



---

**Universidad de Quintana Roo**  
DIVISIÓN DE CIENCIAS SOCIALES ECONÓMICO  
ADMINISTRATIVA

**“Título: Vivir con VIH: Experiencia y Subjetividad, entre población heterosexual de CAPACITS, Chetumal, Q. Roo.”**

Tesis para optar por el grado de  
**Licenciatura en Antropología Social.**

Presenta

**Marcos Manuel Méndez González**

Director

**Dra. Eliana Cárdenas Méndez**

Chetumal, Quintana Roo, México Noviembre de 2015.





# Universidad de Quintana Roo

DIVISIÓN DE CIENCIAS SOCIALES ECONÓMICO  
ADMINISTRATIVA

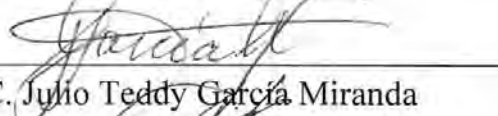
Tesis elaborada bajo la supervisión del comité de asesoría y  
aprobada como requisito parcial, para obtener el grado de:

## Licenciatura en Antropología Social

Comité:

Asesor: 

Dra. Eliana Cárdenas Méndez

Asesor: 

M.C. Julio Teddy García Miranda

Asesor: 

Dr. Yuri Harkin Balam Ramos

Chetumal, Quintana Roo, México, Noviembre de 2015.



## ÍNDICE

Agradecimientos	
Introducción	1
Capítulo 1	
Antecedentes	
1.1.-Desarrollo de la construcción simbólica del paciente con VIH en un marco contextual global.	3
1.2.-Desarrollo de la construcción simbólica del paciente con VIH en un marco contextual Local.	5
1.3.-Marco Contextual	8
1.4.-Objetivos	10
1.4.1.- Objetivo General	10
1.4.2.- Objetivos Específicos	10
1.5.- Justificación	10
1.6.- Hipótesis	11
1.7.- Planteamiento del problema.	12
Capítulo 2	15
2.1.-Marco Teórico.	15
2.1.1.- Concepto de Cultura	15
2.2.- Origen del VIH/SIDA, Historia Ortodoxa	20
2.3.-Origen del VIH/SIDA, Historia Disidente	23

Capítulo 3.	41
3.1.-Metodología	41
3.1.1.-Metodología Cualitativa	41
3.1.2.-La entrevista.	41
3.1.3.-La Observación Participante	41
3.1.4.-El Diario de Campo	42
3.1.5.--Historias de Vida	42
3.2.-Desarrollo de la construcción simbólica del paciente con VIH en un marco contextual global.	42
3.3-Desarrollo de la construcción simbólica del paciente con VIH en un marco contextual nacional.	49
3.4-Desarrollo de la construcción simbólica del paciente con VIH en un marco contextual local.	65
3.5- Descripción del lugar y su estructura orgánica para atender este objetivo.	68
Capítulo 4:	
4.1.-Los Resultados de la Investigación.	68
4.1.1.- Descripción del lugar y su estructura orgánica para atender este objetivo.	68
4.1.2.-Responsable Jurisdiccional del Programa para la Prevención y el Control del VIH/SIDA e ITS.	71
4.1.3.-"Responsable del CAPASITS.	74
4.1.4.-Área de atención médica	78
4.1.5.- Área de Enfermería	84
4.1.6.- Área de Psicología	91
4.1.7.- Área de Trabajo Social	94
4.1.8.-"Laboratorio clínico.	97

4.1.9.-Farmacia	99
4.1.10.-Apoyo administrativo.	100
4.1.11.-Apoyo Secretarial.	101
	102
Bibliografía	105
Anexos 1	109
Anexo 2	114
Anexo 3	116
Anexo 4	117

## **Agradecimientos**

A Mónica

Por todo el amor que me brinda a través de su apoyo para salir adelante sin ella nunca lo hubiera logrado.

A la Dra. Eliana Cárdenas Méndez, por enseñarme con su gran profesionalismo académico que nada esta perdido.

A los Grupos:

Por haber conocido a dios a través de estos grandiosos grupos.



## Introducción

La presente investigación se desarrollará Unidades Médicas de Especialidades de Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención en SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual (UNEME CAPACITS) del Hospital General, el cual da atención a sus usuarios en la modalidad de seguro popular (los cuales no cuentan con IMSS, ISSSTE o SEDENA).

El módulo CAPACITS se encarga de dar atención; médica, psicológica y social a aproximadamente 76 pacientes con VIH/SIDA, hepatitis entre otras enfermedades de transmisión sexual.

Es importante saber que el VIH/SIDA ha sido un problema de salud pública, desde hace tres décadas y que las cifras van en aumento, la Secretaría de Salud a tomado medidas, creando programas como UNEME CAPACITS, el cual se encarga de dar información para la atención y prevención a esta epidemia, como medida de seguridad para evitar la propagación.

Hago la aclaración que este trabajo servirá resaltar la percepción del sujeto de estudio, así como el de su entorno social, referente a la enfermedad.

Para elaborar este trabajo se utilizó el método cualitativo con la ayuda de técnicas como: Las entrevistas, el diario de campo, la evidencia grafica por medio de videocámara y cámara fotográfica, Todo lo anterior con el objeto de recabar información y conocer la construcción de la enfermedad. La observación participante. Esta herramienta fue de gran utilidad para conocer exactamente qué es lo que realiza el paciente y trabajadores de la salud y compararlo con lo que dicen que hacen en el enfrentamiento con esta enfermedad.

En el capítulo 1 redacto la etiología de la el VIH/SIDA, desde la perspectiva ortodoxo la cual menciona que el SIDA es originado por el VIH, el cual es contraído por intercambio de fluidos, agujas infectadas y de la madre al hijo. Sin



embargo contemplo la teoría disidente la cual tiene dos vertientes, por un lado nos expone que el SIDA es originada por agentes estresantes: físicos, mentales, nutricionales, químicos y biológicos. Y la otra vertiente menciona que el VIH como retrovirus no origina el SIDA, sin embargo los medicamentos que se suministran para el tratamiento de esta enfermedad sí. De igual manera cito investigaciones realizadas sobre el tema tanto del área local, nacional y mundial.

En el segundo capítulo, lleve a cabo una recopilación de conceptos con el objeto de que identificar y entender el contexto de este trabajo.

En el tercer capítulo me dedique al desarrollo del tema partiendo desde todo lo referencial a la construcción de esta enfermedad en el interpretación global, nacional y finalmente en el UNEME CAPASITS.

## Capítulo 1

### 1.1.- Antecedentes: “Desarrollo de la construcción simbólica del paciente con VIH en un marco contextual global.”

En el campo de la medicina existen dos teorías relativas para explicar la génesis, detección y el tratamiento del VIH/SIDA, una es la ortodoxa la cual la han adoptado los organismos nacionales e internacionales como la Organización Mundial de la Salud la cual menciona que: “El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) infecta a las células del sistema inmunitario, alterando o anulando su función. La infección produce un deterioro progresivo del sistema inmunitario, con la consiguiente "inmunodeficiencia". Se considera que el sistema inmunitario es deficiente cuando deja de poder cumplir su función de lucha contra las infecciones y enfermedades. El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) es un término que se aplica a los estadios más avanzados de la infección por VIH y se define por la presencia de alguna de las más de 20 infecciones oportunistas o de cánceres relacionados con el VIH.

El VIH puede transmitirse por las relaciones sexuales vaginales, anales u orales con una persona infectada, la transfusión de sangre contaminada o el uso compartido de agujas, jeringuillas u otros instrumentos punzantes. Asimismo, puede transmitirse de la madre al hijo durante el embarazo, el parto y la lactancia.<sup>1</sup>

La segunda teoría es la llamada negacionista o disidente; la cual tiene dos vertientes la primera menciona que el Virus de Inmunodeficiencias Adquirida (VIH) según Christine Maggiore que es el término utilizado para describir a alguien que ha resultado positivo a los anticuerpos que se presume fueron producidos en respuesta al VIH y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA); es resultar VIH positivo y enfrentar el criterio de un diagnóstico de SIDA, desde una simple infección por levaduras hasta cáncer terminal. Sin embargo ella menciona que “No existe ninguna prueba de que el VIH cause el SIDA. De hecho, todas las

---

<sup>1</sup> [http://www.who.int/topics/hiv\\_aids/es/](http://www.who.int/topics/hiv_aids/es/)

evidencias epidemiológicas y microbiológicas reunidas, demuestran, sin lugar a dudas, que el VIH no puede causar el SIDA o ninguna otra enfermedad. El concepto de que el SIDA es causado por un virus no es un hecho, sino una creencia dada a conocer durante una conferencia de prensa en 1984 por el doctor Roberto Gallo, un investigador al servicio de los Institutos Nacionales de Salud (NIH).”

Como segunda vertiente el Dr. Roberto Giraldo Roberto Giraldo afirma que “el VIH no cumple los requisitos epidemiológicos para cuásar el SIDA ya que existen más de cinco mil casos de síndrome que son seronegativos, es decir reaccionan negativamente en las pruebas para VIH, a pesar de estar sufriendo SIDA o lo que los ortodoxos le llaman Linfocitopenia ideopatica de células T CD4. Por otro lado existen en la actualidad más de 40 millones de personas en el mundo que están absolutamente sanas y que nunca desarrollan el síndrome a pesar de ser seropositivas en las pruebas para VIH (Duesberg 1989, 1991, 1993, 1996a; Giraldo 1995b-d Alfonso 1996b)

Giraldo menciona que el SIDA es el máximo estado de deterioro que el sistema inmune pueda alcanzar, ya que si el proceso patogénico del SIDA no se suspende, éste eventualmente acabará con la vida del individuo.

En la actualidad el sistema inmune de todas las personas es retado por el incremento mundial de agentes inmunológicos. Sin embargo, la diversidad y la intensidad de estos factores de riesgo, o agentes etiológicos del SIDA, cambia de persona a persona.

El Virólogo Francés, Luc Montagnier realizo un estudio entre los años 1981- 1984, en donde redacta como realizó el aislamiento, purificación, cultivo y toma de la evidencia gráfica del virus del VIH/SIDA, en el plasma y en los linfocitos T (tomada de pacientes homosexuales y toxicómanos provenientes de San Francisco Estados Unidos y Francia), basada en sus notas tomadas del “cuaderno rojo”, de sus investigaciones que realizó en el Instituto Pasteur de Francia, Montagnier menciona que el virus apareció en África por las crisis políticas, económicas

aunado a los desastres naturales como las sequias, que atravesó el continente, el resultado fue el cultivar, aislar, fotografiar y reproducir el VIH/SIDA.

### **1.2-Desarrollo de la construcción simbólica del paciente con VIH en un marco contextual nacional.**

Entre el 2008 y 2009 la Maestra en Ciencias Sociales Aplicadas: Ana Paulina Gutiérrez Martínez, Realizó un estudio con las mujeres transgénero, (que nacen con cuerpo de hombre pero que se identifican con el género femenino) en la Asociación Civil Tumben Kin, de la Ciudad de Chetumal. Estudiando construcción de los imaginarios sobre el SIDA y todos los elementos que dan sentido a este padecimiento con hechos socioculturales (como: la sexualidad, el cuerpo, la identidad genérica, entre otros.). Lo anterior lo hace con el objeto de buscar estrategias de prevención para el VIH/SIDA.

Dando los siguientes resultados:

- Detecta que las Políticas Públicas (vincular a dependencias como SEA, IMSS, ISSSTE, IQM para dar capacitación y asesoría a los transgenero.) orillan a los considerados anormales a vivir vulnerables, al riesgo de infección por VIH, discriminación, estigma, pobreza y negación del acceso a los empleos (Prostitución como alternativa laboral.) y a los servicios como la educación.
- El sistema patriarcal jerarquiza y orilla a los considerados inferiores a vivir en marginalidad. (Por no ser consideradas como “normales”).
- El grupo de estudio en algún momento de su vida decidió asumir la transgresión de las normas (naturales y sociales). Desde pequeños entendieron que merecían castigo como: rechazo, aislamiento, violencia, SIDA.
- Considerar a los transgenero un grupo independiente de los HSH.

Por otra parte ella propone tres imaginarios el primero; Imaginario de la mujer ideal: Tiene ciertas tareas específicas y debe respeto a su marido. Las mujeres transgénero persiguen ese ideal. (Propone estrategias deben ir enfocadas a la capacitación y habilidades de las mujeres transgenero como sujetos de difusión de la salud.)

Imaginario Culpa/Castigo:

Imaginario del SIDA como innombrable.

Se vincula con la promiscuidad y los comportamientos de los anormales, traen como consecuencia la culpa y castigo asociados al contagio de VIH y al padecimiento del VIH. Se consideran a sí mismas merecedoras del rechazo de los otros y en determinado momento por la infección de VIH/SIDA y la muerte.

Asimismo Christine Maggiore siendo la Directora de la Asociación Civil Vivos y con Bienestar, entre los años 1992-1996, en los Ángeles California realiza un trabajo donde cuestionó el paradigma del VIH=SIDA=Muerte, basado en el creciente conjunto de datos científicos, médicos y epidemiológicos y promueve la toma de conciencia de los hechos que reafirman la vida en las personas diagnosticadas VIH positivas.

Discute desde la génesis en África, hasta los tratamientos, sistemas de salud de los Estados Unidos, el enriquecimiento de las industrias farmacéuticas, pruebas de detección de anticuerpos, promueve las terapias alternativas el resultado es que todo lo que se ha escrito de la Teoría VIH/SIDA es falso; respaldándose con científicos reconocidos a nivel mundial como Kary Mullis, Estefan Lanka, Eleni Papadopulos, Roberto Giraldo entre otros.

Mario Bronfman, Rene Leyva y Mirka Negroni en 1999 estudiaron los contextos de vulnerabilidad que inciden en la transmisión del VIH/SIDA en la región fronteriza de Chetumal, Quintana Roo, Río hondo y Zona libre de Belice

La población con la que se trabajo fueron locales, móviles y migrantes y los resultados obtenidos fueron los siguientes grupos vulnerables:

- Trabajadores agrícolas de la región del Río Hondo
- Los jóvenes Beliceños (que se vinculan al consumo de alcohol y al comercio sexual).
- La población local que se traslada con fines laborales a zonas de alta prevalencia de ITS/VIH/SIDA (Cancún y Cozumel)
- Las trabajadoras del sexo comercial.

Así como:

- Las condiciones de los trabajadores agrícolas de Río Hondo favorecen el riesgo a enfermedades gastrointestinales, ITS, embarazos de alto riesgo, y accidentes de trabajo propios de la zafra.
- El trabajo sexual en espacios clandestinos favorece la transmisión del VIH/SIDA debido a la falta de control sanitario, obteniendo un control sanitario fragmentado dando a lugar a un proceso de segregación gremial en donde se suscitan dos rangos; las trabajadoras reguladas y las no reguladas. Ambos grupos sólo utilizan condón con los clientes que consideran alejados de su vida emocional.
- Las agencias de gobierno en Chetumal no responden a las necesidades de control y prevención del VIH/SIDA: “Indicadores” en el registro de la incidencia y prevalencia de casos, detección con pruebas confirmatorias (pruebas de Western Blot) y la atención a pacientes con VIH/SIDA.

Harvey Bialy, nos expone una visión sobre los orígenes del cáncer y del SIDA tomado de los trabajos del biólogo molecular Peter Duesberg donde nos expone como los medios de comunicación y los establecimientos científicos, han distorsionado la información.

Este trabajo lo realizaron en la Universidad de Berkeley California partiendo de las investigaciones tempranas de Duesberg con los retrovirus como posibles causas del cáncer.

Los resultados fueron que el VIH existe como retrovirus pero es inofensivo y no causa el SIDA.

### **1.3.- Marco Contextual**

Chetumal se sitúa en el municipio de Othón P. Blanco, en el sureste del estado de Quintana Roo. Es una Ciudad Fronteriza donde se asienta la sede de los poderes Ejecutivos, Legislativos y Judicial, por lo que no sólo se trata de una estación de paso, sino de un espacio político de impacto regional ya que es capital del Estado.

Fue creada a partir de un proyecto de poblamiento dirigido, lo que ha hecho de Chetumal una localidad multiétnica con una economía terciaria centrada en el comercio y en la administración pública. Dichos fenómenos hacen la estación de paso más importante de la península de Yucatán.

Chetumal cuenta con aproximadamente unos 122 647 habitantes.

Es un espacio de gestión administrativa y política. No se trata de un polo turístico o comercial sino de un ámbito urbano en donde predomina la administración pública.

Uno de los aspectos más relevantes es que la ciudad funciona como un nodo articulador de circuitos de población móvil nacional e internacional como un puente entre el norte del estado y el norte de Centroamérica.

Como resultado del tratado de libre comercio con América del Norte (TLCAN) Chetumal pierde el estatus de zona libre y tiene como impacto este fenómeno la

creación de la zona libre de Belice, esta coyuntura impacta en la pérdida de empleos ya que Chetumal fue tributaria del comercio de importación.<sup>2</sup>

No obstante a raíz de la construcción de la Plaza de las Américas y de la consiguiente migración de empleados de todos los puntos del país y sus familias. Chetumal continúa creciendo, ya que se están abriendo nuevos comercios tanto formales como informales. Los precios de los bienes raíces se han disparado y continuamente se construyen viviendas para albergar a una creciente población proveniente de otros lugares de la República.

Actualmente, la Ciudad de Chetumal es el punto de encuentro de grupos poblacionales que se dirigen a Belice o que atraviesan la Riviera del Río Hondo para llegar a la Ciudad de Cancún, fuerte foco de atracción turística y de fuerza de trabajo, junto con lo que comercialmente se ha denominado la Riviera Maya.

Además de las rutas que tienen como destino Cancún y la Riviera Maya, en especial Playa del Carmen, en Chetumal pueden observarse grupos de personas de Belice en busca de alimenticios y diversión. También hay circuitos de movilidad de trabajadores el más importante es el de la zona cañera.

Chetumal se asienta en una región intercultural donde convergen presencias étnicas y ciudadanas con vulnerabilidades, propósitos, prácticas y estrategias de movilidad diversificadas. Por las características de su vulnerabilidad y con base en los aspectos culturales y económicos que impulsan los motivos de sus desplazamientos, sobresalen cuatro grupos: los trabajadores agrícolas del Río Hondo, los ciudadanos de Belice, la población local y los trabajadores en bares, los cuales se encuentran con cierta vulnerabilidad sobre el VIH/SIDA u otras infecciones de transmisión sexual.

En donde los pacientes son atendidos en cualquiera de los 5 hospitales y uno con atención especializada.

---

<sup>2</sup>Bronfman Mario, Leyva René, Negroni Mirka; "Contextos de Vulnerabilidad en México y Centroamérica" Primera edición 2004. Instituto Nacional de Salud Pública, página 251 y 252.



Uno de los 5 hospitales es el Hospital General, el cual da atención a sus usuarios en la modalidad de seguro popular (los cuales no cuentan con IMSS, ISSSTE o SEDENA) cuenta con un modulo llamado (Centros Ambulatorios de Prevención y Atención en SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual) CAPACITS el cual se encarga de dar atención; médica, psicológica y social a pacientes con VIH/SIDA, hepatitis entre otras enfermedades de transmisión sexual.

