos años, como que lo sientes natural...

Cuando llega a la ciudad de México, tiene contacto con un chico con el que frecuentaba sexo oral y mantiene prácticas autoeróticas con poca intensidad, pues sólo las llevaba a cabo cuando no tenía algún encuentro sexual:

...cuando estaba con este muchacho todo estaba muy bien, me la pasaba de lo mejor, nos tocábamos mucho y de vez en cuando teníamos penetración, siempre nos tocábamos, aunque en esos años, la verdad es que me masturbaba poco, muy poco, así a lo mucho una vez cada mes o así, la verdad es que siempre me ha gustado más estar con alguien que hacerlo yo mismo... bueno, cuando no tenía ninguna pareja entonces sí, lo que te puedo decir es que no sé si sea yo o a todos les pase, pero si no me descargo al menos una vez al mes, me empiezan a doler los testículos, nunca lo he preguntado, pero yo creo que se llena de esperma las bolas y por eso duele, así que intento hacerlo seguido, si no, pues me descargo ahí sí yo solito...

Actualmente, cada vez que tiene prácticas sexuales inicia por masturbar a su pareja, pues considera que con esa actividad él puede durar más tiempo y con ello tiene ventaja, asimismo, cuando no llega a tener algún encuentro, realiza este tipo de actividades cuando llega a casa y cuando su hermano ya está dormido, cuando llega muy cansado, lo realiza unos minutos antes de levantarse,

...ahora por ejemplo, tengo a mi pareja que lo veo los fines de semana y ahí si nos tocamos y nos masturbamos, eso es siempre y por mi parte a veces, en los domingos que ya regreso a casa, pues si me toco, a veces, si ya es muy tarde, pongo el despertador como 10 minutos antes o así y me quedo jugando un rato en lo que me debo de levantar y luego ya estando bien relajado me levanto con más ánimo (risa)... por ejemplo una cosa que he aprendido hace poco, es comenzar por jalárselas y a veces los hago venir y pues así me da más oportunidad de penetrarlos, porque antes, pues luego no se dejaban y sólo hasta que se venían y pues luego me dejaban, así como con ganas, ahora mejor así y me garantizo más placer a mí, que eso es lo importante ¿No?...

Conclusiones

A lo largo de las entrevistas, se indagó sobre las prácticas sexuales de preferencia, gustos, temores, frustraciones y miedos; esto, permitió analizar las formas en cómo han construido su sexualidad, el conocimiento sobre los riesgos de contraer infecciones de transmisión sexual, así como la frecuencia en el uso de métodos y barreras mecánicas para evitar embarazos e infecciones, asimismo, se obtuvo información sobre los métodos de protección y cuidado que conocen y realizan cotidianamente.

En este sentido, resulta interesante encontrar que para todos los entrevistados el uso de barreras mecánicas es conocido como un método eficaz de protección contra enfermedades e infecciones, pero en el relato, su empleo aparece de forma opcional y para casi todos estuvo ausente durante sus primeras prácticas sexuales, asimismo, se observó, como en el estudio de Caballero *et al.* (2016), que independientemente al tipo de práctica o preferencia sexual, hay una disminución de parejas sexuales una vez que conocen su seropositividad. Sin embargo, aunque identifican el diagnóstico y saben las implicaciones,

aceptan que no siempre utilizan condón durante sus prácticas sexuales, por tanto, es importante enfatizar que la indetectabilidad provoca que las personas que viven con VIH no identifican que pueden transmitir el virus.

Por otra parte y en concordancia nuevamente con Caballero *et al.*, (2016), se reconoce que el grupo de hombres homosexuales son los que tuvieron en promedio el mayor número de parejas sexuales, tanto antes como después del diagnóstico sin embargo, no se podría como lo especificó uno de los casos, hablar de promiscuidad¹⁰, puesto que además de constatar que el concepto de promiscuidad sexual es un producto científico moral (e ideológico), también nos demuestra que es “una cuestión de calidad, no de cantidad, una sola relación sexual permite la infección si no se toman medidas para evitarlo. Y, al contrario, es posible tener cientos de relaciones sexuales sin infectarse (siempre y cuando se tomen las medidas adecuadas)” (Guasch, 2006: 85). Si bien, este estudio se realizó con un grupo de personas que cuentan con seguridad social, trabajo estable y con condiciones socioeconómicas estables, sería necesario contrastarlo en grupos con otro tipo de circunstancias.