#### **1.4.- Objetivos**

##### **1.4.1.- Objetivo General**

Captar la construcción (como se va construyendo simbólica la enfermedad del VIH/SIDA en los pacientes.) de la enfermedad en el paciente con VIH/SIDA. (En este punto es saber cómo influye el estatus y factor social en el paciente tomando como referencia a la familia, grupo de amigos, colegas del trabajo y personas allegadas.)

##### **1.4.2.- Objetivo Especifico**

Identificar la interpretación subjetiva del paciente sobre la enfermedad.

Conocer su diario vivir sobre la enfermedad.

#### **1.5.-Justificación**

La presente investigación es de gran importancia para conocer el tipo de información y como se proporciona a los pacientes con VIH/SIDA, ya que suele suceder que el discurso utilizado es muy técnico e inadaptado y con un lenguaje inaccesible a la mayoría de los usuarios. Esto provoca un abandono en el tratamiento o la utilización de terapias alternativas, como fuente alterna para enfrentar la enfermedad.

Es importante mencionar que la enfermedad se construye de manera individual y colectiva, tomando como punto de partida el argumento que cada paciente obtenga.

Esta investigación contribuiría al diseño de campañas con información accesible a los pacientes y población en general, para la prevención de la propagación ya que actualmente las cifras de infecciones del VIH/SIDA han ido en aumento en la Ciudad de Chetumal.

De igual manera, permitirá la sociabilización y tratamiento que permita romper el tabú de esta enfermedad, utilizando las tecnologías de la información comunicación, se podrán crear foros, chats y páginas de consulta, para una apertura ideológica y modificar el compartimiento de sus experiencias.

Asimismo servirá como antecedente de esta línea de investigación relativa a la Antología Social orientado a Ciencias de la Salud en la Ciudad de Chetumal.

## **1.6.-Hipótesis**

Es importante predecir algunos resultados, con el objeto de tener alguna respuesta a nuestras interrogantes al término de esta investigación, por lo que a continuación relaciono algunas vertientes:

El imaginario colectivo de la población en general considera El VIH/SIDA como un castigo divino, en donde el individuo es el único responsable de su condición.

En la concepción social entre la comunidad heterosexual atendida en CAPACITS, considera de alto riesgo las relaciones interpersonales como: besos, saludos y abrazos, para la transmisión del VIH/SIDA.

Aun se sigue considerando que la transmisión de virus es enfermedad exclusivamente de homosexuales que se les transmite a los heterosexuales que “se portan mal”.

Existe un pequeño grupo de personas con determinadas ideologías (cristianos, budistas, médicos naturistas entre otras) que considera que el VIH/SIDA, es curable.

Pensamos que no es lo mismo la experiencia de vivir con VIH/SIDA, en la enfermedad que confina al enfermo que lo convierte en proscrito pues modifica la percepción y transforma la experiencia de vida de los sujetos.

### **1.7.-Planteamiento del problema.**

En esta indagación quisiera conocer como el paciente con VIH/SIDA maneja el discurso medico para concebir el VIH/SIDA en la dimensión de lo oficial o disidente y como empieza a construir la enfermedad en su ser.

Considero la importancia de esta investigación ya que la enfermedad tiene una interpretación individual y colectiva partiendo del respaldo de información y económico con el que cuenta cada paciente.

Es considerable mencionar que los pacientes con una solvencia económica, acceden a los mejores tratamientos médicos o utilizan terapias alternativas para fortalecer el tratamiento.

De igual manera conocer si los pacientes con poca solvencia económica acceden a remedios tradicionales o caseros para apoyar el tratamiento que brinda la unidad UNEME CAPACITIS del Hospital General.

- ¿El discurso de la concepción del SIDA en la dimensión de lo oficial o disidente determina el periodo de vida del paciente y el tratamiento?
- ¿El acceso diferencial a los sistemas médicos por parte de los pacientes en función de su clase social se relaciona con el tipo de discurso y tratamiento que se aplica?

- ¿Cómo determina la subjetividad del paciente frente a la enfermedad para su mejorar se calidad de vida?
- ¿Según la experiencia de los pacientes con VIH/SIDA, lo que se menciona por las campañas de VIH/ SIDA es real?



## Capítulo 2

### 2.1.- Marco Teórico

#### 2.1.1.-Concepto de Cultura

Es importante señalar que la cultura según Clifford Geertz es un conjunto actividades simbólicas, es una representación de las expresiones individuales y colectivas de los seres humanos inmersos en una misma sociedad, por lo que comparten similitudes y también diferencias, pero en este caso las similitudes son más generales y representativas al grado de generar lazos sociales tan fuertes que sirven para identificar un tipo de sociedad de otra, o en otros niveles, grupos sociales de otros, o individuos de otros que pueden o no estar inmersos en la misma sociedad, así como pueden o no estar en un mismo tiempo y espacio, por ejemplo los nacionalismos, cada país tiene sus símbolos y códigos propios que los identifican de otros, basados en su historia o aspectos más representativos, que pueden ser desde la bandera, himno nacional o idioma incluso el acento en su habla.<sup>3</sup>

Por otra parte Taylor menciona que Cultura: es un todo completo que incluye el conocimiento, creencias, arte moral leyes y costumbres. Así como cualquier otra habilidad o hábito adquiridos por el hombre miembro de una sociedad.

Con los párrafos anteriores se puede entender que la creación de una identidad cultural dependerá, del lugar y condiciones, para desarrollarse y que esta es de vital importancia ya que como seres sociables nos debemos a esta en cuanto a nuestra forma de sentir, pensar y actuar; por lo cual resulta ser de gran relevancia para el tema de las ciencias antropológicas aplicadas a la salud.

De igual manera Charles Taylor en su libro “Imaginario Sociales Modernos” menciona que un “imaginario porque: 1.- se refiere a la forma en que las personas corrientes “imaginan” su entorno social, algo que no se expresa en términos

---

<sup>3</sup> <http://conceptualdelacultura.blogspot.mx/2008/12/clifford-geertz-y-su-vision-sobre-la.html>

teóricos, sino que se manifiesta a través de imágenes, historias y leyendas. Por el 2.- A menudo la teoría es el coto privado de una pequeña minoría, mientras que lo interesante del imaginario social es que lo comparten amplios grupos de personas, si no la sociedad en su conjunto. Todo lo cual nos lleva a la tercera diferencia 3.- el imaginario social es la concepción colectiva que hace posibles las prácticas comunes y un sentimiento ampliamente compartido de legitimidad.”<sup>4</sup>

Asimismo podemos citar a Berger L. Peter y Lukmann Tomas, “en el desarrollo de su teoría Berger y Luckmann utilizan un contraste no del todo nuevo pero no por eso poco fecundo, que es aquél entre la significación subjetiva del individuo y las estructuras sociales de la sociedad. Con eso quieren decir que por un lado el individuo adquiere la realidad que por otro lado está producido por todos los individuos.”<sup>5</sup> En donde uno de los fundamentos base para esta conceptualización es la afirmación que: “La sexualidad y la nutrición se canalizan en direcciones específicas, socialmente más que biológicamente, y esta canalización no solo impone límites a esas actividades, sino que afecta directamente las funciones del organismo. Así pues, el individuo exitosamente socializado es incapaz de funcionar sexualmente con un objeto sexual "impropio" y tal vez vomite cuando se le ofrece un alimento "impropio". Como ya hemos visto, la canalización social de actividades constituye la esencia de la institucionalización, que es el fundamento para la construcción social de la realidad. Por ello, puede decirse que la realidad social determina no solo la actividad y la conciencia, sino también, en gran medida, el funcionamiento del organismo.”<sup>6</sup> Con este hecho el organismo depende de lo socialmente establecido para funcionar, algo como “la sociedad te enferma y en ella está la cura”, con ello muchas veces se ha demostrado que el individuo es curado o sanado dependiendo con qué actitud enfrentas determinada situación. Como lo afirma Víctor Frankl “al hombre se le puede arrebatar todo salvo una cosa: la última de las libertades humanas –la elección de la actitud ante un

---

<sup>4</sup> Taylor Charles, Imaginarios Sociales y Modernos, Paidós Básica, Impreso en Barcelona, Página 37 y 38.

<sup>5</sup> <http://books.google.com.mx/books?id=ZgQhbCOWOLwC&printsec=frontcover&dq=construcci%C3%B3n+social+de+la+realidad&hl=es-419&sa=X&ei=AqNQUuXMJYX08ATa54CIDw&ved=0CD4Q6AEwAw#v=onepage&q=construcci%C3%B3n%20social%20de%20la%20realidad&f=false>

<sup>6</sup> Berger L. Peter y Lukmann Tomas, La Construcción Social de la Realidad, Amorrotou editores, decimoséptima impresión 2001, Impresa en Argentina. Página 226.

conjunto de circunstancias- para decidir su propio camino”<sup>7</sup> partiendo de que Víctor Frankl lo hizo Auschwitz, vivía el holocausto en la II Guerra Mundial aun sintiendo el peso del grupo social en el que estaba envuelto (prisioneros sometidos a largas horas laborales, cansadas y desmoralizados) logró sobrevivir ante dicho suceso.

Con lo anterior se puede inferir depende del grupo social y las circunstancias, es el escenario donde tienes que actuar, en donde la educación, el trabajo y la familia juegan un papel muy importante como mecanismos diseñados para la sociabilización e integración de personas, ya que les enseña cómo y de qué forma comportarse en una región, trabajo o grupo familiar.

Considero importante mencionar como se concreto la conceptualización de la familia como primer grupo o instrumento sociabilizador y según Friedrich Engels como se llegó a la concepción actual. “Por tanto, la evolución de la familia en los tiempos prehistóricos consiste en una constante reducción del círculo en cuyo seno prevalece la comunidad conyugal entre los dos sexos, círculo que en su origen abarcaba la tribu entera. La exclusión progresiva, primero de los parientes cercanos, después de los lejanos y, finalmente, de las personas meramente vinculadas por alianza, hace imposible en la práctica todo matrimonio por grupos; en último término no queda sino la pareja, unida por vínculos frágiles aún, esa molécula con cuya disociación concluye el matrimonio en general. Esto prueba cuán poco tiene que ver el origen de la monogamia con el amor sexual individual, en la actual concepción de la palabra. Aun prueba mejor lo dicho la práctica de todos los pueblos que se hallan en este estado de desarrollo. Mientras que en las anteriores formas de la familia los hombres nunca pasaban apuros para encontrar mujeres, antes bien tenían más de las que les hacían falta, ahora las mujeres escaseaban y había que buscarlas.”<sup>8</sup> Friedrich Engels realiza un análisis de los

---

<sup>7</sup> Frankl E. Viktor, El Hombre en Busca de Sentido, Barcelona Editorial Herder 1991, Página 40.

<sup>8</sup> Engels Friedrich, El Origen de la Familia, la Propiedad Privada y el Estado, Biblioteca Virtual Espartaco (2000).



trabajos de Lewis Henry Morgan para entender cómo se formó la familia partiendo de las tres épocas principales: salvajismo, barbarie, civilización.

Derivado de la conceptualización anterior se infiere que “la familia es el elemento natural y fundamental de la sociedad y tiene derecho a la protección de la sociedad y del Estado”, (artículo 16.3 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, diciembre de 1948)

La OMS define familia como "los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio. El grado de parentesco utilizado para determinar los límites de la familia dependerá de los usos a los que se destinen los datos y, por lo tanto, no puede definirse con precisión en escala mundial." Otras definiciones: “Un grupo unido por vínculos de consanguinidad, filiación (biológica o adoptiva) y de alianza, incluyendo las uniones de hecho cuando estas son estables..... La familia es el resultado de una experiencia y de una alianza entre géneros. Requiere para su constitución, del encuentro y de la relación entre un hombre y una mujer que quieren unir su vínculo mediante el afecto entre ellos o hacia los hijos que surgen de su relación”<sup>9</sup> con todo lo anterior estoy de acuerdo con la concepción de Jhon Bradshaw el cual menciona “La manera que tenemos de percibir la realidad se origina a partir de nuestras primeras relaciones personales; el bebé se asume como parte del mundo antes de diferenciarse y asumirse como un ente separado. El concepto del “yo” proviene del “nosotros”, y nuestra individualidad proviene del contexto social en el que vivimos. Esto es fundamental para entender la nueva teoría de la familia como sistema.”<sup>10</sup>

Con ello podemos mencionar que el individuo es el resultado de un núcleo familiar, este, equipado con información y formas esto es reafirmado por Alba Payas

---

<sup>9</sup> <http://psiquiatria.facmed.unam.mx/doctos/descargas/4.1%20CICLO%20VITAL%20DE%20LA%20FAMILIA.pdf>

<sup>10</sup> Bradshaw Jhon, La Familia, Editorial Selector, Impreso en México, Página 58

Puigarnau “a través de las relaciones con lo que es externo es como creamos nuestro mundo interno. Cada vez que nos comunicamos o entramos en conexión con lo de fuera, generamos sentimientos, pensamiento, fantasías, deseos y esperanzas. El mundo interno que creamos con este material está dentro de nuestra piel y es la respuesta a las múltiples interacciones con la que nos rodea, sean personas o cosas.”<sup>11</sup>

Adopto la postura anterior con la que cada ser humano tiene una determinada reacción antes algún suceso como la aparición del VIH/SIDA. Como en algún momento lo saber Reinaldo Arenas cuando fue diagnosticado como seropositivo comentando que: “No he hablado mucho del SIDA. No puedo hacerlo, no sé qué es. Nadie lo sabe realmente. He visitado decenas de médicos y para todos es un enigma. Se atienden las enfermedades relativas al SIDA. Pero el SIDA parece más bien un secreto de Estado. Sí puedo asegurar que, de ser una enfermedad, no es una enfermedad al estilo de todas las conocidas. Las enfermedades son producto de la naturaleza y, por lo tanto, como todo lo natural no es perfecto, se pueden combatir y hasta eliminar. El SIDA es un mal perfecto porque está fuera de la naturaleza humana y su función es acabar con el ser humanos de la manera más cruel y sistemática posible. Realmente jamás se ha conocido una calamidad tan invulnerable. Esta perfección diabólica es la que hace pensar a veces en la posibilidad de la mano del hombre. Los gobernantes del mundo entero la clase reaccionaria siempre en el poder y los poderosos bajo cualquier sistema, tienen que sentirse muy contentos con el SIDA pues gran parte de la población marginal que no aspira más que a vivir y por lo tanto, es enemiga de todo dogma e hipocresía política, desaparecerá con esta calamidad.”<sup>12</sup>

---

<sup>11</sup> Payas Puigarnau Alba, Las Tareas Del Duelo, Paidós Iberica, Impreso en México en 2010, Página 16.

<sup>12</sup> Arenas Reinaldo, Antes que Anochezca, Colección Andanzas, Impreso en México en 1992, Página 15.

## **2.2.- Origen del VIH/SIDA, Historia Ortodoxa**

Es así como damos inicio al tema con el científico Luc Montagnier quien declara: “el SIDA apareció en África en el momento en este continente atravesaba ya varias crisis, que se han agravado aún más. En el curso de los últimos treinta años, tras un periodo de desarrollo económico, las dificultades crecientes acarrearón una pauperización de las sociedades africanas y debilitaron el tejido social y familiar, corroyendo las estructuras básicas de las mismas. Las migraciones y la internalización de la cultura han significado un atentado contra la tradición, que representaba hasta entonces un papel estabilizador. Además, desde el acceso a la independencia, numerosos países, como Uganda, Angola, Mozambique, Etiopia, vivieron crisis políticas que los han debilitado y empobrecido. A esto se añaden desde finales de los años setenta crisis económicas vinculadas a la caída de los precios, mundiales de las materias primas como el cacahuate o el café y calamidades naturales como la sequía en el Sahel.

Todas han estado en el origen de desplazamientos de población o acrecentaron las dificultades que han contribuido todavía más a desestabilizar los sistemas tradicionales. El vagabundeo, la inseguridad explican también el estado precario de salud de importantes franjas de la población, lo que crea de esta forma un terreno favorable al desarrollo de las epidemias infecciosas crónicas. La propagación de enfermedades sexualmente transmisibles, tanto más cuanto que están asociados con úlceras genitales vinculadas con el chancro blando, con la sífilis o con el herpes que provocan la ruptura de la protección cutánea o mucosas y favorecen la infección por VIH.

El desarrollo de las comunicaciones entre las diferentes regiones de África, a través de los grandes ejes de comunicación, originó grandes desigualdades: las capitales y las ciudades de paso se convirtieron en almacenes de virus. Tienen las

tasas de contaminación más elevadas y más antiguas. Por ejemplo es el caso de Abidjan, Dujumbura, Kigali, Bangui y Lyanlorde. Los campos circundantes están menos afectados, salvo cuando mantienen relaciones continuas con esas zonas urbanas.

Por que las poblaciones más expuestas son aquellas que se desplazan: los transportistas, los camioneros, los militares, los trabajadores estacionales, los comerciantes y todas las demás personas que mantienen contacto con ellos, en particular las prostitutas.

A menudo la tasa de seropositivos<sup>13</sup> aumenta a medida que nos acercamos a la ciudad. Pero no se puede generalizar. Cada ciudad su historia, su desarrollo económico, sus costumbres, su religión así como variables que influyen en el comportamiento de sus habitantes, en el avance de la seropositividad y que dificultan toda la generalización. Así Lagos. Dar es-Salaam y Dakar resulta en proporción menos infectados que otras capitales.

Añadamos que la concentración del contagio en las ciudades resulta tanto más inquietante cuanto que, paradójicamente, ese continente, que es el menos urbanizado, ostenta la mayor tasa de crecimiento demográfico urbano. La población urbana del África negra, estimada en un 2.5% en 1920 y trece por ciento en 1960, ha alcanzado el treinta por ciento en 1988. Son las ciudades más grandes y las mejor equipadas las que, entre los años sesenta y ochenta, más han atraído a las poblaciones en busca de empleo. Estas ciudades, por lo general fuera de las regiones islámicas, ven llegar hombres jóvenes solteros y desarraigados, que proceden de los campos.

Más recientemente, mujeres sin preparación vinieron también a buscar trabajo a la ciudad. Sin recursos propios, algunas han trabajado como prostitutas, a falta de otra alternativa. Estas migraciones con largos periodos de separación tuvieron un

---

<sup>13</sup> Para fines prácticos, ser seropositivo quiere decir tener el virus en el organismo pero aun no ha desarrollado problemas de deficiencia inmunológica, y VIH ó estadio I significa que ha tenido ya inicio de problemas con su inmunidad, es decir diarreas, problemas respiratorios repetitivos, infecciones en alguna parte del organismo. (Dra. Wilma Molina Bermúdez)

papel desestabilizador sobre la estructura familiar y contribuyeron al desarrollo de la prostitución y de las enfermedades sexualmente transmisibles mucho antes de la aparición de la epidemia del SIDA. Además, los emigrantes que regresan de la ciudad propagan las infecciones en el campo.”<sup>14</sup>

Montagnier menciona que “el SIDA es de origen vírico. Su gravedad deriva del hecho de que el agente infeccioso que lo causa es un retrovirus que afecta sobre todo a las células del sistema inmunitario. Enfermedad crónica, su evolución es en general lenta: en poco más de la mitad de los casos transcurren diez años entre la contaminación y el momento en que el paciente, que hasta entonces no presentaba ningún signo clínico desarrolla la enfermedad en el intervalo, es “seropositivo”.

Las partículas víricas tienen la forma de pequeñas esferas y cada una lleva ochenta puntas pequeñas y redondas en forma gancho. Cada gancho contiene varias moléculas de una gran proteína, 2 la gp 120<sup>15</sup>, que presenta una afinidad muy acusada con los receptores específicos de los linfocitos T4 (o CD4). Asociados a proteínas más pequeñas transmembrarias, denominadas gp41, las moléculas de gp 120 permiten, después de la adhesión inicial de virus a la célula, la fusión de la envoltura del virus con la membrana de la célula y así el paso de los constituyentes internos del virus al interior de la célula. Es probable que esa fusión dependa de un cambio de estructura de la gp 120, relacionado éste con una fijación de una de sus partes a otro receptor de la superficie de la célula.”

El científico Luc Montagnier declara en el trabajo que hizo en el Instituto Pasteur de Francia “que en el desarrollo de la enfermedad cada persona tiene su propia historia y que la evolución resulta larga en general: tras la infección por el VIH transcurre una media de diez años antes de que se manifiesten signos clínicos y biológicos. La cual comprende varias etapas bien definidas en donde la primera es la infección, posteriormente la fase silenciosa y por último la enfermedad clínica.

---

<sup>14</sup> Montagnier Luc, *De los Virus y De los Hombres*, Editorial Océano, Impreso en México en 1997, página, 262-264.

<sup>15</sup> Proteína superficial gp120 (SU) o gp120 es una *glicoproteína* que forma parte de la envoltura del *Virus de Inmunodeficiencia Humana* (VIH). Es producida por proteólisis de la poliproteína gp160 por proteasas de la célula huésped. Fuente : <http://es.cyclopaedia.net/wiki/Gp120>.

Asimismo menciona que en cierto número de casos, la contaminación se traduce en una infección aguda cuyas manifestaciones son aparentemente triviales y que dura de algunos días a algunas semanas. La reacción del organismo a esa primera infección es, tal y como se sabe hoy en día, determinante para la evolución de la infección. A continuación tiene lugar una fase intermedia, silenciosa, que puede durar varios años sin síntomas clínicos. Después, con el paso del tiempo, aparecen anomalías biológicas menores que se amplían poco a poco, ese periodo era considerado hace años como una fase de latencia: se suponía que el virus dormía en las células que había infectado. Hoy en día se sabe que continúa estando activo y que se multiplica en ciertas células. Finalmente, el sistema inmunitario se ve gravemente perturbado y no realiza sus funciones; aparecen enfermedades oportunistas, como ciertos cánceres. Se trata entonces del SIDA.”<sup>16</sup>

### **2.3.-Origen del VIH/SIDA, Historia Disidente**

Por otra parte Roberto Giraldo explica que: “Coincidentalmente en distintos y distantes lugares de la tierra en la segunda mitad del siglo XX, en un momento en que el sistema inmune de las personas, al igual que otros sistemas corporales, se encuentra ya saturado por las exposiciones a gran variedad de agentes estresantes de origen químico, físico, biológico, mental y nutricional. En una persona con SIDA el sistema inmune está devastado y ha colapsado.

Las capacidades y las posibilidades del sistema inmune no son infalibles ni infinitas (ellas tienen límites). El SIDA es el máximo estado de deterioro que el sistema inmune pueda alcanzar, ya que si el proceso patogénico del SIDA no se suspende, éste eventualmente acabará con la vida del individuo.

En la actualidad el sistema inmune de todas las personas es retado por el incremento mundial de agentes inmunológicos. Sin embargo, la diversidad y la

---

<sup>16</sup> Montagnier Luc, *De los Virus y De los Hombres*, Editorial Océano, Impreso en México en 1997, Pag. 99

intensidad de estos factores de riesgo, o agentes etiológicos del SIDA, cambia de persona a persona. Esta es la razón fundamental por lo cual la frecuencia del SIDA no es homogénea en todas partes ni en todos los países y es también la razón para la existencia de la variedad de las manifestaciones clínicas del SIDA en los diferentes grupos de personas con riesgo de desarrollarlo.

Si los estresantes inmunológicos continúan aumentando en número y cantidad y si se expanden hacia nuevos grupos sociales, como muy probablemente sucederá, el número de personas con riesgo de desarrollar el SIDA se incrementará. Lógicamente, esto depende de la diversidad, el tipo y la cantidad de los estresantes, la ruta de exposición, la duración y la dosis, así como la susceptibilidad del individuo.

El factor de riesgo más importante para la génesis del SIDA en los países desarrollados es la epidemia actual de abuso de drogas psicoactivas. De otro lado, el factor de riesgo más importante para la génesis del SIDA en los países subdesarrollados es la pobreza con todas sus consecuencias: malnutrición, malas condiciones sanitarias, infecciones y parásitos, falta de esperanza de una vida mejor, las cuales han alcanzado niveles extremadamente altos y sin precedente en las últimas décadas.

Puede y debe entenderse el SIDA como un síndrome que se manifiesta por una variedad de infecciones oportunistas, tumores y enfermedades metabólicas que aparecen en forma simultánea, causadas por las graves y en muchos casos irreversibles alteraciones del sistema inmune en su conjunto. Estas alteraciones son secundarias a las exposiciones múltiples, repetidas y crónicas a agentes estresantes de origen químico, físico, biológico, mental y nutricional, los cuales actúan como inmunosupresores, pues generan efectos inmunotóxicos, inmunogénicos o ambos, a causa de un exceso de radicales libres, principalmente agentes oxidantes. Todos los demás sistemas corporales sufren también las consecuencias de la exposición a los agentes estresantes.

El entender el SIDA como un síndrome tóxico y nutricional permite que sea tratado y prevenido en forma afectiva. De acuerdo a los siguientes:<sup>17</sup>

Roberto Giraldo en su libro *Agentes Estresantes* lo siguiente:

**“Estresantes químicos:** existe un aumento del número de sustancias que pueden alterar el funcionamiento de sistema inmunológico. Su presencia se está incrementando permanentemente en el hogar, en el trabajo, en la comunidad y en el medio ambiente, los medicamentos son una fuente significativa de estresantes inmunológicos como los siguientes: antibióticos, antivirales, antiparasitarios; tranquilizantes, antipsicóticos, antiepilépticos, antiparkinsonianos y anestésicos; antihipertensivos, antianginosos y antiarritmicos; medicamentos gastrointestinales; antitiroideos y hormonas sexuales, incluyendo los contraceptivos orales; antialérgicos, broncodilatadores, anticoagulantes, expansores del plasma, factores de coagulación e inhibidores de la agregación plaquetaria, antiinflamatorios no esteroides, corticosteroides, antiartricos y medicinas para la gota; también en las medicinas inmunosupresoras e inmunomoduladoras como los antitumorales y los medicamentos para evitar el rechazo de trasplantes.

Muchos de los contaminantes ambientales provenientes de la industria química son fuente importante de anomalías de activación, proliferación y diferenciación de los linfocitos, de la producción y actividad de las citoquinas, de la producción de anticuerpos. También se han encontrado propiedades inmunotóxicas prácticamente en todas las sustancias químicas a las cuales se les han hecho pruebas para tal efecto en cada uno de los siguientes grupos: metales pesados, pesticidas, hidrocarburos, alifáticos y aromáticos, alcoholes, fenoles y derivados, contaminantes de aire, gases producidos por diferentes motores, dióxido de nitrógeno, ozono, ácido sulfúrico y preservativos de alimentos.

Desde finales del siglo XIX y comienzos del XX se han estado documentando los efectos adversos del alcohol y las drogas psicoactivas sobre diferentes

---

<sup>17</sup> Giraldo Roberto, *SIDA y Agentes Estresantes*, Editorial Universidad del Antioquia Colombia, Pag. 47 y 48



propiedades del sistema inmunológico. Muchas evidencias demuestran la gran inmunotoxicidad del tabaco, el alcohol, la marihuana, la cocaína, la heroína, los nitritos de amilo y butilo, las anfetaminas, las cualonas y otras drogas similares. Inclusive la metadona, frecuentemente utilizada para el tratamiento de la drogadicción, es también un potente inmunosupresor.

En las personas adictas a las drogas psicotrópicas se han encontrado alteraciones de diferentes parámetros inmunológicos, primordialmente disminución de linfocitos CD4, inversión de la relación CD4/CD8, aumento de complejos inmunes circulantes e hiperinmunoglobina. También se conocen los efectos nocivos para el sistema inmunológico del feto del uso de drogas durante el embarazo.”<sup>18</sup>

En septiembre del 2010 visite una farmacia del Huixquilucan, en donde se vi, un oficio que indicaba que a partir de esa fecha los antibióticos se venderían con receta médica, lo que me hizo recordar los argumentos del Dr. Roberto Giraldo, en su discurso impartido en las oficinas de MONARCAS México en el 2007, donde menciono sobre el abuso descontrolado de los antibióticos y las consecuencias que tendrían.

**“Estresantes Físicos:** una creciente muestra cómo diferentes tipos de estresantes físicos pueden causar daños significativos al sistema inmunológico. Por ejemplo las radiaciones ionizantes, se sabe que los linfocitos son mucho más radiosensibles que los marófangos que las células plasmáticas. Hay una relación directamente proporcional entre las alteraciones de las células inmunocompetentes y la cantidad de radiación que las victimas de radiaciones ionizantes mueren con mucha frecuencia de infecciones.

Se ha implicado la radiación ultravioleta en inmunodeficiencias locales y sistemáticas se sabe que la exposición a ella produce disminución en los recuentos de linfocitos CD4 e inversión de la relación CD4/CD8. Este tipo de radiación disminuye además los niveles de enzimas antioxidantes de la piel a la

---

<sup>18</sup> Giraldo Roberto, *SIDA y Agentes Estresantes*, Editorial Universidad del Antioquia Colombia, Pag. 24-27

vez que aumenta los de hidroperóxidos grasos. La exposición a la luz ultravioleta también disminuye los niveles de carotenos del plasma, conocidos como potentes antioxidantes. De otro lado, se conoce que los betacarotenos de la dieta pueden prevenir las alteraciones inmunológicas inducidas por radiaciones ultravioleta.

Se ha encontrado que la exposición a radiaciones no ionizantes como los campos electromagnéticos, la luz visible, las radiofrecuencias y microondas, los láseres, las radiaciones de frecuencia baja y extremadamente baja, incrementan el riesgo de enfermedades degenerativas y de ciertos cánceres. Las enfermedades relacionadas con este tipo de estresantes físicos apenas se comienzan a estudiar pero ya se han publicado libros sobre este problema de salud pública.

Se han encontrado conexiones entre estresantes físicos como la vibración, el calor y la altura y enfermedades degenerativas en las cuales el sistema inmunológico tiene un papel protector importante, se ha visto, además que existe una relación entre la ocupación del astronauta y varias alteraciones funcionales de los linfocitos y otros leucocitos.

Algunos investigadores han advertido que exposiciones previas a radiaciones son un factor de riesgo importante para el desarrollo del SIDA.

Varias investigaciones muestran claramente que los diferentes estresantes físicos, tan frecuentes oyen el ecosistema humano, infligen daños celulares y metabólicos mediante mecanismos de oxidorreducción por medio de radicales libres.”<sup>19</sup>

Lo primero que se viene en mente es el accidente nuclear de “Chernobyl (Ucrania) ocurrido durante la noche del 25 al 26 de abril de 1986 fue clasificado como nivel 7 (“accidente nuclear grave”) en la Escala Internacional de Sucesos Nucleares (Escala INES) del OIEA, es decir, el accidente de peores consecuencias ambientales, y que sirve como referencia para proyectar y controlar los dispositivos y sistemas de protección de las instalaciones nucleares.

---

<sup>19</sup> Giraldo Roberto, *SIDA y Agentes Estresantes*, Editorial Universidad del Antioquia Colombia, Pag. 27-29

Para determinar los efectos de la radiación sobre la salud de las personas, la Organización Mundial de la Salud desarrolló el IPHECA (Programa Internacional sobre los Efectos en la Salud del Accidente de Chernobyl), de modo que pudieran investigarse las posibles consecuencias sanitarias del accidente.

- 237 personas mostraron síntomas del Síndrome de Irradiación Aguda (SIA), confirmándose el diagnóstico en 134 casos. 31 personas fallecieron durante el accidente, de las cuales, 28 (bomberos y operarios) fueron víctimas de la elevada dosis de radioactividad, y 3 por otras causas. Después de esta fase aguda, 14 personas más han fallecido en los diez años posteriores al accidente.
- Entre 600.000 y 800.000 personas (trabajadores especializados, voluntarios, bomberos, militares y otros) llamadas liquidadores, encargadas de las tareas de control y limpieza, fallecidas en distintos períodos.
- 565 casos de cáncer de tiroides en niños fundamentalmente (de edades comprendidas entre 0 y 14 años) y en algunos adultos, que vivían en las zonas más contaminadas (208 en Ucrania, 333 en Bielorrusia y 24 en la Federación Rusa), de los cuales, 10 casos han resultado mortales debido a la radiación.”<sup>20</sup>

Cabe mencionar la experiencia de la paciente heterosexual de 45 años diagnosticada con hipotiroidismo, la cual menciona que: “tenía que viajar a la Ciudad de Mérida, por mi tratamiento cada viaje me sale en tres mil pesos, después de eso el doctor me dijo que tenía que tomar iodo, solo era un bacito, el cual me lo dieron en la Clínica de Mérida, después de eso el doctor me dijo que tenía que aislarme de las personas, ya que podía dañarles por la radiación que genera este medicamento, me comentó que me tenía que alejar de las mujeres embarazadas y los niños, con el objeto de no hacerles ningún daño en su organismo así que si viajaba en camión de regreso a Chetumal, tenía que hacerlo

---

<sup>20</sup> [http://energia-nuclear.net/accidentes\\_nucleares/chernobyl.html](http://energia-nuclear.net/accidentes_nucleares/chernobyl.html)

hasta el fondo del camión. Inclusive me dijo el doctor que si me tomaba una foto en la noche no necesitaría flash de la cámara, ya que me iba a ver iluminada por la radiación. Y que tenía que aislarme por lo menos un mes, es por ello que viaje a una casa que tengo en un pueblo donde estuve con mi esposo. Ahora ya me siento mucho mejor que antes. Solo que tengo que tomar una vez al mes un medicamento llamado Levotiroxina<sup>21</sup>”

Los ejemplos anteriores son con el objeto de demostrar los efectos secundarios de las radiaciones ya sean provocadas por accidentes y la ocasionadas con un fin medico, que sin embargo no dejan de tener cierto impacto en los pacientes. La respuesta ante determinados hechos por parte de la círculos sociales sobre todo en los estratos bajos de las sociedad en donde no se hace esperar una respuesta ante una situación como se menciona con el producto de “Omnilife” llamado “Armonizador Omnilife el cual es un dispositivo único que contiene una aleación de metales en forma de espiral y un código energético realmente eficiente, que elimina hasta 98 por ciento de esta radiación, armonizando las frecuencias de onda emitidas... En celulares e inalámbricos, laptops, hornos de microondas, reproductores mp3, televisores y aparatos electrónicos que utilizas diariamente.” Como dice el eslogan “cuida tu salud”, mediante la eliminación de la radiación, es importante este el tema en general del cual se conoce muy poco y el impacto que genera en el organismo de las personas.

**“Estresantes Biológicos:** una gran variedad de estresantes de origen biológico puede causar inmunodeficiencia. Por ejemplo, se sabe que el semen humano posee propiedades inmunogénicas capaces de inducir un estímulo crónico del sistema inmunológico con una subsiguiente inmunosupresión. El mismo efecto se ha comprobado en animales de experimentación. Se ha propuesto que el

---

<sup>21</sup> **Levotiroxina**, Es una hormona tiroidea, se usa para tratar el hipotiroidismo, una afección en la que la glándula tiroidea no produce dicha hormona en cantidades suficientes. Sin esta hormona, el organismo no puede funcionar con normalidad y eso significa falta de crecimiento, lentitud al hablar, falta de energía, aumento de peso, caída del cabello, resequedad y engrosamiento de la piel, y mayor sensibilidad al frío. Cuando se toma correctamente, la levotiroxina revierte estos síntomas. La levotiroxina se usa también para tratar el hipotiroidismo congénito (cretinismo) y el bocio (agrandamiento de la glándula tiroidea). <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/druginfo/meds/a682461-es.html>.

mecanismo íntimo causal de este fenómeno es una autoinmunidad linfocitoxica. Debe recordarse que las relaciones anales pasivas, conocidas también como inseminaciones rectales. Han sido reconocidas como un factor de alto riesgo para el SIDA aun en individuos VIH negativos.

Se conocen también las propiedades inmunosupresoras de la sangre total y de muchos de sus componentes. Estas propiedades han sido de utilidad en medicina de trasplantes. Es importante recordar que en varias oportunidades se ha propuesto que las anormalidades inmunológicas frecuentes en personas con hemofilia, son secundarias a las propiedades inmunogénicas de las proteínas extrañas de la sangre total y del factor VIII comercial. Se sabe además que las alteraciones inmunológicas de los pacientes con hemofilia son directamente proporcionales a la cantidad de terapia recibida durante sus vidas. También es importante anotar que se ha descrito muchas veces un estado de inmunodeficiencia en individuos con hemofilia que son VIH negativos. De otro lado, no se ha encontrado inmunodeficiencia en pacientes con hemofilia tratados con factor VIII purificado (Goedert et al 1985; Serementis et al 1993; Gjerset et al 1994). Estos hechos son parte de las bases para proponer la *hipótesis de las proteínas extrañas* en el SIDA que ocurre en personas con hemofilia.

Los estados de inmunodeficiencia relacionados con enfermedades infecciosas son particularmente interesantes. Se sabe, por ejemplo que cierto grado de inmunodeficiencia local o sistémica en el huésped es un requisito previo para que cualquier agente infeccioso pueda desarrollar su potencial patogénico (Peterson 1984; Campa et al 1993; Osterholm y Hedberg 1995). Además un estados de inmunosupresión de diferente duración y cuantía, especialmente de la inmunidad celular, se general en el curso de las enfermedades infecciosas (Williams et al. 1983; Playfair 1993; Ware y Kline 1996), especialmente en las intracelulares como gonorrea, listeriosis, legionelosis, brucelosis, infecciones por *Chlmydia Yersinia, Mucoplasma y Rickettsia*, en salmonelosis, tularemia y en todas las enfermedades virales (Specter et al. 1989; Ivanyi 1993; Dogerty 1996; Warew y Kline 1996). Un

estado de inmunodeficiencia en la regla en las infecciones con organismos polinmunogénicos que transcurren con formación de granulomas, tales como infecciones por espiroquetas –sífilis, bejel, frambesia y carate-; micobacterias – tuberculosis, lepra-; hongos –esporotricosis, cromomicosis, histoplasmosis, blastomicosis, coccidioidomicosis, paracoccidioidomicosis, criptococosis, aspergilosis, mucornicosis, candidiasis y aun en dermatomicosis- ; protozos toxoplasmosis; helmintos –cisticercosis, hidatidosis, filariasis, esquistosimiasis- infecciones con platelmintos, toxocariasis y algunas helmintiasis intestinales.”<sup>22</sup>

En el mundo contemporáneo se conocen las enfermedades hereditarias, inclusive que se pueden transmitir por brechas generacionales como la diabetes, tiroides, hipertensión o las deficiencias vitamínicas, ya es reconocido que las madres al embarazarse se les suministra vitaminas y minerales, dentro de los cuales es importante el ácido fólico y hierro, con ello se entiende que se prepara al cuerpo de la madre, para que de ella, se pueda formar otro cuerpo. Con ello podemos entender que la madre transmite al feto las herramientas necesarias para defenderse contra el mundo, esto también incluye las deficiencias biológicas que la madre tiene, las cuales conformaran parte del legado del nuevo ser.