Asimismo, se observa que varios de los casos aceptaron llevar a cabo prácticas sexuales de alto riesgo antes y después del diagnóstico positivo, esto hace énfasis en las actividades o conductas de riesgo relacionadas con la posibilidad de contraer o transmitir el VIH, por lo tanto nos adherimos a la propuesta de Piña (2004: 23) cuando menciona que: “las actividades o conductas de riesgo consiste en tener relaciones sexuales con múltiples parejas —se trate de parejas estables u ocasionales— y no usar efectiva y consistentemente condón en todas y cada una de sus relaciones sexuales con penetración”.

Por otro lado, encontramos que los conceptos de estigma y rechazo, están íntimamente relacionados con el virus (Barbieri *et al.*, 2005; Kübler-Ross, 1997; Lara y Mateos, 2003; Marzán y Varas, 2001; Orozco-Núñez *et al.*, 2015 y Sontag, 1996), por lo que en general ocultan su diagnóstico a todos los elementos de su entorno social cercano, esto, cobra relevancia pues como especifica Bello *et al.* (2006: 2) “el miedo al rechazo y a la estigmatización dentro del hogar y en la comunidad local, son barreras para que las personas que viven con VIH revelen su seropositividad”, además, encontramos que algunos mantienen en el anonimato sus preferencias sexuales, así, se observó que varios casos refirieron haber vivido situaciones de discriminación, miedo, estigmatización y rechazo, debido a sus gustos, inclinaciones y orientaciones sexuales, así, reconocieron que durante varios años tuvieron que mantenerlo en secreto tanto con sus familiares como con el grupo laboral en el que convivían cotidianamente.

Cabe enfatizar que en su mayoría el estigma cobra sentido ya que se esfuerza por disimular, ocultar o reprimir las preferencias sexuales traduciéndose como una “obligación de mentir a los demás, incluso a los más próximos -a la familia, a los padres-, produce una “tensión intolerable” que no puede por menos de tener efectos profundos sobre la personalidad individual, sobre la subjetividad” (Eribon, 2001:140). “Por consiguiente, decir es hacer. Pero entonces es posible “ser” homosexual, con tal de no decirlo y, por tanto, no dejar que se suponga que se tiene la intención de practicar actos homosexuales” (Eribon, 2001:78), pues el solo hecho de ser “desacreditable” (y de saber que lo es, y de temer que lo “desacrediten”) actúa, en efecto, sobre el consciente y el inconsciente de los individuos como una fuerza de subyugación y de dominación interiorizada, redoblada por la angustia de ser descubiertos y por la autocensura necesaria para no serlo” (Eribon, 2001:97).

En este contexto, consideramos siguiendo a Hsin Yang *et al.* (2007: 14-15) que el estudio del estigma, por medio de los métodos etnográficos, son necesarios ya que “1) muchos tópicos relacionados con el estigma pueden ser evitados inicialmente y sólo surgir con el contacto etnográfico prolongado; 2) los etnógrafos pueden observar aquello que choca con lo afirmado explícitamente por los informantes, y 3) se consideran esenciales las perspectivas de otros informantes clave”.

Asimismo, y retomando a Izazola (1994), Szasz y Lerner (1998) y Viveros (2002), se observó que algunos otros, reconocieron que construyeron su identidad sexual a partir de que sostuvieron prácticas sexuales tanto con hombres como con mujeres en algún momento de la vida. Así podemos concluir como especifica Grimberg (2003) que el VIH-SIDA es una construcción social e histórica compleja que debe ser

¹⁰ En este sentido, Guasch (1993: 117) especifica el término es inválido, puesto que “es una construcción cultural indefinida. No se sabe a partir de qué número de relaciones sexuales la persona puede ser definida como promiscua. En cualquier caso, respecto al SIDA, la noción de promiscuidad es inoperante para prevenirlo, puesto que con una sola relación sexual de riesgo la infección es posible”.

abordada desde múltiples dimensiones de estudio, ya que es un padecimiento que se articula tanto individual como colectivamente; en este contexto, conocer las formas cotidianas de convivencia nos proporciona descripciones sobre las experiencias de vida y, con ello, indagar si existen matices de individualidad frente a la enfermedad.