**“Estresantes Mentales:** Desde los tiempos de Galeno 200 a.c. ha sido del dominio público que la mente puede influenciar el cuerpo (Holden 1978), particularmente en asuntos relacionados con el sistema inmunológico (Solomon y Moos 1964; Rasmussen 1969). Se han descrito alteraciones inmunológicas en personas que se encuentran bajo diversas circunstancias de estrés psicosocial. Por ejemplo; la ansiedad y la depresión disminuyen el recuento y las funciones de los linfocitos (Linn et al 1984). Se ha observado que el estrés académico disminuye la actividad de las células asesinas y la producción de interferon (Glaser et al 1986). La separación de los seres queridos induce una disminución en la proliferación linfocitaria como respuesta a mitógenos así como la actividad de las células asesinas (Irwin et al 1987). El estrés mental altera seriamente la capacidad

---

<sup>22</sup> Giraldo Roberto, *SIDA y Agentes Estresantes*, Editorial Universidad del Antioquia Colombia, Pag. 29-30

de reparación del ADN por parte de los linfocitos (Kiecolt-Glaser et al 1985). Abundan las evidencias en el mismo sentido (Janovic et al 1987; Pierpaoli y Spector 1988; Ader et al 1991; Glaser y Kiecolt-Glaser 1994).

Los mecanismos íntimos por medio de los cuales el estrés mental causa inmunodeficiencia se han venido aclarando en las últimas décadas (Solomon y Moos 1964; Meyer 1966; Locke et al. 1978; NIMH, National Institute Of Mental Health 1985; Goetzl 1985; Janovic et al 1987; Raine 1988; Pierpaoli y Spector 1988; Justice 1988; Ader et al 1991; Stein y Miller 1993)

Los principales cambios durante una respuesta a situaciones de estrés mental ocurren en el eje de hipotálamo-pituitario-suprarrenales (Blalock 1984; Ganong 1988). Durante la respuesta a la ansiedad, la depresión o el pánico hay activación de ciertos neurotransmisores como norpinefrina, acetilcolina, ácido gaba -aminobutírico -GABA- y serotonina en el hipotálamo (Gold et al 1988). Este último aumenta entonces la síntesis y liberación del factor liberador de corticotropina, el cual estimula la secreción de adrenocorticotropina -ACTH- por la pituitaria (Gold et al 1988). A su turno, la ACTH estimula la producción suprarrenal de corticosteroides y catecolamina (Ganong 1988). Se sabe que los corticosteroides de origen endógeno regulan los recuentos y las funciones de los linfocitos. Por ejemplo el incremento endógeno de cortisol producido durante la respuesta al estrés induce linfocitopenia (Abo et al 1981). Por otro lado, los corticosteroides incrementan los niveles séricos de adenilciclase -AMP cíclico-. Se ha demostrado que los niveles normales de esta sustancia estimulan la diferenciación de linfocitos inmaduros, pero si tales niveles están elevados, inhiben la maduración y diferenciación linfocitarias. Tanto en personas normales como en individuos neuróticos la adenilciclase sérica aumenta durante la respuesta al estrés mental (Okada et al 1983). Se sabe además que la adenilciclase antagoniza a la interleucina 2, citoquinas que tiene un papel crítico en la activación y diferenciación de los linfocitos. Las catecolaminas que se liberan durante la respuesta al estrés también incrementan los niveles de adenilciclase. Por último, se ha demostrado que las endorfinas y encefalinas que libera la pituitaria durante la

respuesta al estrés también son inmunomoduladores importantes. Generalizando, se podría afirmar que las endorfinas disminuyen las funciones de los linfocitos mientras que las encefalinas las incrementan.”<sup>23</sup>

Como ejemplos podemos citar a Alfredo Tecla que a su vez cita a Marx mencionando que “El trabajo mecánico agrede de la manera más intensa al sistema nervioso, y a la vez reprime el juego multilateral de los músculos y confisca toda actividad libre.”<sup>24</sup> Es bien sabido que hoy en día muchas personas son diagnosticadas como hipertensas, esquizofrénicas o con depresiones agudas por cargas laborales o personales. Con este hecho se da por entendido que los seres humanos dependen de estímulos mentales positivos para mantener una vida equilibrada, es decir encontrarse en ambientes que no generen estrés u otras reacciones. En lo que acertadamente Martí Tusquets José Luís menciona que: “... podemos entrar en una nueva revolución psiquiátrica que hoy en día empieza a dar cuenta de enfermedades biológicas cerebrales como la esquizofrenia, la depresión, la enfermedad bipolar y multitud de formas clínicas de las enfermedades heredodegenerativas, cerebrovasculares y postraumáticas.”<sup>25</sup>

Como respuesta social ante este tipo de fenómenos existen organizaciones civiles anónimas, las cuales mediante la ayuda mutua, se apoyan para salir de las llamadas enfermedades mentales y emocionales como son: depresiones, ansiedades, estrés laboral, ideas suicidas y homicidas, entre otras, de estas asociaciones podemos citar a Neuróticos Anónimos, Alcohólicos Anónimos, Codependientes Anónimos, entre otras. Las cuales se crearon obedecen a las necesidades sociales ya que no te exigen cuotas, ni honorarios y tienen la flexibilidad de asistir y compartir sus experiencias, si el nuevo integrante lo considera necesario.

---

<sup>23</sup> Giraldo Roberto, *SIDA y Agentes Estresantes*, Editorial Universidad del Antioquia Colombia, Pag. 30-31

<sup>24</sup> Tecla Jiménez Alfredo, *Enfermedad y Clase Obrera*, Instituto Politécnico Nacional, Escuela de Enfermería y Obstetricia, Sección de Investigación, México, Junio de 1982, Página 33

<sup>25</sup> Martí Tusquets José Luís, *De la Enfermedad a la Fábula*, Editorial Anthropos, Impreso en España, 2004, Página 68 y 69.



**“Estresantes Nutricionales:** A mediados del siglo XIX ya existían estudios que mostraban los efectos nocivos de la desnutrición sobre los órganos linfoides (Simon 1845). El tejido linfoide es particularmente vulnerable a los efectos dañinos de la desnutrición, de tal manera que se atrofia (Chandra 1993).

Se sabe que la división de las células es una característica muy singular del funcionamiento de las células inmunocompetentes (Paul 1999). Todas las células inmunes y sus productos, tales como interleuquinas, interferones y complemento, dependen de procesos metabólicos que requieren varios nutrientes como cofactores críticos para la división celular y para sus actividades y acciones (Chandra 1993). La gran mayoría de los mecanismos de la defensa del huésped se alteran en los síndromes de desnutrición proteico-calórico, al igual que durante las deficiencias de vitaminas y de minerales traza (Bendich y Chandra 1990).

Los pacientes con desnutrición proteico-calórica muestran una disminución significativa de la sensibilidad cutánea retardada, poca proliferación linfocitaria en respuesta a mitógenos, baja síntesis de ADN en los linfocitos, disminución del número de los linfocitos formadores de rosetes, alteración de la maduración linfocitaria reflejada en un incremento de la actividad de la desoxirribonucleotiltransferasa, disminución del factor tímico, menor cantidad de linfocitos CD4, inversión de la relación CD4/CD8, alteración de la producción de interferón gamma e interleuquina 2 y de la actividad del complemento – especialmente disminución de C3, C5, factor B y actividad hemolítica total- poca respuesta secundaria de anticuerpos a ciertos antígenos, disminución de la afinidad de los anticuerpos, alteración de la respuesta de inmunoglobina. A secretora y disfunciones Fagocitarias.

La desnutrición humana generalmente es un síndrome compuesto por múltiples deficiencias. Sin embargo, se presentan carencias aisladas de micronutrientes. Por ejemplo, la deficiencia de la vitamina A se traduce en disminución de peso del timo y de la proliferación linfocítica, alteraciones de las células asesinas y los macrófagos y aumento de la adherencia bacteriana a las células epiteliales

(Chandra 1981). La de la vitamina B6 produce fallas de varios componentes de la respuesta inmune humoral y celular. La vitamina C altera la fagocitosis y causa disminución de todas las reacciones inmunes mediadas por células. La vitamina E también altera las respuestas inmunológicas. El déficit del Zinc genera atrofia linfóide, reduce las actividades linfocíticas y la respuestas a la sensibilidad cutánea retardada. La de cobre y selenio altera varias funciones de los linfocitos T y B. Las deficiencias en la dieta de ciertos aminoácidos como glutamina y arginina también producen alteraciones inmunológicas. Hay además mucha documentación que vincula el exceso en la ingestión de grasa con alteraciones inmunológicas. Además, es importante recordar que la desnutrición intrauterina causa inmunosupresión prolongada o permanente.

De otro lado, en el ámbito molecular, el daño de las células y reacciones inmunocompetentes, secundario a diferentes deficiencias nutricionales –de vitaminas A, C, y E, zinc, cobre y selenio- es causado por el incremento de radicales libres que causan estrés oxidativo (Sies 1991; Chandra 1993; Bendich 1994). El potencial del daño infligido por radicales libres depende en gran medida del nivel de ácidos grasos potencialmente oxidables de la dieta. Se sabe que las dietas ricas en estos ácidos son muy inmunosupresores. Las grasas de la dieta pueden sufrir oxidación mediada por radicales libres aun antes de la ingestión, como ocurre en los alimentos que se fríen. En consecuencia, los animales de experimentación alimentados con grasas oxidadas muestran graves atrofas del timo y disfunciones de los linfocitos.”<sup>26</sup>

Se ha comprobado que “la enfermedad del hambre” es el terreno propicio donde germinan otras enfermedades de carácter infeccioso como “la tuberculosis”, el tifus abdominal, el tifus exantemático, la disentería y también la trombosis venosa que junto con la desnutrición llevan al paciente a una muerte segura.”<sup>27</sup>

---

<sup>26</sup> Giraldo Roberto, *SIDA y Agentes Estresantes*, Editorial Universidad del Antioquia Colombia, Pag. 31-32

<sup>27</sup> Tecla Jiménez Alfredo, *Enfermedad y Clase Obrera*, Instituto Politécnico Nacional, Escuela de Enfermería y Obstetricia, Sección de Investigación, México, Junio de 1982, Página 15

Es comprensible que las clases sociales dependerán de su poder adquisitivo para poder alimentarse como menciona Tecla Jiménez Alfredo citando a Marx “es claro que la nutrición, por ejemplo, que es una forma de consumo, el hombre produce su propio cuerpo.”<sup>28</sup> Con esta referencia damos por entendido que el hombre consumirá lo que pueda adquirir aunque no se cumpla con lo recomendado por la ingesta diario y con ello traería un efecto secundario el cual sería una desnutrición y las enfermedades que se deriven de la falta de ello.

Asimismo Roberto Giraldo afirma que “el VIH no cumple los requisitos epidemiológicos para causar el SIDA ya que existen más de cinco mil casos de síndrome que son seronegativos, es decir reaccionan negativamente en las pruebas para VIH, a pesar de estar sufriendo SIDA o lo que los ortodoxos le llaman Linfocitopenia ideopática de células T CD4. Por otro lado existen en la actualidad más de 40 millones de personas en el mundo que están absolutamente sanas y que nunca desarrollan el síndrome a pesar de ser seropositivas en las pruebas para VIH (Duesberg 1989, 1991, 1993, 1996a; Giraldo 1995b-d Alfonso 1996b)

Además hay muchas personas que primero desarrollan inmunodeficiencia y meses o años después se tornan VIH positivos. Sin embargo, es una ley que en todos los acontecimientos de la naturaleza, incluyendo las enfermedades del hombre el efecto aparezca después de la causa y no a la inversa.

El contagio y la transmisibilidad del SIDA tampoco son reales. A comienzos de los ochenta se nos aseguró que el SIDA era altamente contagioso. Todavía hoy, esa es la creencia prevaleciente, a pesar de conocerse que requieren más de mil contactos sexuales vaginales y unos quinientos contactos anales para seroconvertir de VIH negativo a positivo (Duesberg 1989, 1991, 1992a; Duesberg y Rasnik 1997, 1998; Giraldo et al 1999) además si se investiga cuidadosamente, en todo individuo de cualquier edad que se seroconvierte a positivo, es fácil

---

<sup>28</sup> Tecla Jiménez Alfredo, Enfermedad y Clase Obrera, Instituto Politécnico Nacional, Escuela de Enfermería y Obstetricia, Sección de Investigación, México, Junio de 1982, Página 29

demostrar que lo hizo por estar expuesto en forma voluntaria o involuntaria a agentes estresantes inmunológicos y que sus seroconversión a positivo no tuvo que ver directamente con su preferencia sexual o con sus contactos ocasionales.

El VIH no cumple los requisitos biológicos para ser la causa del SIDA. ¿Cómo puede ser posible que un virus jamás ha sido aislado, purificado o fotografiado y para cuyo diagnostico tampoco existen pruebas confiables de laboratorio, puede ser el responsable o la causa del síndrome de inmunodeficiencia adquirida o SIDA? ”<sup>29</sup> a esto hago referencia a la doctora Eleni Eleopuloes papadopulos quien hizo un experimento mandando la misma muestra de sangre a 19 laboratorios de alto prestigio para que realizaran las pruebas de Western Blot en las cuales todas arrojaron resultados diferentes.(Albert Embid)

Asimismo afirma que el VIH no cumple los requisitos del sentido común para ser la causa del SIDA ya que “proponer una causa infecciosa para el SIDA simplemente está en contra común de la lógica del sentido común. No tiene sentido proponer que la circunstancia nueva que rodea a las personas que desarrollan SIDA, sea la existencia de un retrovirus originado por mutaciones de otros virus en primates de África (Gallo 1987) ni proponer que este virus en alguna forma haya invadido a los humanos y comenzando a trasmitirse entre ellos por medio de sus relaciones sexuales (Gallo 1987)”<sup>30</sup>

Este hecho es apoyado por el Dr. Estefan Lanka, Biólogo Molecular el cual aisló un virus de un alga eucariota, en donde comenta lo siguiente: “el aislar un virus es separarlo de cualquier otro tipo de materia que no sea él mismo. En particular, debe ser totalmente diferenciado respecto de todos los componentes de la célula que lo contenga. Y finalmente debe ser caracterizado, es decir, hay que precisar

---

<sup>30</sup> Giraldo Roberto, *SIDA y Agentes Estresantes*, Editorial Universidad del Antioquia Colombia, Pag. 101

qué proteínas forman parte de su envoltura, y qué letras genéticas, su ácido nucleico y en qué orden están colocadas.

Los requisitos para poder afirmar que un nuevo virus ha sido aislado son cuatro. Ante todo, presentar cuatro fotografías. La primera, del virus dentro de la célula, lo que se llama del virus infectando células. La segunda, de uno o varios ejemplares del virus pero sin absolutamente nada más en la fotografía; esto es fácil de hacer ya que por centrifugación se separan y quedan agrupados los ejemplares del virus que se ha descubierto, y con una aguja se colocan unos cuantos al microscopio electrónico que, como se sabe, trabaja al vacío. Pero como un virus tiene una enorme estabilidad, puede ser fotografiado directamente al microscopio electrónico. La tercera, de las diferentes proteínas que forman la envoltura del virus, separadas según su tamaño por medio de una técnica que se llama electroforesis en gel. La cuarta, del ácido nucleico del virus; se obtiene con la misma técnica, y en este caso en la foto se ve una única línea horizontal, tanto más arriba cuanto más largo sea.

Segundo requisito: hay que caracterizar exactamente cada proteína, es decir, fijar qué aminoácidos la componen y en qué orden están colocados. Y lo mismo con el ácido nucleico, secuenciando sus letras genéticas. Ello es exigido por el hecho de que una misma longitud de ambos tipos de moléculas puede corresponder a componentes y órdenes distintos.

Tercer requisito: efectuar los experimentos de control. Supongamos que de una célula infectada hemos conseguido las cuatro fotografías mencionadas. Pues bien, hay que trabajar en paralelo con el mismo tipo de células pero no infectadas. Es decir, hay que hacer exactamente las mismas operaciones con los mismos productos a las mismas concentraciones durante el mismo tiempo y a la misma temperatura, y al efectuar esas cuatro fotos no debe aparecer nada que coincida con lo contenido en las fotos del virus. Hay que repetir cuidadosamente varias veces estos controles, a fin de evitar que se haya producido lo que se llama

contaminación, y poder finalmente afirmar con toda seguridad que las proteínas y el genoma hallados son realmente del nuevo virus.

Cuarto requisito: a medida que se va avanzando en el aislamiento y caracterización del nuevo virus, hay que ir publicando en revistas científicas adecuadas, artículos que expliquen los resultados que se van obteniendo, así como las condiciones exactas en que se está trabajando. Así, otros investigadores pueden reproducir los experimentos y comprobar que se llega a los mismos resultados.

Con el VIH no se ha cumplido con absolutamente ninguna de esas cuatro exigencias científicas."<sup>31</sup>

Christine Maggiore Activista Norteamericana del SIDA en su libro *¿Qué tal si todos lo que crees acerca del SIDA fuera falso?* Menciona que: "No existe ninguna prueba de que el VIH cause el SIDA. De hecho, todas las evidencias epidemiológicas y microbiológicas reunidas, demuestran, sin lugar a dudas, que el VIH no puede causar el SIDA o ninguna otra enfermedad. El concepto de que el SIDA es causado por un virus no es un hecho, sino una creencia dada a conocer durante una conferencia de prensa en 1984 por el doctor Roberto Gallo, un investigador al servicio de los Institutos Nacionales de Salud (NIH).

El VIH es un retrovirus, un tipo de virus estudiados meticulosamente durante dos décadas por programas federales de salud que se enfocaban en la búsqueda de un virus del cáncer. La idea del cáncer contagioso fue una creencia popular en los años 60s y 70s. Ya que los retrovirus no tienen ningún mecanismo para matar células y el cáncer es una enfermedad marcada por el crecimiento rápido de células, se consideró a este tipo de virus como candidato viable para ser la causa del cáncer. Sin embargo, las personas saludables viven en armonía con un número incalculable de retrovirus inocuos; algunos son infecciosos mientras que otros son endógenos, producidos por nuestro propio ADN. Muy pocas

---

<sup>31</sup> [http://www.healthalternativefoundation.org/demostracion\\_virus.htm](http://www.healthalternativefoundation.org/demostracion_virus.htm)

enfermedades, si es que acaso existe alguna han demostrado ser causadas por retrovirus en humanos.”<sup>32</sup>

---

Maggiore Christine, Que tal si todo lo que crees acerca del SIDA fuera Falso, Publicado por The American Foundation for AIDS Alternatives, 2001, Pag. 21

## **Capítulo 3**

### **3.1.-Metodología**

#### **3.1.1.-Metodología Cualitativa**

“La investigación de corte cualitativo ha surgido a través de los problemas que se obtienen al usar otro tipo de metodología, como es la cuantitativa. La investigación cualitativa tiene sus orígenes en la antropología y pretende una comprensión holísticas, no traducibles en términos matemáticos y pone el énfasis en la profundidad.

Encontramos ciertas características generales de este tipo de investigación y son las siguientes:

- Concepción múltiple de la realidad que pueden ser estudiadas de forma global.
- El principal objetivo científico será la comprensión de los hechos.
- Investigador y objeto de investigación están interrelacionados, interaccionando e influyendo mutuamente
- El objeto de la investigación es desarrollar un cuerpo de conocimientos ideográficos que describen los casos individuales.

#### **3.1.2.-La entrevista.**

Es una formulación de preguntas que permite coleccionar datos sobre un aspecto concreto así como la opinión del/a entrevistado/a.

#### **3.1.3.-La Observación Participante**

Esta técnica consiste en compartir las actividades de la vida y los intereses y afectos de un grupo de personas: Su propósito es la obtención de datos acerca de la conducta a través de un contacto directo.



### **3.1.4.-El Diario de Campo**

El diario de campo se clasifica como un instrumento de registro no sistematizado de carácter personal en el que registra la conducta de la experiencia del observador o de otros individuos.

Las anotaciones permiten al observador registrar y reseñar sus emociones. Los sentimientos y las percepciones que le han surgido durante el desarrollo de la observación. El tratamiento de los datos del Diario de Campo requiere de otras herramientas que aporten datos para su reflexión y análisis.

### **3.1.5.-Historias de Vida**

Es la narración de la experiencia de vida de una persona, de un grupo humano o de un colectivo social motivada por un agente externo, y conseguida mediante entrevistas sucesivas.”<sup>33</sup>

## **3.2.-Desarrollo de la construcción simbólica del paciente con VIH en un marco contextual global.**

La historia ortodoxa del SIDA citando a Mirko D. Grmek menciona que: “para 1980 se dieron cuenta con gran asombro de la existencia de una enfermedad que les pareció nueva y que para reconocerla debían recurrir a modelos desconocidos en la patología y la epidemiología clásica.

La enfermedad fue vista no sólo como extraña, debido a sus singulares características epidemiológicas y clínicas, sino también como esencialmente extranjera porque irrumpía en un mundo ordenado, procedente de los países

---

<sup>33</sup> <http://www.buenastareas.com/ensayos/Introduccion/25308524.html>. (Pedagogía Social, Técnicas de investigación en Pedagogía Social. Fuentes de documentación e información; Figueras Rábano, Elisa García Lasso, Isabel, Higuera Pareja, Patricia Belén.)

subdesarrollados y por intermedio de subgrupos marginales y moralmente reprensibles.

Desde el fin de 1979 el doctor Joel Weisman, médico de Los Ángeles conocido por su actitud benevolente hacia los homosexuales, había observado entre sus pacientes el incremento de los casos de síndrome de mononucleico, con lapsos febriles, adelgazamiento y tumefacciones linfáticas.

Los enfermos eran hombres jóvenes que pertenecían al movimiento gay, que entonces estaba en plena expansión en las ciudades de California. Su estado difícilmente mejoraba, sin verdaderas curaciones. Al principio del diagnóstico de esta enfermedad de inclusiones citomegálicas encajaba bien con el cuadro clínico. Desde 1956 se sabía que esa enfermedad era causada por el citomegalovirus (CMV), del grupo herpes, muy común, que puede causar lesiones celulares mortales en el recién nacido sin defensas inmunológicas, aunque no presente ningún peligro para los adultos. Las pruebas serológicas mostraban que la mayor parte de los homosexuales norteamericanos estaban infectados. Se atribuía a ese virus un síndrome mononucleico febril. No había tratamiento eficaz, pero en general los enfermos sanaban espontáneamente.”<sup>34</sup>

Luc Montagnier declara “que en el desarrollo de la enfermedad cada persona tiene su propia historia y que la evolución resulta larga en general: tras la infección por el VIH transcurre una media de diez años antes de que se manifiesten signos clínicos y biológicos. La cual comprende varias etapas bien definidas en donde la primera es la infección, posteriormente la fase silenciosa y por último la enfermedad clínica. Asimismo menciona que en cierto número de casos, la contaminación se traduce en una infección aguda cuyas manifestaciones son aparentemente triviales y que dura de algunos días a algunas semanas. La reacción del organismo a esa primera infección es, tal y como se sabe hoy en día, determinante para la evolución de la infección. A continuación tiene lugar una fase intermedia, silenciosa, que puede durar varios años sin síntomas clínicos.

---

<sup>34</sup> Grmek Mirko D., *Historia del SIDA*, Editorial Siglo veintiuno editores, Impreso en México D. F. en 1992, Pág. 25

Después, con el paso del tiempo, aparecen anomalías biológicas menores que se amplían poco a poco, ese periodo era considerado hace años como una fase de latencia: se suponía que el virus dormía en las células que había infectado. Hoy en día se sabe que continúa estando activo y que se multiplica en ciertas células. Finalmente, el sistema inmunitario se ve gravemente perturbado y no realiza sus funciones; aparecen enfermedades oportunistas, como ciertos cánceres. Se trata entonces del SIDA.”<sup>35</sup>

En el libro escrito por el autor Mirko D. Grmek menciona que “el virus HTLV III entró oficialmente en escena el 24 de abril de 1984. Ese día Margaret Heckler, Secretaria de Estado responsable de la salud y la educación, declaró en una conferencia de prensa en Washinton que Roberto Gallo y sus colaboradores del NCI (Mikulas Popovic, Zaki Salahuddin, Elizabeth Read y otros) habían aislado un virus desconocido hasta entonces que causaba el sida”<sup>36</sup> a esto Luc Montagnier menciona que: “notaba muy tenso a Gallo, me telefoneo antes y después del acontecimiento. Le recomendé que mencionara nuestros trabajos en el Instituto Pasteur de Francia, lo que me afirmo en seguida que había hecho. En realidad, el resumen de la conferencia, tal y como cayó en los **télex** y después en las emisoras de radio, anunciaba una gran victoria de la ciencia estadounidense. La Secretaria de Estado para la Salud Americana, Margaret Heckler, sufrió una desafortunada pérdida de voz que le impidió leer el párrafo destinado a rendir homenaje a los trabajos del equipo pasteuriano. Después de diez años, estos acontecimientos me siguen dejando un regusto amargo, incluso, aunque reconozco que la extraordinaria publicidad que Gallo causó en torno a su virus repercutió sobre el nuestro, para toda la comunidad científica el asunto estaba cerrado el LAV/HTLV3 era la causa del sida, punto final.

En Estados Unidos, el National Institute of Health abrió una licitación para las diferentes empresas interesadas y finalmente adjudico un litro de cultivo de células infectadas por el HTLV3 a cinco sociedades de talla importante que tenían una

---

<sup>35</sup> Montagnier Luc, *De los Virus y De los Hombres*, Editorial Océano, Impreso en México en 1997, Pag. 99

<sup>36</sup> Grmek Mirko D., *Historia del SIDA*, Editorial Siglo veintiuno editores, Impreso en México D. F. en 1992, Pág. 114

gran experiencia en prueba de diagnóstico: Abbott, Dupont, Ortho, etc. En Francia no se produjo licitación porque, por acuerdo nuestro invento debía ser explotado por la filial industrial de Pasteur, el IPP, que se había dividido en dos a inicios de 1984 y cuya parte relacionada con los diagnósticos que estaba controlada por Sanofi (Diagnostics Pasteur) mientras que la parte de vacunas estaba asociada con Merieux”<sup>37</sup>

Mirko D. Grmek menciona: “La disputa entre los dos campos terminó el 31 de marzo de 1987 con un acuerdo amistoso entre el US Department of Health and Human Services y el Instituto Pasteur de Francia. Su importancia política era tal que la firma del acuerdo fue anunciada en Washington por una declaración conjunta del presidente de Estados Unidos, Ronald Reagan y el Jefe del Gobierno Francés Jacques Chirac. Los franceses renunciaban a la demanda judicial y a cualquier compensación por los derechos ya percibidos por la parte contraria; los norteamericanos aceptaban que en la patente se agregara el nombre de Montagnier al de Gallo, que el test serológico fuera presentado como una invención común y que ambas partes se repartieran los derechos por partes iguales. En el futuro cada una de las partes podría utilizar libremente las realizaciones y los descubrimientos de la otra. Ambas partes dedicarían el 80% de sus ganancias a una fundación común consagrada al financiamiento de investigaciones sobre el sida y otras enfermedades producidas por los retrovirus humanos. El primer ingreso anual de esa fundación fue estimado en 4 millones de dólares”<sup>38</sup>

La definición dada a comienzos de 1983 “por los Centros de Control y Prevención de Enfermedades de Atlanta y adoptada por la Organización Mundial de la Salud, dice que el SIDA se caracteriza por la aparición de un síndrome tumoral o de las manifestaciones infecciosas calificadas de oportunistas o bien por la asociación de ambas”<sup>39</sup>.

---

<sup>37</sup> Montagnier Luc, *De los Virus y De los Hombres*, Editorial Océano, Impreso en México en 1997, Pág.69

<sup>38</sup> Grmek Mirko D., *Historia del SIDA*, Editorial Siglo veintiuno editores, Impreso en México D. F. en 1992, Pág. 127

<sup>39</sup> *Ibid.* P. 66

Mirko D. Grmek en su libro *Historia del SIDA* indica que: “Esta enfermedad –decía una señora norteamericana entrevistada en esa época (1983) - afecta a hombres homosexuales, drogadictos, haitianos y hemofílicos, pero gracias a Dios todavía no se ha propagado entre los seres humanos. Si atacara a todo el mundo sería una crisis terrible, -cuando el periodista le preguntó cómo veía la situación si el mal permanecía circunscrito- respondió “es el castigo de Dios para los homosexuales.”<sup>40</sup> En la génesis de la enfermedad la sociedad le da un sentido divino como se menciona en Levítico 18:22-19:5a “No te acostaras con varón como con mujer; es abominación.”<sup>41</sup> Con ello se construye una representación simbólica racista y discriminatoria, sobre el castigo como una sanción para las personas que realizan lo incorrecto, tomando como referencia que lo correcto es lo que hace el promedio de la población. En la búsqueda de culpables sobre cosas inexplicables, se responsabiliza a fenómenos sobrenaturales y a grupos de personas que son excluidos de la sociedad como adictos, homosexuales, con problemas mentales o enfermedades crónicas. Explicando el origen y una búsqueda de un chivo expiatorio. Por lo que considero importante citar a Marvin Harris el cual nos menciona que “entre los siglos XV y XVII se estima que 500.000 personas fueron declaradas culpables de brujería y murieron quemadas en Europa. Sus crímenes: un pacto con el diablo; viajes por el aire hasta largas distancias montadas en escobas; reunión ilegal en aquelarres, adoración al diablo; besar al diablo bajo la cola; copulación con íncubos (diablos masculinos dotados de penes fríos como el hielo); copulación con súcubos (diablos femeninos). A menudo se agregaban otras acusaciones más mundanas: matar la vaca del vecino; provocar granizadas; destruir cosechas; robar y comer niños. Pero más de una bruja fue ejecutada sólo por el crimen de volar por el aire para asistir a un aquelarre.”<sup>42</sup> Es notario que cuando existe una amenaza social que afecte al

---

<sup>40</sup> Grmek Mirko D., *Historia del SIDA*, Editorial Siglo veintiuno editores, Impreso en México D. F. en 1992, Pag. 75

<sup>41</sup> Santa Biblia, Antiguo y Nuevo Testamento, Publicada por la Iglesia de Jesucristo de los Santos de los Últimos Días Salt Lake City, Utah, E.U.A. Reina-Valera 2009, página 205.

<sup>42</sup> Harris Marvin, *Vacas, Cerdos, Guerras y Brujas*, Antropología Alianza Editorial, España, 2006, Pagina 128-129.

sistema económico y de salud. Es necesario tomar medidas resolutivas de emergencia, como apagar el fuego antes de que acabe con el bosque. Con el objeto que todo regrese a la normalidad, para ello es necesario encontrar las causas que originaron el mal y destruirlas. Sin embargo queda registrado en la memoria (para mantenerse con vida), de generación en generación el tipo de mal, como referencia para indicar que si las cosas “no se están haciendo correctamente”, puede aparecer, para castigar a los mal portados.

Siguiendo la declaración anterior “las enfermedades aparecen ante los ojos de los trabajadores y de la sociedad en general ya sea como un castigo divino o como un hecho sujeto al azar, una fatalidad de la que en gran parte tiene la culpa el individuo enfermo, al que se califica de irresponsable; sumiendo a las masas en una pasividad ante su problemática de salud. Este ocultamiento de la realidad no proviene necesariamente de una mala intencionalidad del epidemiólogo, sino más bien es producto de su formación.”<sup>43</sup> Como ha sostenido Marvin Harris mediante la siguiente declaración: “La identificación de los factores materiales pertinentes en los acontecimientos humanos es siempre una tarea difícil. La vida práctica utiliza muchos disfraces. Cada estilo de vida se halla arropado en mitos y leyendas que prestan atención a condiciones sobrenaturales o poco prácticas. Estos arropamientos confieren a la gente una identidad social y un sentido de finalidad social, pero ocultan las verdades desnudas de la vida social. Los engaños sobre las causas mundanas de la cultura pesan sobre la conciencia ordinaria como láminas de plomo. Nunca es una tarea fácil penetrar o levantar esta carga opresora.” Considero importante compararlo con la siguiente: “una cámara no graba simplemente., un cámara elige constantemente que fragmentos de lo que hay en el exterior va a convertir en material grabado. Aun suponiendo que lo que hay en el exterior fuese la Realidad, en el mismo instante de ser penetrado por la lente, de ser cortado en trozos, extirpado y fijado, está dejando de ser realidad,

---

<sup>43</sup> Tecla Jiménez Alfredo, Enfermedad y Clase Obrera, Instituto Politécnico Nacional, Escuela de Enfermería y Obstetricia, Sección de Investigación, México, Junio de 1982, Página 65

para convertirse en otra cosa, otra cosa que ni es inocente, ni objetiva, ni exterior, sino una construcción en proceso, un producto tecnológico, un mensaje que comienza a escribirse.”<sup>44</sup> Es así como comienza la construcción de una sociedad, de lo particular, una vez socializándose y aceptado pasa a ser algo general aprobado y sobre el que se tiene que regir el grupo.

Con lo anterior puedo ir concluyendo que el conjunto de ideas recopiladas en torno a la enfermedad cobra sentido al ser entrelazadas para darle un significado y orientación, variante que va de acuerdo a una u otra sociedad, como ha mencionado Clifford Geertz, asimismo dan como resultado la interpretación personal derivado de un concepto global como expresa Milton Erickson “quien creía que cada persona tiene un mapa, una serie de creencias en su inconsciente”<sup>45</sup> materializando cada pensamiento de una manera particular tratando el encaje en una dimensión grupal como se muestra en la declaración que realiza la ONUSIDA en que “la mayor parte de la epidemia de VIH en esta región (América Latina) se concentra en redes de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres. Sin embargo, el estigma social, ha mantenido ocultas y no reconocidas muchas de las epidemias entre los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres. También hay una gran carga de infección entre los consumidores de drogas inyectables y entre los trabajadores sexuales y sus clientes.”<sup>46</sup> Con el argumento anterior se reafirma lo construido simbólicamente desde el principio sobre el contagio y vehículos transmisores a determinado grupo de personas.

En este mismo sentido Lévi Straúss declara que “La eficacia de la magia implica la creencia en la magia, y que ésta se presenta en tres aspectos complementarios: en primer lugar, la creencia de hechicero en la eficacia de sus técnicas; luego, la del enfermo que aquél cuida o de la víctima que persigue, en el poder del

---

<sup>44</sup> García Blanca Jesús, El Rapto de Hígea: Mecanismos de poder en el terreno de la salud y la enfermedad, Virus editorial, Impreso en: Bilbao, España, Página 78

<sup>45</sup> Bradshaw Jhon, Volver a la Niñez, Editorial: Selector, Impreso en el 2004, Página 13.

<sup>46</sup> <http://www.unaids.org/es/regionscountries/regions/latinamerica/>

hechicero mismo; finalmente la confianza y las exigencias de la opinión colectiva, que forman a cada instante una especie de campo de gravitación en cuyo seno se definen y se sitúan las relaciones entre el brujo y aquellos que él hechiza."<sup>47</sup> En nuestro caso hablamos del médico: que es el que sana al paciente. El paciente: que es el desdichado sobre el cual cayo un mal (que por lo general son "homosexuales, heroinómanos, hemofílicos, prostitutas y haitianos" como menciona Merck) y sociedad en general: la cual le da sentido, valor y vida a las creencias, con esta analogía intento explicar la interpretación de una enfermedad para tener cierto orden social, para ello existen creencias que se derivan de una sociedad, en donde una de las vertientes es la enfermedad y para que una padecimiento tenga éxito debe ser real como escribe Sontag: "basta ver a una enfermedad cualquiera como un misterio, y temerle intensamente, para que se vuelva moralmente, si no literalmente, contagiosa."<sup>48</sup> Con ello se demuestra que todo depende del poder atribuido a las ideas para que estas se conviertan en un fenómeno impactante, real y convincente.

### **3.7-Desarrollo de la construcción simbólica del paciente con VIH en un marco contextual nacional.**

"En el año 1981 se diagnosticaron los primeros casos del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida en los Estados Unidos de Norteamérica. En el año 1983 se registra el primer caso de SIDA en México. Para 1985 la Organización Mundial para la Salud (OMS) alertó sobre la necesidad de establecer acciones de lucha contra el SIDA.

De 1983 a 1996, la atención a enfermos de SIDA se concentró en hospitales de segundo nivel dentro de la Secretaría de Salud. Durante el periodo 1984-2000, los

---

<sup>47</sup> Claude Lévi-Strauss, Antropología estructural, Editorial Paidós, Impreso en España en 1995. Página 196.

<sup>48</sup> La enfermedad y sus Metáforas. Susan Sontag, Editorial, Impreso en Noviembre del 2013, Página 1.



casos nuevos de SIDA debidos a transfusión sanguínea y hemoderivados, según fecha de notificación, pasaron de 14.57% a 0.09%, y según fecha de diagnóstico, comenzaron a disminuir a partir de 1988, hasta que en 1999 y el año 2000 no se presentaron casos relacionados con esta forma de transmisión. En el año 1986 se creó el Comité Nacional de Prevención del SIDA (CONASIDA), un año después se realizan modificaciones a la Ley General de Salud en donde se estipula que la detección de VIH en transfusiones sanguíneas es obligatoria y se elimina la donación remunerada.

En 1987 CONASIDA recomendó promover intervenciones educativas dirigidas a los grupos con mayor riesgo y vulnerabilidad como son los hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH), y se trabajó mediante el contacto con sus organizaciones. Entre 1987 y 1990, el tratamiento de los pacientes se limitaba al manejo de las infecciones oportunistas y neoplasias.”<sup>49</sup>

Por Decreto Presidencial publicado en el Diario Oficial de la Federación el 24 de agosto de 1988 se creó el CONASIDA como un órgano desconcentrado de la Administración Pública Federal dependiente de la Secretaría de Salubridad y Asistencia como responsable de la prevención y el control del VIH/SIDA en México.