Asimismo, a lo largo de la investigación observamos lo que especifica Moral (2009) de que los actos masturbatorios tienen mayor frecuencia en los grupos homosexuales (Adolfo, Iván, Fernando, Felipe y Vicente). Los heterosexuales reconocieron mantener este tipo de prácticas de manera furtiva (Caín y Benjamín) debido a la existencia de “un sentimiento de que uno es indigno, la vida es vacía y el cuerpo propio una herramienta inadecuada” (Giddens, 1992: 106), además de que “la masturbación es privada en un modo más profunda y siniestra que otras actividades, incluso las sexuales, que uno no haría en público y por las que podría sentirse perturbado o avergonzado” (Laqueur 2007: 277).

Por otra parte, observamos como en el estudio de Morell *et al.* (2014), que el miedo a transmitir el VIH, conduce a mantener prácticas de masturbación entre las parejas y así evitar riesgos de infección (Iván y Diego). Algunos otros (Fernando) realiza prácticas autoeróticas en baños públicos, una vez que aceptan sus gustos y preferencias sexuales; en este sentido, reconocemos como lo especifican Llamas y Vidarte (1999: 20) que:

“los urinarios son parajes donde se han articulado muchas identidades gays. Espacios periféricos y marginales adonde han sido expulsadas las posibilidades de encuentro y de placer que, en ningún caso (dada la presión de unas sociedades hostiles) podían organizarse entre sujetos, individuos o ciudadanos identificables como tales; con sus nombres, empleos, lugares de residencia, así, muchos gays a lo largo de muchas décadas, se han construido como tales en tanto que usuarios de los urinarios. Los baños, como los vestuarios, son los lugares donde los jóvenes acceden por vez primera a situaciones de intimidad y descubrimiento físico de la escondida anatomía genital de otros jóvenes o adultos”.

Bibliografía

- Aggleton, P., Parker R. y Maluwa M. (2003). *Stigma, Discrimination and HIV/AIDS in Latin America and the Caribbean*, Inter-American Development Bank, Sustainable Development Department Technical Papers Series, Estados Unidos de América, 20 pp.
- Álvarez-Castaño, L. S. (2009). Los determinantes sociales de la salud: más allá de los factores de riesgo, en: *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, vol. 8, núm. 17, junio-diciembre, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia, pp. 69-79
- Álvarez-Gayou, J. L. (1996). *Sexualidad en Pareja*. México, Editorial Manual Moderno.
- Álvarez-Gayou, J. L. (2007). Expresiones Comportamentales de la Sexualidad Una cuestión de contexto, en: *Revista Virtual del Instituto Cognitivo Conductual*, no7, 1- 7pp.
- Banks, Marcus, (2010). *Los datos visuales en investigación cualitativa*. España, Ediciones Morata.
- Barbieri, A.L.; Machado, A. A. & De Castro F., M. A. (2005). Differential study of the beliefs concerning home care and death among relatives caring for patients with HIV/aids and cancer en: *Psicología, saúde e doenças*, vol 6, núm. 2, Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde, Lisboa, Portugal, pp. 157-163.
- Bardi, A., Leyton, C., y Martínez, V. (2003). Masturbación: mitos y realidades. En: *Rev Soc Chil Obstet Ginecol Infant Adolesc*, 10, pp.7-12.
- Bello Pérez, M, Cruz, O. I. G., & Toledo, T. Y. F. (2006). El VIH/SIDA: una dolencia marcada por el estigma y la discriminación. *Medicentro electrónica. Supl 1*, 1- 3-pp en: <http://www.medicentro.sld.cu/index.php/medicentro/article/viewFile/800/812>, última visita, 22 de julio 2019.
- Briongos F., Laisa S.; Bachiller L., P.; Eiros-Bouza, J. M. y Palacios M. T. (2007). Papel del médico de familia en el manejo de la infección por VIH en: *Anales de medicina interna*, vol. 24, núm. 8, Arán Ediciones, España, pp. 399-403.
- Caballero, S., N. P, Estrada, E. R, Chiesa, M. C. I, Terán, G. R, y Rosas, A. R., (2016). Patrón de conductas sexuales antes y después del diagnóstico de vih en población mexicana, en: *Psicología y Salud*; 26(2), 283-293.
- Castells, M. (2001). *La galaxia Internet*. España. Areté.
- Collignon-Goribar, M. M. (2009). Construcción social de la sexualidad y el SIDA en el México contemporáneo en: *Replones*, núm. 60, Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente, Tlaquepaque, Jalisco, pp. 1-15.