De 1988 a 1992 se realizó una investigación para identificar factores de riesgo para la transmisión del VIH entre HSH y la evaluación de estrategias preventivas. A partir de esta investigación se promovieron talleres de sexo seguro para HSH y en 1992 se elaboró el video “Sexo seguro”, que fue replicado y distribuido a todos los programas estatales y a organizaciones civiles que trabajaban con esta población.”

---

<sup>49</sup> Manual de Organización Específico del Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención del SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual (CAPASITS), 2006, Página 5

Para 1989 se instalaron los primeros Consejos Estatales para la Prevención del SIDA (COESIDAS).

Entre 1989 y 1990 se consolidaron los centros de información TELSIDA y el CRIDIS. El modelo de atención de éstos se instaló en diez entidades federativas.

En 1990 se creó el Centro Nacional de Capacitación en VIH/SIDA. Entre 1990 y 1993, en coordinación con el Consulado General de México en Los Ángeles, creó una oficina que atendió a cerca de 450 migrantes mexicanos al año, y desde 1994 la colaboración con la Secretaría de Relaciones Exteriores se descentralizó y amplió.

En 1991 se formó la Dirección de Investigación y en 1992 el Departamento de Apoyo Social y Derechos Humanos. En este mismo año la SSA y la Secretaría de Educación Pública (SEP) capacitaron a profesores de educación primaria y secundaria.

En 1992 se realizó un diagnóstico de los COESIDAS, se elaboró y difundió una guía para estas instancias y se realizó una reunión con Secretarios de Salud en la que se expuso la situación de los COESIDAS y sus recomendaciones para mejorarlos. En esta etapa se realizó la automatización de TELSIDA y la publicación de guías dirigidas a diversos profesionistas (médicos, odontólogos, enfermeras, psicólogos).

Se realizaron estrategias y materiales dirigidos a poblaciones con mayor vulnerabilidad como son hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH), trabajadoras sexuales, niños de la calle, migrantes, adolescentes y mujeres.”<sup>50</sup>

---

<sup>50</sup> Manual de Organización Específico del Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención del SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual (CAPASITS), 2006, Página 5-6.



Fotografía tomada en el X Congreso Nacional, llevado a cabo del 25 al 27 de noviembre en la Ciudad de León Guanajuato.



Fotografía tomada en junio del 2007, en la Ciudad de Cancún por una marcha sobre la diversidad sexual.

“En 1994, se publicó la Norma Oficial Mexicana (NOM-003-SSA2-1993) Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos, con el objetivo de “uniformar las actividades, criterios, estrategias y técnicas operativas del Sistema Nacional de Salud, en relación con la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos”. En este mismo año se elaboró el video “De chile, de dulce y de manteca” dirigido a población homo y bisexual.

Durante 1994 y 1995 se diseñó el Plan de Medios de Comunicación 1996-2000, que previó la elaboración de campañas multimedia dirigidas a jóvenes, madres y padres, maestras y maestros que fomentaran las dinámicas de comunicación interpersonal e intergrupala. En 1996, en el marco de la XI Conferencia Internacional de SIDA llevada a cabo en Vancouver, Canadá, se dieron a conocer nuevos esquemas de tratamiento que mejoraron la calidad de vida de las personas que viven con VIH/SIDA.

De 1997 al 2000 se descentralizó el CONASIDA con la creación de homólogos en los Estados; en ese mismo periodo, en el marco del Programa Nacional 1997-2000, se elaboró el primer “Modelo para la atención Médica para paciente con VIH/SIDA” que consistía en la integración de un equipo de salud multidisciplinario con el objetivo de proporcionar atención medica ambulatoria e integral en los hospitales ya existentes en cada Entidad Federativa, para 1999 estos servicios existían únicamente en siete hospitales de los Servicios Estatales de Salud en todo el país.

En octubre de 1998 inició el programa Lazo Rojo, la cual buscaba atacar el estigma y la discriminación hacia las personas afectadas por el VIH/SIDA.

En 1998 se inició el otorgamiento de medicamentos antirretrovirales de manera gratuita a personas sin derechohabiencia. De 1998 al 2000 se instalaron 61 servicios de atención especializados en todo el país. En el 2000 se convierte en

requisito indispensable contar con el modelo ahora denominado “Servicio Especializado para la Atención Integral de Personas con VIH/SIDA” (SEA) para asegurar el acceso al programa de distribución gratuita de antirretrovirales.



**Fotos del X Congreso Nacional, llevado a cabo del 25 al 27 de noviembre en la Ciudad de León Guanajuato.**

En 1999 se iniciaron los talleres sobre manejo sintromático de las ITS dirigidos al personal del primer nivel de atención y se difundió el Manual para el manejo sintromático de las ITS para el personal operativo del primer nivel de atención.

En 1999, el SIDA ocupó el lugar 16 como causa de muerte afectando principalmente a la población de 25 a 34 años de edad, lo cual representó la cuarta causa de muerte en hombres y la séptima causa entre las mujeres. Debido a la evidencia de que el manejo adecuado de las ITS disminuyó en un 50% la transmisión sexual del VIH, incluyeron, desde 1997 al Programa de Acción: VIH/SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual (ITS).

Para el año 2001 se creó el Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA (CENSIDA) el cual tiene a su cargo la función normativa del Programa en la Secretaría de Salud, así mismo constituyéndose el CONASIDA como constancia de coordinación interinstitucional del Sector Salud.

En el contexto del Plan Maestro de Infraestructura Física en salud, se inició la creación de los Centros Ambulatorios de Prevención y Atención en SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual (CAPASITS) en el año 2003, los cuales tienen las características de una unidad médica para consulta externa que cuenta con auxiliares de diagnóstico, farmacia y área de atención psicológica. Los retos establecidos en el Programa de Acción para la Prevención y el Control del VIH/SIDA e ITS 2001-2006, son el disminuir la prevalencia del VIH/SIDA con especial atención en las y los jóvenes, disminuir los casos de transmisión perinatal de VIH, eliminar la sífilis en mujeres embarazadas, eliminar los casos de infección por VIH, hepatitis B y C, secundarios a transfusiones sanguíneas y trasplantes, reducir la mortalidad por SIDA en la población de 25 a 44 años de edad, disminuir el estigma y la discriminación asociados con comportamientos de riesgo, género, sexualidades, uso de drogas, el VIH/SIDA e ITS, todo ello con la meta de detener la epidemia del SIDA en el año 2015. Para ello es necesario optimizar los recursos y ampliar el acceso a las personas afectadas, otorgar atención integral a las personas que viven con VIH/SIDA e ITS, establecer acuerdos interinstitucionales de colaboración además de contar con manuales de organización para la delimitación de funciones.

En el año 2006 en congruencia con la recomendación del Plan Regional de VIH/ITS para el sector Salud 2006-2015, emitido por la Organización panamericana de la Salud, el término de Servicios Especializados de Atención (SEA) fue sustituido por Servicio de Atención Integral de las personas con VIH/SIDA (SAI), sin mayor implicación que la igualdad en la terminología internacional.”<sup>51</sup>

“Desde abril de 1987 el SIDA se convirtió en nuestro país en una enfermedad sujeta a vigilancia epidemiológica; la notificación de los casos tiene carácter de

---

<sup>51</sup> Sepulveda Amor Jaime, SIDA Ciencia y Sociedad en México, Editorial, Fondo de Cultura Económica, impreso en 1989, México D.F. Página 6-10.

obligatoria e inmediata. Una de las medidas de mayor efecto epidemiológico en el combate al SIDA consistió en prohibir la comercialización de la sangre. En efecto casi, la tercera parte de la sangre en nuestro país provenía de donadores profesionales, muchos de los cuales tienen problemas de salud, incluyendo la infección por VIH. Además se diseñó y puso en marcha una campaña educativa, con diversas estrategias como;

La práctica ideal de una relación monógama, el empleo del condón cuando se tuviera una pareja estable y el uso de jeringas desechables.

Se ha hecho particular hincapié en la prevención a través de la información. En estas campañas se vio la participación de actores y deportistas profesionales, tanto en la radio como en la televisión.

La sociedad mexicana ha respondido con la creación y organización de grupos en asociaciones civiles y sociales; grupos de homosexuales y de gentes interesadas en ofrecer su trabajo, para contribuir a que la enfermedad no continúe en expansión.”<sup>52</sup>

“La historia del SIDA en México, se puede resumir de la siguiente manera; los primeros casos fueron diagnosticados en 1983, en extranjeros residentes en este país. En 1985, se inicia en los bancos de sangre, la utilización de pruebas serológicas en donadores, lo que permitió determinar la magnitud de la infección. En mayo de 1986 se publicó la ley que establece la obligación de practicar pruebas en todos los donadores de sangre. Ese mes cerró 134 casos de SIDA.

Para diciembre, ya eran 226 los casos. El Consejo de Salubridad General establece entonces que el SIDA es una enfermedad objeto de vigilancia epidemiológica y que debía ser notificada en forma inmediata y obligatoria. En mayo de 1987, los casos sumaban 487. Entonces se hicieron modificaciones a la

---

<sup>52</sup> Sepulveda Amor Jaime, SIDA Ciencia y Sociedad en México, Editorial, Fondo de Cultura Económica, impreso en 1989, México D.F. Página 25-26

Ley General de Salud. Fundamentalmente se ratificó la obligación de notificar de inmediato los casos de SIDA y de seropositivos y se prohibió la comercialización de la sangre”<sup>53</sup>

Es importante señalar la formación de las organizaciones civiles como respuesta a los problemas sociales contemporáneos como una respuesta a las necesidades de la sociedad una de ellas es la Asociación Civil “Letra S” en donde con una pequeña entrevista que tuve con Antonio Medina unos de los pilares de Letra S, le pregunta ¿El por qué del nombre? Me comentó que lo de Letra S era porque la existen muchas palabras que se relacionan con el tema como SIDA, sexualidad,



semen, sensual entre otras. De igual manera me platico que en principio Letra S era un suplemento del la “Jornada” y posteriormente se independizó y que de letra s salieron otras asociaciones que actualmente luchan contra el VIH/SIDA dando información y orientación sobre el tema.

**Fotografía tomada en febrero del 2007, en la Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco.**

Otra Asociación civil que tuve la oportunidad de conocer fue en el 2007, el primer contacto que hubo con la asociación de MONARCAS México, fue con el representante de la asociación de MONARCAS Mérida (Movimiento Nacional para el Replanteamiento del VIH SIDA en México) el Sr. Carlos Campos Boldo el cual fue contactado correo electrónico, teléfono y posteriormente en persona en la ciudad de Mérida Yucatán, cuando platique con él por teléfono la impresión que note fue de una persona muy centrada y segura de lo que decía. Al fondo se escuchaba el ladrar de sus perros y la voz gruesa del tipo indicándome que esto

<sup>53</sup> Sepulveda Amor Jaime, SIDA Ciencia y Sociedad en México, Editorial, Fondo de Cultura Económica, impreso en 1989, México D.F. Página 270-271



del VIH/SIDA era como las matemáticas, que tenías que aprender para saber cómo sobrellevar la situación ya que si te creías lo que dice en la teoría ortodoxa te morirías muy pronto.

Recuerdo aquella ocasión cuando llegue a la calle Campeche No. 30 de la colonia Roma, Delegación Cuauhtémoc en México D.F. y ¡Vi! una cortina abrirse cuando aparecieron dos hombres uno llamado Javier de aproximadamente unos 45 años de edad al cual ya le notaba una especie de neumonía y Raúl Pérez a los cuales les pregunte que a qué hora iba a comenzar las platicas. Se notaron muy desconfiados (sobre todo Javier), me pregunto Javier inmediatamente ¿por qué? Y le comenté que había contactado a Martin Canales y Carlos Escudero por medio de la red y vía telefónica para pedirle información acerca de la postura disidente. Al escuchar el comentario sus rostros cambiaron y me comentaron que en una hora iniciaría. Fui a desayunar al regreso conocí en persona a Martin Canales, Adrian Labansat, Carlos Escudero (t), el Dr. Roberto Giraldo entre otras personas.

El local media alrededor de tres metros de largo por cinco de ancho había una computadora con escritorio al final y algunos libros del tema y cd se dividía con un cristal en dos piezas una donde se encontraba una pequeña sala de juntas y la otra por la parte del escritorio. En esa ocasión todos se presentaron mencionando como fueron diagnosticados, el ¿Por qué? Se hicieron las pruebas, y cómo fue que conocieron a MONARCAS México.

Al momento de pasar al compartimiento de experiencias todos se veía muy animados hubo una persona que menciona “esos culeros no tienen madre por que se están aprovechándose de la enfermedad”, El Dr. Roberto Giraldo, dijo “no debemos dejar morir a Carlos Escudero” un par de años después supe que Carlos Había muerto de hecho había recibido un correo electrónico donde el renunciaba a la presidencia de MONARCAS, cuando indague la renuncia me comentó Martin Canales: “es la segunda vez que Carlos nos hace ese berrinche” haciendo referencia al siguientes correo electrónico “Queridos amigos de todo el planeta:

Mucho he tenido que meditar y evaluar la siguiente decisión que he tomado, no ha sido fácil y sin duda que entiendo las repercusiones que tendrá tanto en mi vida como en la de muchas otras personas, a todas ellas les pido una disculpa por los inconvenientes que les pueda causar.

Todo es impermanente, es decir, todo está en constante cambio y ésta es una ley natural contra la que no se puede hacer nada más que adaptarse y fluir con ella. En fechas recientes varios acontecimientos han causado serios cambios en mi vida y en las de mis compañeros de MONARCAS a quienes quiero y adoro con todo mi corazón pero sobre todo los respeto y admiro. Deseo que quede muy claro que no ha habido entre nosotros ningún conflicto ni rompimiento y que lo que estoy a punto de hacer no es por culpa de ninguno de ellos ni por razón alguna que los involucre, la decisión que he tomado es por mi bien y el de mis pequeños hijos, mi mujer Diana, mi salud y mi paz.

A partir de hoy desaparece mi página web y todos sus contenidos, me retiro del movimiento disidente mundial y decido no dar más entrevistas ni conferencia alguna, no más testimoniales en público ni declaraciones a los medios sobre este tema.

Ofrezco seguir apoyando a los cientos de personas que hasta hoy me habían contactado pero no recibiré más correos nuevos ni atenderé a más personas, creo que MONARCAS y las organizaciones ya existentes pueden hacer ese trabajo, yo estoy muy cansado, enfermo y desgastado.

El retiro es necesario para mi tranquilidad y futuro, en verdad que me ha costado trabajo aceptarlo porque durante los pasados seis años de mi vida este movimiento disidente y el prestar cotidianamente ayuda a los seropositivos que desean saber más sobre la teoría toxico nutricional del sida fueron lo que le daba sentido a mi vida y a mi diario trabajar, me disculpo por él y les envío todo mi amor a los cientos de personas con los que hicimos contacto y trabajamos juntos logrando la recuperación de sus vidas, de su salud y de su alegría.

Me llevo en mi corazón la amistad y bellas palabras de decenas de personas que me escribieron para agradecerme por el trabajo realizado, me llevo cientos de recuerdos hermosos de los países que visité y los gestos de amabilidad y amor que en todos ellos recibí, agradezco a todas las personas que en esos países hicieron posible la creación de MONARCAS internacional y principalmente a mis amados amigos del Perú quienes son un ejemplo de lo que significa el trabajo en beneficio de los demás, gracias a María Grazia y a su equipazo, al Dr. Jaime Fiol en Argentina, a Maximiliano Davyt en Uruguay, a Wilson Gómez en Ecuador, a David Crow en Canadá, a el Instituto de Salud Natural de Chile y su director Luís Valenzuela, a Roberto y Sergi Pardo en España y su formidable free news y a todas las personas que lograron tejer una red de ayuda que sin duda salvó muchas vidas.

Deseo hacer una mención muy especial porque hubo en toda esta historia una persona que sin duda fue indispensable y es para mí como un padre, por él, uno de mis hijos lleva su nombre y fue por él que aprendí cientos y cientos de cosas tanto científicas como humanas que me han hecho un mejor ser, tuvo la capacidad de soportar mi carácter siempre terco y siempre necio con una paciencia de santo y la firmeza de un padre bueno comprensivo y generoso, gracias Dr. Roberto A. Giraldo, el amor que tengo por usted es inconmensurable, incondicional y vivirá por siempre dentro de mi corazón

Aquí se cierra un capítulo, termina una interesantísima etapa de mi vida a la que recordare con mucho cariño, gracias a todos ustedes por haberla hecho realidad y recuerden que sólo a través del amor y la compasión todo lo que uno sueña es posible.

Carlos Escudero Albarrán.”<sup>54</sup>, y lo de la muerte. Adrian comentó: “Carlos nunca dejo la marihuana a pesar de a ver estado en el hospital internado por la neumonía que tuvo, su esposa le seguía pasando marihuana” cuando Carlos

---

<sup>54</sup> Correo electrónico enviado 16 de marzo del 2007.

estuvo en el hospital recibí otro correo electrónico por parte de su esposa donde mencionaba que necesitaba algo de ayuda económica mencionando: “Queridos todos:

Si te ha llegado esta carta es o porque eres amigo nuestro o porque sabes de nuestro trabajo y formas parte de la red que somos en Monarcas.

Me llamo Diana Villagómez y el nombre de mi pareja es Carlos Escudero.

Él es seropositivo desde 1999 y nunca ha estado bajo medicamentos antirretrovirales. Hace unos siete meses que le atacó una neumonía y en un hospital público de la Ciudad de México (Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias) le han aplicado un tratamiento con Bactrim y otros antibióticos para tratar el neumococo que la causo. Carlos se repuso un poco, pero su salud ha ido mermando después de acontecimientos fuertes que vivimos en México por la represión que se vive al hablar en los medios masivos del tema del sida.

Hace menos de un mes que Carlos salió del hospital después de una estancia de tres semanas por herpes, en el mismo hospital, donde además le han dicho que tiene un adenocarcinoma en el pulmón derecho, que no tenía hace siete meses.

Como su propuesta de tratamiento fue antirretrovirales por un mes y después quimio y radioterapia más una cirugía, donde le deben inducir tres horas de paro cardiaco y respiratorio.

Esto nos parece inhumano y dejamos el hospital por intentar algún tratamiento menos agresivo. Por lo demás se nos ha dicho que es posible que su condición actual se deba al tipo de tratamiento que se utilizó para la neumonía.

En eso justo estamos y para eso va esta carta. Todo aquel que sepa qué es posible hacer en estos casos, nos sería de mucha ayuda. Actualmente Carlos se está desintoxicando con hierbas como el Coachalalate (para el herpes) que ha dado buen resultado, sin embargo no desaparecen las neuropatías que presenta

en una pierna. Está tomando además altas dosis de vitamina C y curcumina como antitumoral.

Se nos ha dicho que puede salir del paso con un tratamiento natural, cualquier información que nos hagan favor de enviar será bien recibida y procesada, pues para nosotros es imposible económicamente por ahora pagar por recibir este tipo de información.

Agradeciendo enormemente su atención,

Quedo a sus órdenes y les envío cordiales saludos.

Diana Villagómez)<sup>55</sup> tiempo después Carlos murió.