- Consejo Nacional de Población (CONAPO) (2000). La situación demográfica en México, disponible en: http://conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/CRPD_2015/Documentos_Relacionados/FBP5/files/assets/basic-html/page75.html
- Delgadillo M., R. (2007). Análisis Procesual del Impacto del VIH/SIDA y su Representación en Personas Seropositivas en: *Psicología Iberoamericana*, vol. 15, núm. 2, Universidad Iberoamericana, Ciudad de México, pp. 30-37, disponible en: <http://www.uia.mx/web/files/publicaciones/ripsic/ripsic15-2.pdf#page=31>
- Eribon, D. (2001). *Reflexiones sobre la cuestión gay*. Barcelona: Anagrama (Colección Argumentos).
- Flick, U. (2004). *Introducción a la investigación cualitativa*, España, Ediciones Morata.
- Flores P., F.; Almanza A., M. y Gómez S. L., A. (2008). Análisis del Impacto del VIH/SIDA en la Familia: Una Aproximación a su Representación Social en: *Psicología Iberoamericana*, vol. 16, núm. 2, Universidad Iberoamericana, Ciudad de México, pp.6-13. En: <http://www.uia.mx/web/files/publicaciones/ripsic/ripsic16-2.pdf#page=7>
- Flores-Sarazúa, Enrique, Borda-Más, Mercedes y Pérez-San Gregorio, María Ángeles (2006). Estrategias de afrontamiento en varones con SIDA, con antecedentes de politoxicomanía y en situación de exclusión social en *International Journal of Clinical and Health Psychology*, vol. 6, núm. 2, Asociación Española de Psicología Conductual, Granada, España, pp. 285-300.
- Glaser, Barney G. y Strauss, Anselm L. (1967). *The Discovery of Grounded Theory: strategies for qualitative research*, Aldine, New York, EUA, 270 pp.
- Geertz, C. (1992). *La interpretación de las culturas*, España, Gedisa.
- Giddens, A. (1992). *La transformación de la intimidad: sexualidad, amor y erotismo en las sociedades modernas*, España, Cátedra.
- Goffman, Erving (1970). *Estigma: la identidad deteriorada*, Buenos Aires, Amorrortu.
- Granados-Cosme, J.A. (2014). Normalización y normatividad de la homosexualidad: Una definición desde el esclarecimiento de las funciones sociales de la medicina en *Salud Problema*, año 8, núm16 (julio-diciembre), Universidad Autónoma Metropolitana-Unidad Xochimilco, Ciudad de México, pp. 88 -102.
- Granados-Cosme, J.A. (2015). Disidencia sexual y derecho a la salud. México diverso entre avances y retrocesos en *Salud Problema*, año 9, núm. 17 (enero-junio), Universidad Autónoma Metropolitana-Unidad Xochimilco, Ciudad de México, pp. 66 -78.
- Grimberg, M. (2003). Narrativas del cuerpo. Experiencia cotidiana y género en personas que viven con VIH en *Cuadernos de antropología social*, núm.17, Universidad de Buenos Aires, Argentina, pp. 77- 99.