Esa misma tarde el Dr. Roberto Giraldo ofreció una entrevista a una joven que llevaba su reportera, donde se tocaron los temas de “SIDA y Agentes Estresantes” y después dieron un pequeño convivio con muchas frutas y verduras.

Como a eso de las 6pm conocí en persona a Carlos Escudero, autor del Libro “VIH La Puerta a la Iluminación”, me pidió que me quedara un rato, el tema que tocamos fue el que contiene “La Carpeta Básica de Monarcas”, la cual menciona artículos citados por científicos reconocidos como el Dr. Estefan Lanka el cual menciona que es imposible que hayan descubierto un virus ya que para llevarlo a cabo se lleva todo un proceso de un tiempo considerable como le llevo a él con un virus del alga marina eucariota.<sup>56</sup>

Carlos Escudero se encontraba un poco cansado y era evidente la presencia de una gripa con tos seca, la cual relacione con Neumonitis Carini, uno de los padecimientos que tienen la mayoría de las personas con un sistema inmunológico débil. Al termino de este platica me despedí y él me menciona que su libro me lo enviaría completo ya que en la página de monarcas solo tenía tres capítulos recalcándome que lo manejaba de esta manera para que las personas

---

<sup>55</sup> Correo electrónico enviado el 14 de Junio de 2007.

<sup>56</sup> Pagina WEB de Plural 21 se encuentra la entrevista completa que realizó Luís Botinas al Dr. Stefan Lanka,

que estuvieran interesadas se lo solicitaran y el con gusto enviaría una copia completa, haciendo una estadística de cuantas personas solicitaran la información.

En Febrero del 2008 en la colonia Coyoacan en México D.F. hubo una reunión similar a la anterior donde se tocó la siguiente temática: ¿Qué son las pruebas?, Medicamentos, Cambio de régimen de vida, Siempre Respetar la decisión que la gente decida tomar, MONARCAS no es un promotor de ningún medicamento o tratamiento Nuestro Objetivo es Informar e Intercambias ideas sobre VIH/SIDA. Lo anterior correspondía al apartado de Pasos a seguir en las consultas y atención a la población.

Posteriormente abordaban Banco Estadístico de las personas que han recibido información sobre monarcas y las que han fallecido. Se abrió un apartado sobre la medicina en cuanto a sus metodologías para elevar el sistema inmunológico y la filiación de médicos que coincidan con los principios de MONARCAS y por último se tocaba el tema de la autonomía de monarcas y su sostenibilidad.

En esta ocasión hubo una especie de mesa redonda en la sala de la casa colonial ahí cada paciente exponía sus motivos y también si tenían problemas de salud en ese momento el Dr. Roberto Giraldo les indicaba como debían tratarse usando métodos alternativos de medicina.

Un hecho importante que cabe señalar es la manera en que los medios de comunicación han abordado el tema como a continuación se detalla: “Muere cada Minuto un Menor de 15 Años en el Mundo por VIH”<sup>57</sup>, “SIDA Menos Prevención en América Latina”<sup>58</sup> y “Descubren Sustancia en la Sangre que Inhibe el VIH”<sup>59</sup>. Con estas declaraciones la sociedad adopta, construye y comparte una definición sobre VIH/SIDA, la cual es representativa con la siguiente fórmula: VIH=SIDA=MUERTE, como en algún momento comentó Roberto Stock, Biólogo Molecular, del Instituto de Biotecnología de la UNAM.

---

<sup>57</sup> El Universal.com.mx, 20 de abril de 2007.

<sup>58</sup> BBC Mundo.com, 20 de abril de 2007.

<sup>59</sup> MundodehoY.COM, 27 de abril DE 2007.

Los artículos anteriores reflejan la latencia del virus y que este mata a las personas por no usar protección, es importante mencionar que por falta de capital no se compran preservativos como afirma Marco Tulio Castro Guevara autor del artículo Síndrome de Inmunodeficiencia Cultural Socialmente Adquirida dice que “el resultado, en relación a enfermedades venéreas y a su distribución social, en que, en realidad la muerte por SIDA es la consecuencia personal de quien, olvidando la norma de la higiene, no respeta el convenio social de la monogamia y el amor expresándose en la permisividad sexual, en la sodomía y en el desdén de su salud y la de los otros.

Ello está ampliamente demostrado en países donde los ingresos permiten al usuario comprar condones, cuyo precio en otros países en los que la economía popular está deteriorada y el obrero tiene que decidir si compra condones, come o se transporta a su trabajo.

Observaciones de sociólogos, economistas, pedagogos y psiquiatras nos indican que la angustia y el miedo existencial manipulados en la aglomeración urbana incrementa las enfermedades, el crimen y el vicio, creando los negocios que le darán sustento a esas actividades.”<sup>60</sup>

Continuando con el análisis de los encabezados quiero mencionar que con el hecho de hacer mención “que cada minuto se está muriendo un infante”, y en el siguiente encabezado se escribe que hay “menos prevención en América Latina”; se da por entendido que el sistema de gobierno no tienen las suficiencias presupuestales para combatir esta enfermedad y que en apariencia no está tan lejos como se imagina. Aunado a la creciente pobreza económica y deficiente sistema educativo básico, acrecientan el problema de manera considerable o por lo menos más que en los países desarrollados. “de hecho, es necesario vincular la enfermedad –tanto de individuos como de grupos o poblaciones enteras- no sólo en el contexto ecológico en el que éstos viven (desnutrición, escasa protección

---

<sup>60</sup> Revista Tlacatl “De la facultad de la Antropología de la Universidad Veracruzana”, primer semestre de 1991. Artículo. Síndrome de Inmunodeficiencia Cultural Socialmente Adquirida, Autor Marco Tulio Castro Guevara

contra las enfermedades contagiosas.), sino también con las condiciones socioculturales de existencia y convivencia...Si por ejemplo se cura un paciente de saturnismo (intoxicación con plomo), y luego no se realiza, directa o indirectamente el saneamiento del ambiente donde aquél contrajo la enfermedad se expone de nuevo al individuo al riesgo morbífico.”<sup>61</sup>

### **3.4.-Desarrollo de la construcción simbólica del paciente con VIH en un marco contextual local.**

En la en la página electrónica de la Secretaría de Salud de Quintana Roo con fecha del diez de agosto de 2005, hasta esa fecha en el estado se contaban “1564 personas con VIH, 381 casos de SIDA y 499 defunciones por esta Causa. De los pacientes con VIH, 870 acudían para su tratamiento a los Servicios Estatales de Salud, 619 al IMSS, 73 al ISSSTE y 2 a otras instituciones. El 7.3 por ciento del total de casos de VIH/SIDA corresponde al rango de edad de 25 a 44 años y el 11.1 por ciento de 45 a 64 años. En cuanto a la distribución de casos de VIH/SIDA acumulados por género, el 78.2 por ciento corresponde a hombres y el 21.8 por ciento a mujeres, siendo esta una relación de acuerdo con la información del mismo artículo, se diagnosticaron 134 pacientes seropositivos, de los cuales 17 correspondían al municipio de Othón P. Blanco y 55 con SIDA de los cuales 14 pertenecen al municipio de Othón P. Blanco.”

El tema de VIH/SIDA, se relaciona con algo lejos, con algo que existe en otros países y que le corresponde a otras personas, sin embargo las estadísticas demuestran todo lo contrario como en lo que describo en la siguiente entrevista de una paciente heterosexual seropositivo de 26 años: “Las pruebas me las hice hace 6 años porque trabajaba en un Restaurant Bar en la Ciudad de Playa del Carmen, en principio no lo creía. Fui contagiada hace 6 años, por mi pareja en principio no lo creía porque estaba embarazada. Fue entonces cuando falleció mi otra hija que me di cuenta que esto iba en serio, ya que ella falleció porque no se le formó el cerebro, según por la misma enfermedad.” Quisiera agregar que “las

---

<sup>61</sup> Timio Mario, Clases Sociales y Enfermedad, Editorial Nueva Imagen, México D.F. Marzo de 1979, Pag. 27 y 28



manifestaciones psicológicas del SIDA cuando progresa en gravedad habitualmente, son las mismas de cualquier enfermedad crónica que se sabe mortal y que es fácilmente transferible, con el elemento adicional que se trata de una enfermedad que produce vergüenza social y discriminación porque erróneamente se le ha relacionado directamente con conductas sexuales que se apartan de la norma cultural de las sociedades donde se desenvuelve la persona.”<sup>62</sup>

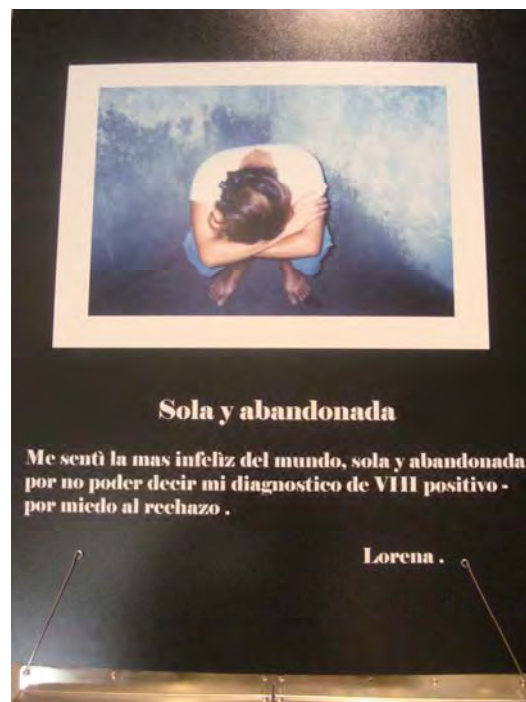
Cabe el argumento de una heterosexual de 27 años la cual argumentó que: “me hice la prueba ya que mi esposo recayó en una infección de la cabeza. Fue por ello que me hice las pruebas... mi esposo se afectó el brazo y la pierna por la herida en la cabeza”. A mi juicio una infección en la cabeza no es parte de los síntomas del VIH/SIDA, sin embargo desde la concepción del paciente y el discurso médico se acomoda de tal manera que sea aceptable ante el paciente partiendo del argumento de una prueba positiva, sin embargo el paciente responde cuando le mencione que si consideraba al VIH ¿Cómo un castigo divino? “es algo por el destino, creo en Dios y si estoy aquí es porque él quiere”, entonces si armamos el rompecabezas se crea el escenario para la construcción de una enfermedad.

Harris continua mencionando que: “La ignorancia, el miedo y el conflicto son los elementos básicos de la conciencia cotidiana. El arte y la política elaboran con estos elementos una construcción onírica colectiva cuya función es impedir que la gente comprenda qué es su vida social. Por consiguiente, la conciencia cotidiana no puede explicarse a sí misma. Su misma existencia depende de una capacidad desarrollada de negar los hechos que explican su existencia. No esperamos que los soñadores expliquen sus sueños; tampoco debemos pues, esperar que los participantes en los estilos de vida expliquen sus estilos de vida.”<sup>63</sup>

---

<sup>62</sup> Curso: Orientación sobre VIH y SIDA en la Educación Básica, Impartido por la fundación AME Cisneros y la Universidad de Zulia de Venezuela, Módulo 2, 2008

<sup>63</sup> Harris Marvin, Vacas, Cerdos, Guerras y Brujas, Antropología Alianza Editorial, España, 2006, Pagina 5.



Fotos de una exposición de fotográfica, tomadas en el X Congreso Nacional, llevado a cabo del 25 al 27 de noviembre en la Ciudad de León Guanajuato.

Aunque este tipo de padecimientos está asociado con la suministración de “talidomina, en particular, se utilizó como calmante para mujeres embarazadas que posteriormente dieron a luz niños con malformaciones genéticas”.<sup>64</sup> Sin embargo la paciente acomoda sus ideas para navegar

Lo antes mencionado hace referencia a personas que sobrepasan el rango de vida que se tiene designado, como el caso de un hombre de 40 años que es portador del virus desde hace 18 años y no presenta el cuadro patológico. Para este apartado es importante mencionar la labor de la Asociación Punto de Encuentro A. C. La cual se encarga de informar a la sociedad sobre la prevención de VIH=SIDA en donde indica que: “Las personas seropositivas pueden vivir varios años siendo portadoras del virus antes de desarrollar los síntomas del SIDA (de 6 a 12 años y en promedio 7 años),”<sup>65</sup>

<sup>64</sup> Camp Rob y C. Tallada Joan, Vivir con el VIH SIDA, Editorial Fausal, impreso en España 1994.

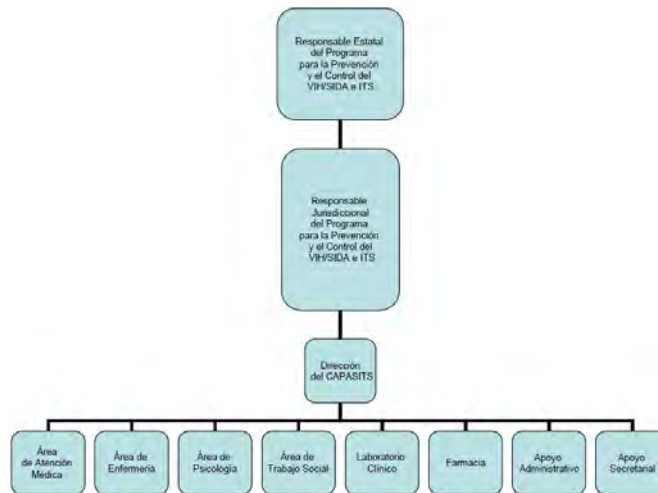
<sup>65</sup> Tríptico de Punto de Encuentro de la Comunidad A. C., Educación para la prevención del VIH/SIDA en Chetumal.

## Capítulo 4:

### Los Resultados de la Investigación.

#### 4.1.1.- Descripción del lugar y su estructura orgánica para atender este objetivo.

#### Organigrama



“Los CAPASIT’S se constituyen como la unidad operativa de las políticas públicas, programas de prevención, atención médica, promoción social, ejecución de recursos y de vigilancia epidemiológica del VIH/SIDA e ITS en el país, que ofrece promoción de salud sexual, mejora el acceso a los servicios ofreciendo atención integral a las personas que viven con el VIH/SIDA e ITS, que incluyen aspectos psicológicos, sociales, culturales y étnicos.”<sup>66</sup>

“Existen 76 pacientes con tratamiento son más hombres (50 aproximadamente), todos hombres, solo tres niños de 7, 6 y 5 años que se infectaron por vía perinatal por no llevar un control.

<sup>66</sup> Manual de Organización Específico del Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención del SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual (CAPASITS), 2006, Página 25

En cuanto a las condiciones socioeconómicas que se encuentran la población para atender se encuentran muy precarias. Existen personas que son de la Ciudad y la otra parte viene de poblados. El 40% no sabe leer, ni escribir.”<sup>67</sup>

### **“Descripción de Funciones**

Responsable Estatal del Programa para la Prevención y el Control del VIH/SIDA e ITS.

### **Objetivo**

Coordinar, supervisar y vigilar que las acciones para la atención integral de las personas con VIH/SIDA y otras ITS, establecidas en el Programa se ofrezcan a la población usuaria de los CAPASITS bajo estándares de calidad y con un trato caracterizado por la no estigmatización ni discriminación.

### **Funciones**

Elaborar el Diagnóstico Situacional del VIH/SIDA e ITS en la entidad federativa correspondiente.

Elaborar el Programa Anual de Trabajo y Programa Operativo Anual con la participación de las jurisdicciones sanitarias.

Fungir como enlace entre el nivel nacional y el jurisdiccional, así como con la coordinación del CAPASITS para la entrega de información, gestión de insumos y difusión de documentos técnico-administrativos. Apoyar las acciones promovidas por el nivel jurisdiccional

---

<sup>67</sup> Entrevista realizada al Enfermero que atiende a los pacientes en el CAPACITS.

Mantener informado a su jefe inmediato en la entidad federativa sobre la operación de los CAPASITS.

Difundir e informar acerca de los servicios que se otorgan en los CAPASITS tanto al interior de la Secretaría de Salud en el Estado como a la población en general, presidencias municipales, DIF, centros educativos y otras dependencias.

Mantener coordinación permanente con las ONG's, Jurisdicciones Sanitarias y autoridades federales para dar cumplimiento a las actividades encomendadas al CAPASITS.

Recibir, analizar y distribuir Normas Oficiales Mexicanas, Manuales, Guías, formatos oficiales, y algunos otros documentos técnico-administrativos necesarios para la conducción de las actividades del personal integrante de los CAPASITS.

Validar los informes del Sistema de Información en Salud (SIS) en coordinación con el área específica de acuerdo a las fechas establecidas.

Utilizar la información contenida en el SIS para la monitorización de actividades del programa, en los CAPASITS.

Recibir y revisar la actualización del censo nominal con base en los datos de las jurisdicciones sanitarias y enviarlo a nivel federal de acuerdo a las fechas establecidas.

Revisar los estudios epidemiológicos de casos de VIH/SIDA e ITS recibidos de las jurisdicciones sanitarias y enviar al nivel federal. Elaborar y actualizar el directorio estatal de los CAPASITS e informar cualquier cambio, mediante oficio dirigido a la Dirección General del CENSIDA.

Elaborar y distribuir a las jurisdicciones sanitarias material de promoción y educativo en coordinación con el área de promoción de la salud.

Evaluar periódicamente el cumplimiento de las metas de VIH/SIDA e ITS.

Elaborar un programa de supervisión hacia las jurisdicciones sanitarias y CAPASITS, además de realizarlas.

Recibir, controlar y entregar los medicamentos ARV a las jurisdicciones sanitarias. Concentrar y actualizar la base de datos de las PVVS, para la solicitud de medicamentos antirretrovirales ante el nivel federal.

Solicitar en los periodos de tiempo establecidos información de pacientes con y sin tratamiento antirretroviral en los CAPASITS, además del control administrativo de los pacientes referidos y remitir al nivel nacional de acuerdo a las fechas establecidas.

Organizar y promover la capacitación continua de los responsables jurisdiccionales del programa.

Gestionar recursos con ONG'S, presidencias municipales, DIF o alguna otra instancia, para el mejoramiento o mantenimiento de la infraestructura del CAPASITS.

Acudir a cursos, talleres, conferencias, etc. relacionados con la actualización en VIH/SIDA e ITS, previa autorización

#### **4.1.2.-Responsable Jurisdiccional del Programa para la Prevención y el Control del VIH/SIDA e ITS.**

##### **Objetivo**

Coordinar, supervisar y vigilar que las acciones para la atención integral de las personas con VIH/SIDA y otras ITS establecidas en el Programase ofrezcan a la población usuaria de los CAPASITS de la jurisdicción sanitaria con servicios de prevención y control adecuados, sin estigmatización ni discriminación.

## **Funciones**

Elaborar el diagnóstico situacional del VIH/SIDA e ITS de la jurisdicción sanitaria. Elaborar el Programa Anual de Trabajo y Programa Operativo Anual con el apoyo de la Coordinación de los CAPASITS.

Fungir como enlace entre el nivel estatal y la coordinación del CAPASITS para la entrega de información, gestión de insumos y difusión de documentos técnico-administrativos.

Mantener informado a su Jefe Inmediato en la jurisdicción sanitaria sobre la operación de los CAPASITS.

Difundir e informar acerca de los servicios que se otorgan en los CAPASITS tanto al interior de la jurisdicción sanitaria como a la población en general, presidencias municipales, DIF, centros educativos y otras ONG´s.