- Guasch, O., (1993). Para una sociología de la sexualidad. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*,; No. 64, pp. 105-121. <https://doi.org/10.2307/40183700>
- Hamui Sutton, L. (2011). Las narrativas del padecer: una ventana a la realidad social en Cuicuilco, vol. 18, núm. 52, Instituto Nacional de Antropología e Historia, Ciudad de México, pp. 51-70.
- Herrera, C. y Campero, L. (2002). La vulnerabilidad e invisibilidad de las mujeres ante el VIH/SIDA: constantes y cambios en el tema. en: *Salud Pública de México*; 44(6):554-564.
- Hsin Yang, L., Kleinman, A., Link, B., Phelan, J., Lee, S., Y Good, B. (2007) Cultura y estigma: la experiencia moral. *Este País*,195, pp 4-15.
- Izazola Licea, J.A. ,1994, la bisexualidad en: *Antología de la sexualidad humana*, Vol.1, conapo/Porrúa, México; pp.633-671.
- Juárez-Vílchez, J. P. y Pozo, E. J. (2010) Percepciones sobre comportamientos sexuales de riesgo en personas que viven con VIH/SIDA y reciben tratamiento antirretroviral en Piura, Perú. en: *Rev. perú. med. exp. salud pública*, vol.27, n.1, pp. 31-37. <https://doi.org/10.1590/S1726-46342010000100006>
- Kaztman, R. (2000). *Notas sobre la medición de la vulnerabilidad social* en: BID-Banco Mundial-CEPAL- IDEC, 5° Taller Regional. La medición de la pobreza: métodos y aplicaciones (continuación), Aguascalientes, 6 al 8 de junio de 2000, Santiago de Chile, CEPAL, p. 275-301, LC/R.2026.
- Kübler-Ross, E. (1997). *AIDS: The Ultimate Challenge*, United Kingdom, Touchstone Editors.
- Landarroitajuregi Garai, J. (2008). A propósito de Kinsey: Seis décadas de informe en: *Anuario de Sexología* No10, Asociación Estatal de Profesionales de la Sexología, pp 11. 57, España.
- Laqueur, Thomas W. (2007). *Sexo Solitario. Una historia cultural de la masturbación*, México, FCE.
- Lara y Mateos, R.M. (2003). Padecimiento y estilo de vida estigmatizados: el caso de algunos hombres que tienen sexo con hombres (HSH). Seropositivos de escasos recursos del puerto de Veracruz, *Tesis de doctorado en antropología social*, ENAH, México.
- Magis-Rodríguez, C. y Del Río Chiriboga, C. (2000). Epidemiología del VIH y del SIDA en México, en: Samuel Ponce de León y Rangel Frausto, Sigfrido (coords.), en: *SIDA aspectos clínicos y terapéuticos*, México, Mc Graw-Hill, Interamericana.
- Martínez, Ramírez F. A.; Villaseñor Farías, M. y Celis de la Rosa, A. (2001). El condón masculino y su eficacia. Información y creencias en adolescentes escolares en: *Revista Médica del IMSS*, vol. 40, núm, 1, Ciudad de México, pp. 35-41.

- Marzán Rodríguez, M., y Varas Díaz, N. (2001). Las dificultades de sentir: el rol de las emociones en la estigmatización del VIH/SIDA en: *In Forum, qualitative social research/Forum, Qualitative Sozialforschung*, vol.7, núm. 4, NIH Public Access, EUA, pp1-17.
- McDougall, J. (2005). *Las mil y una caras de eros. La sexualidad humana en busca de soluciones*, Barcelona, Paidós.
- 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 en: *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, vol. 16, núm. 33 (julio-diciembre), Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia, pp. 19-34
- Moral de la Rubia, J. (2009). Conducta homosexual en estudiantes universitarios y aspectos diferenciales de género. La ventana. en: *Revista de estudios de género*, 3(29).206-235.
- 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 en: *Liminar*, vol. 12, núm. 2, Centro de Estudios Superiores de México y Centroamérica de la Universidad de Ciencias y Artes de Chiapas, San Cristóbal de las Casas, México, pp. 46-66. <https://doi.org/10.29043/liminar.v12i2.341>
- 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 en: *Desacatos*, núm. 35 (enero-abril), Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, Ciudad de México, pp.13-28.
- Oliva Linares, J. E.; Bosch Salgado, C.; Carballo Martínez, R. y Fernández-Britto Rodríguez, J. E. (2001). El consentimiento informado, una necesidad de la investigación clínica en seres humanos en: *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*, vol. 20, núm.2, Editorial Ciencias Médicas, La Habana, Cuba, pp. 150-158.
- ONUSIDA (2021). Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida. Disponible en: <http://www.unaids.org/es/resources/campaigns/HowAIDSchangedeverything/factsheet> Consultado el 3 de abril 2019.
- Orozco-Núñez E.; Alcalde-Rabanal, J. E.; Ruiz-Larios, J. A., Sucilla-Pérez, H. y García-Cerde, R. (2015). Mapeo político de la discriminación y homofobia asociadas con la epidemia de VIH en México en: *Salud Pública de México*, 57 (supl 2), Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, México, pp. S190-S196. <https://doi.org/10.21149/spm.v57s2.7608>
- Pérez-Jiménez, D., Montalvo, A. E., y Aponte, M. D. C. C. (2010). Desarrollo de una intervención grupal para la prevención del VIH en parejas heterosexuales. en: *Revista puertorriqueña de psicología*, 21, 7.
- Piña López, J. A., (2004). Eventos disposicionales que probabilizan la práctica de conductas de riesgo para el vih/sida. *Anales de psicología*, vol. 20, no 1, p. 23-32.
- Reis, R. K. & Gir, E. (2010). Living with the difference: the impact of serodiscordance on the affective and sexual life of HIV/AIDS patients en: *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, vol. 44, núm, 3, Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, Brasil, pp. 759-765. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342010000300030>
- Shernoff, M. (2006). Condomless sex: gay men, bare- backing, and harm reduction en: *Journal of Social Work*, vol. 51, núm. 2, NASW Press, Oxford University, USA, pp. 106-113. <https://doi.org/10.1093/sw/51.2.106>
- Sontag, S. (1996). *La enfermedad y sus metáforas y El Sida y sus metáforas*, Madrid, Taurus.
- Szasz I. y Lerner S. (comp).(1998). *Sexualidades en México. Algunas aproximaciones desde la perspectiva de las ciencias sociales*, México, El Colegio de México. <https://doi.org/10.2307/j.ctvhn0bgv>
- Taylor, S. J. y Bogdan, R. (1996). *La entrevista en profundidad en Introducción a los métodos cualitativos de investigación*, México, Paidós.
- Tobón, B. A. y García Peña, J.J. (2019). Perfil emocional de las personas con VIH en: *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, vol. 22, núm. 2, FES-Iztacala, UNAM, México, pp.1024-1046.
- Varguillas, C.S. y Ribot de Flores, S. (2007). Implicaciones conceptuales y metodológicas en la aplicación de la entrevista en profundidad en: *Laurus*, vol. 13, núm. 023, Universidad Pedagógica Experimental Libertador, Caracas, Venezuela, pp. 249- 262.
- Vidal, F. (2002). Sexualidad y Modernidad en Chile: Una Relación Espúrea, en: *Cuerpo y sexualidad*. Vidal, F., & Donoso, C. (editores) Universidad ARCIS, FLACSO, Chile 13-27pp.
- Viveros, M. (2002). *De quebradores y cumplidores: Sobre hombres, masculinidades y relaciones de género en Colombia*. Bogotá, Centro de Estudios Sociales, Facultad de Ciencias Humanas, Universidad Nacional de Colombia.
- Zapata-Garibay, R., González-Fagoaga, J. E. y Rangel-Gómez, M.G. (2014). Mortalidad por VIH/SIDA en la frontera norte de México: niveles y tendencias recientes en: *Papeles de población*, vol. 20, núm. 79, Universidad Autónoma del Estado de México, Centro de Investigación y Estudios Avanzados de la Población, Toluca, Estado de México, pp. 39-71.