Mantener coordinación permanente con el responsable estatal, ONG´s y otras dependencias, para el cumplimiento de las actividades encomendadas al CAPASITS.

Recibir, analizar y distribuir Normas Oficiales Mexicanas, Manuales, Guías, formatos oficiales y algunos otros documentos técnicoadministrativos necesarias para la conducción de las actividades del personal integrante del CAPASITS.

Verificar en coordinación con el nivel estatal que desde este nivel se establezcan los mecanismos de intervención en los CAPASITS para el cumplimiento de la NOM-087-SEMARNAT-SSA-1-2003, Para el control de los residuos biológico-infecciosos.

Validar los informes del SIS en coordinación con el área específica de acuerdo a las fechas establecidas.

Utilizar la información contenida en el SIS para la monitorización de actividades del programa en los CAPASITS.

Recibir y revisar la actualización del censo nominal en base a los datos de los CAPASITS y enviar a nivel estatal de acuerdo a las fechas establecidas.

Revisar los estudios epidemiológicos de casos de VIH/SIDA e ITS recibidos de los CAPASITS y enviar al nivel estatal.

Elaborar y actualizar el directorio jurisdiccional de los CAPASITS e informar al nivel estatal de cualquier cambio.

Elaborar y distribuir a los CAPASITS el material de promoción y educativo en coordinación con el área de promoción de la salud.

Evaluar periódicamente el cumplimiento de las metas de VIH/SIDA e ITS.

Elaborar un programa de supervisión hacia los CAPASITS, además de realizarlas.

Recibir, controlar y entregar los medicamentos ARV a los CAPASITS.

Concentrar y actualizar la base de datos de las PVVS, para la solicitud de medicamentos antirretrovirales ante el nivel estatal.



Solicitar en los periodos de tiempo establecidos la información de pacientes con y sin tratamiento antirretroviral en los CAPASITS, además del control administrativo de los pacientes referidos y remitir al nivel estatal de acuerdo a las fechas establecidas.

Organizar y promover la capacitación continua del personal integrante de los CAPASITS.

Realizar visitas domiciliarias en actividades de vigilancia epidemiológica, en coordinación con los responsables de los CAPASITS

Garantizar la dotación de insumos necesarios en función de los requerimientos que tengan los CAPASITS, para el cabal cumplimiento de metas.

Participar en cursos, talleres, conferencias, etc. relacionados con la actualización en VIH/SIDA e ITS, previa autorización.

#### **4.1.3.-“Responsable del CAPASITS.**

##### **Objetivo**

Coordinar, supervisar y vigilar servicios de atención integral proporcionados a la población afectada con VIH/SIDA o ITS, que incluyan acceso a la información, prevención, consejería, detección oportuna, tratamiento y seguimiento con el fin de contener la diseminación de la epidemia, favorecer la sobrevida de los pacientes, mejorar su calidad de vida y disminuir las necesidades de hospitalización y atención de urgencias.

##### **Funciones**

Elaborar diagnóstico situacional del VIH/SIDA e ITS del área de su responsabilidad.

Elaborar el Programa Anual de Trabajo del CAPASITS en coordinación con la jurisdicción sanitaria.

Fungir como enlace entre el nivel jurisdiccional y el operativo del CAPASITS.

Mantener informado al nivel jurisdiccional sobre la operación del CAPASITS.

Dirigir, coordinar, evaluar y supervisar las actividades del personal que integra el CAPASITS.

Vigilar que los servicios integrales de diagnóstico, tratamiento, control y seguimiento que se ofrezcan a la población, se otorguen sin estigmatización ni discriminación.

Vigilar mediante revisiones periódicas, el cumplimiento a la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998 Del expediente clínico, Integrar bitácora de las supervisiones realizadas al CAPASITS por el nivel jurisdiccional, estatal o federal, dando seguimiento a las observaciones registradas.

Difundir e informar acerca de los servicios que se otorgan en los CAPASITS, tanto al interior del mismo como a autoridades locales, población en general, DIF, centros educativos y otras ONG'S.

Mantener coordinación permanente con las ONG's, jurisdicciones sanitarias y autoridades locales para dar cumplimiento a las actividades encomendadas.

Actualizar periódicamente y difundir entre el personal del CAPASITS el directorio de unidades para referencia de pacientes.

Recibir, analizar y difundir entre el personal del CAPASITS las Normas Oficiales Mexicanas, manuales, guías, formatos oficiales y algunos otros documentos técnico-administrativos necesarios para la conducción de sus actividades.

Revisar y comentar con el equipo que integra los CAPASITS en reuniones de actualización y análisis las Normas Oficiales Mexicanas, manuales, guías, material de promoción y formatos oficiales enviados por el responsable jurisdiccional del Programa de Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS.

Supervisar el cumplimiento de las normas de bioseguridad que rigen las acciones médicas y del equipo de salud en VIH/SIDA e ITS.

Validar los informes del SIS remitidos por las áreas específicas del CAPASITS, en las fechas establecidas.

Utilizar la información contenida en el SIS para la monitorización de las actividades del CAPASITS.

Efectuar el control y seguimiento de la vigilancia epidemiológica del VIH/SIDA e ITS.

Revisar y validar la actualización del censo nominal en la base de datos de acuerdo a las fechas programadas.

Enviar modificaciones de los integrantes del CAPASITS, para la actualización del directorio a nivel jurisdiccional.

Difundir material de promoción educativo entre los usuarios del CAPASITS y la población en general.

Evaluar periódicamente el cumplimiento de las metas de VIH/SIDA e ITS.

Concentrar y actualizar la base de datos de las PVVS, para la solicitud de medicamentos ARV.

Establecer coordinación con el responsable jurisdiccional del programa, para la solicitud y distribución de insumos y materiales que se requieren para el funcionamiento del CAPASITS.

Informar oportunamente al responsable jurisdiccional sobre la existencia de medicamentos, sobre los caducos o de nulo movimiento y las necesidades para la dotación a los pacientes, para evitar su desabasto o caducidad.

Concentrar, validar y enviar, en los periodos de tiempo establecidos, la información de los pacientes con y sin tratamiento ARV, además del control administrativo de los pacientes referidos.

Registrar, validar y enviar en tiempo y forma la información del VIH/SIDA e ITS solicitada por el nivel jurisdiccional y de acuerdo a los periodos de tiempo establecidos.

Solicitar semanalmente relación de existencia de medicamentos a la farmacia a fin de evitar desabasto y conocer fechas de caducidad, y en su defecto al área de atención médica o personal responsable.

Conocer y supervisar el procedimiento de toma de muestras para envío al laboratorio de referencia.

Evaluar en coordinación con el área de psicología proyectos de educación dirigidos a la comunidad en general.

Organizar y promover la capacitación continua y actualización del personal integrante del CAPASITS.

Sugerir al responsable estatal y jurisdiccional sobre actualizaciones del manual de organización y procedimientos del CAPASITS, de acuerdo a la operación del mismo.

Promover y vigilar el cumplimiento del respeto a los derechos humanos de las personas con VIH/SIDA e ITS.

Atender y dar solución a las complicaciones o dificultades de operación de las áreas que integran el CAPASITS.

Participar en cursos, talleres, conferencias, etc. relacionados con la actualización en VIH/SIDA e ITS, previa autorización.”<sup>68</sup>

El responsable de la unidad era el Médico encargado de realizar estas funciones el cual demostraba un aspecto desgastante y cansado, puede ser porque los fines de semana trabajaba en alguna clínica en la Ciudad de Felipe Carrillo Puerto.

En una ocasión llegue muy temprano y se encontraba dormido en el escritorio, lo anterior era debido a la excesiva cantidad de pacientes que atendía o a la falta de ellos ya que habían ocasiones que no se encontraban ninguno. Lo que reflejaba una falta de organización y programación de las citas.

#### **4.1.4.-Área de atención médica**

##### **Objetivo**

---

<sup>68</sup> Manual de Organización Específico del Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención del SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual (CAPASITS), 2006, Página 25-48.

Otorgar atención médica integral de calidad y sin discriminación ni estigmatización a las personas con infección de VIH/SIDA e ITS.

### **Funciones**

Conocer los documentos técnicos y normativos del programa de prevención y control del VIH/SIDA e ITS.

Integrar el expediente clínico de acuerdo a la NOM-168-SSA1-1998  
Para el expediente clínico.

Informar al paciente sobre todos los aspectos relacionados a la infección por el VIH/SIDA o ITS, así como su estado y pronóstico.

Solicitar pruebas de laboratorio de acuerdo a las guías de manejo clínico de pacientes con VIH/SIDA, o de otras ITS, según el caso requiera.

Definir el tratamiento de acuerdo a los protocolos establecidos, tanto de medicamentos antirretrovirales como para prevenir infecciones oportunistas.

Informar de manera clara y sencilla a los pacientes sobre los efectos de los medicamentos que se indican.

Firmar responsiva como médico tratante en el expediente clínico.

En caso de no existir farmacia, entregar el medicamento indicado y solicitar la firma del paciente cuando se hace la entrega.

Solicitar al paciente la firma de los siguientes documentos: hoja de ingreso al servicio, hoja de ingreso al tratamiento antirretroviral y carta responsiva para ingresar al tratamiento según corresponda, menor de edad, embarazada o adulto.

Vigilar en consultas subsecuentes el apego al tratamiento de los pacientes diagnosticados.

Informar al área de trabajo social sobre las inasistencias de los pacientes en tratamiento.

Indicar leche maternizada para los hijos de madres con VIH/SIDA (menores de 2 años de edad).

Registrar en el expediente clínico los cambios de esquema de tratamiento que sean requeridos y notificar a la Dirección del CAPASITS.

Ofrecer y promover la confidencialidad respecto al diagnóstico y exámenes complementarios.

Promover el uso sistemático y correcto del condón.

Realizar la búsqueda intencionada de casos de Tb, solicitando en los casos necesarios los cultivos o baciloscopias, manteniendo además comunicación con el médico tratante de referencia para vigilar el apego al tratamiento y su seguimiento. Referir a los pacientes diagnosticados que requieran atención médica especializada de segundo nivel de atención.

Referir a las PVVS para la aplicación de vacunas al área de enfermería de la unidad más cercana que cuente con este servicio.

Llevar el control prenatal de toda mujer embarazada con virus del VIH/SIDA, solicitando los exámenes médicos para su estudio, previo consentimiento informado.

Referir a los recién nacidos de madres con VIH/SIDA, y realizar su seguimiento periódicamente para conocer su evolución.

Informar a toda mujer en edad reproductiva que vive con el VIH/SIDA sobre los procedimientos de planificación familiar definitivos y temporales, sin realizar coacción o presión para que decida sobre el tema.

Cumplir las normas de disposición de productos biológicos infecciosos que rigen las acciones médicas en VIH/SIDA e ITS.

Respetar los derechos humanos de las PVVS.

Notificar y requisitar el estudio epidemiológico de seropositivos o casos de SIDA e ITS, además de informar a la Dirección del CAPASITS.

Notificar semanalmente casos nuevos de VIH/SIDA e ITS en el Sistema Único de Vigilancia Epidemiológica.

Realizar el registro del censo nominal en base de datos para reporte semanal.

Adoptar las "Precauciones Estándar" en la atención de pacientes.

Concurrir a sesiones de capacitación o actualización que convoque el responsable estatal, jurisdiccional o la coordinación del CAPASITS. <sup>69</sup>

En el caso de del CAPACITS del Hospital General, el mismo médico que era el responsable, era el que atendía a los pacientes. El cual seguía el siguiente protocolo para la consulta del paciente:

---

<sup>69</sup> Manual de Organización Específico del Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención del SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual (CAPASITS), 2006, Página 25-48.



Si era la primera vez, se llenaba un formulario con los datos de los pacientes. Y la pregunta de todos los tiempos “¿Usted ha tenido relaciones sexuales sin protección?”. Este tipo de preguntas, me intrigaba ya que ha reserva de las personas que desde la infancia se encuentren con votos de castidad (como lo monjes budistas tibetanos o sacerdotes) porque desarrollan actividades sacras, “todo el mundo ha tenido relaciones sin protección”. A lo que la mayoría de las personas respondía con un ¡Sí! a lo que desde mi punto de vista considero que este tipo de preguntas tiene un significado que a continuación describiré.

En la cultura latina los genitales deben de ser usados para la creación de otro ser. Ya que el ejercicio de nuestra sexualidad se la envuelto en un “Tabu” Como menciona Freud en el libro “Totem and Tabu” *El Horror del Incesto*: “El tabú tiene dos significados opuestos el primero como lo sagrado (haciendo la analogía con los órganos sexuales se consideran como sagrados por qué sirven como medios de reproducción y así lograr la permanencia de la raza humana) y el segundo como lo inquietante, peligroso, prohibido e impuro (Los genitales son considerados como los principales medios de transmisión, aunado a que a la creencia de que la mayoría de los portadores son conocidos: homosexuales, prostitutas heroinómanos o hemofílicos se le asigna el segundo valor.)<sup>70</sup> Se le asigna el valor de que los genitales mal empleados son el equivalente a contagio por VIH/SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual.

Asimismo la Organización Mundial de la Salud dice: “¿Cómo puedo limitar el riesgo de infectarme por el VIH por medio de las relaciones sexuales?

- Cada vez que tenga relaciones sexuales, utilice correctamente el condón masculino o femenino.
- Absténgase de practicar las relaciones sexuales con penetración.
- Sea fiel a una pareja sexual que no esté infectada, sea igualmente fiel y no tenga ningún otro comportamiento de riesgo.

---

<sup>70</sup> Freud Sigmon, Tótem y Tabú, Alianza Editorial 2005, Página 121

- Absténgase de tener relaciones sexuales.”<sup>71</sup>

Quisiera retomar el último punto como referencia al valor entendido, sobre “No tener relaciones sexuales”, algo que sería realmente difícil como mencione al principio. Ya que considero que las interacciones sexuales, es una necesidad básica, como el comer o respirar.

El hacer hincapié en este tipo de preguntas es porque es muy importante el significado del “valor” a las formas de interpretación, como menciona Umberto Eco sobre el “Símbolo, el cual es una entidad figurativa u objetual que representa, por convención o a causa de sus características formales, un valor, un acontecimiento, una meta o cosas similares; así, la cruz, la hoz y el martillo, la calavera”<sup>72</sup> o la simple respuesta a un ¡Sí! Conlleva a interpretarse como “no existe más explicación” si das positivo es por “tu descuido” y si das negativo entonces estas bien.

Continuando con el protocolo de atención a pacientes en su primer visita. Se les preguntaba que tanto conocían del tema. ¿Qué sabían sobre los medios de transmisión? ¿La duración del VIH relativo al SIDA? Entre otras cosas. En este apartado quisiera poner el comentario de una mujer heterosexual que se prostituía cuando le pregunte: ¿Usas protección en tus relaciones sexuales?, ¡No! Pero tomo pastillas para los hongos después de tener cada relación, es que el condón es muy grueso y me lastima.

El protocolo terminaba en el área médica cuando le pedía al paciente si daba el consentimiento para realizar una prueba de ELISA. En el área de enfermería.

Muchos de los pacientes que llegaban a la unidad de CAPACITS, por medio de la Asociación Punto de Encuentro. A.C.<sup>73</sup> ya que visitaban para alguna consejería en

---

<sup>71</sup> <http://www.who.int/features/qa/71/es/>

<sup>72</sup> Eco Umberto, Editorial Labor, Segunda Edición 1994, Página 13.

<sup>73</sup> La asociación empezó a laborar en el año 2000, con Eugenia Urquieta como encargada, dando acompañamiento a los familiares y pacientes con VIH/SIDA, esto incluía apoyo emocional, espiritual, psicológico y jurídico entre otras cosas.

donde eran atendidos por el C. Wilbert Chan el cual era encargado de dar seguimiento y acompañamiento de personas con VIH/SIDA y familiares, el proceso era sencillo, llegaban los pacientes o familiares, se les pedía pasar en el segundo piso donde había una sala, allí se hablaba del tema, proporcionando toda la información correspondiente al tema VIH/SIDA.

Posteriormente y si la ocasión lo ameritaba, se les trasladaba a la unidad de CAPACITS para realizarse las pruebas correspondientes, el trayecto de la Asociación la cual se encontraba en la calle Tomas Garrido Número 78, Colonia Miraflores hasta la Av. Andrés Quintana Roo No. 399 Col. Taxistas, dirección del CAPACITS.

#### **4.1.5.-“Área de Enfermería**

##### **Objetivo**

Constituir una estructura de apoyo para la atención integral de las personas con VIH/SIDA e ITS, identificando las necesidades del paciente para el establecimiento de planes de cuidado individual, familiar o comunitario y actuar en consecuencia en un ámbito de respeto a la diversidad sexual.

##### **Funciones**

Realizar la toma de signos vitales, registrar y entregar al médico tratante.

Solicitar expedientes clínicos al apoyo secretarial para entregar al médico tratante para el registro de notas clínicas

Integrar los expedientes clínicos y entregarlos al final de la jornada laboral para su resguardo.

Brindar atención y trato amable con respeto a los derechos humanos de las PVVS.

Esterilizar correctamente el material e instrumental utilizado en la atención médica.  
Mantener ordenado el área de consulta médica, así como la papelería, material y equipo.

Presenciar y apoyar la exploración física de las personas que solicitan atención médica.

Proporcionar orientación sobre la prevención del VIH/SIDA e ITS y las medidas higiénicas dietéticas para mejorar la calidad de vida.

Ejecutar y promover la adopción de las Precauciones estándar en la atención de los pacientes.

Ejecutar las disposiciones para el manejo de secreciones y líquidos corporales de acuerdo a la NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2003, Protección ambiental, salud ambiental, residuos peligrosos biológico infecciones –clasificación y especificaciones de manejo.

Colaborar en el control de citas y manejo de carnet.

Revisar y controlar las solicitudes de estudios de laboratorio.

Canalizar a los usuarios a otros servicios del CAPASITS que se requieran.

Realizar la toma de muestras sanguíneas o de secreciones genitales para su envío o procesamiento de laboratorio.

Realizar acciones educativas en coordinación con el área de trabajo social y psicología.

Concurrir a sesiones de capacitación o actualización que convoque el responsable estatal, jurisdiccional o la coordinación del CAPASITS. ”<sup>74</sup>

El protocolo de citas de primera vez obligaba que al llenar un formulario con los datos de los pacientes, se hicieran las pruebas de ELISA (acrónimo del inglés Enzyme-Linked ImmunoSorbent Assay, Ensayo por inmunoabsorción ligado a enzimas)<sup>75</sup> la cual consistía en provocar el sangrado en el dedo índice (con una aguja especial que trae el kit de las pruebas, al momento de ser aplicado libera un sedante para no sentir dolor) y posteriormente derramarlo en un dispositivo similar al de las pruebas de embarazo. Ahí solo quedaba esperar alrededor de 5 a 15 minutos<sup>76</sup> dos rayitas significa que eres VIH positivo y una rayita que eres VIH negativo.

HOSPITAL GENERAL DE CHETUMAL  
CAPASITS CHETUMAL  
FORMA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZACIÓN DE PRUEBA RAPIDA  
SIDA

\_\_\_\_\_  
DATOS PERSONALES

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_  
Edad: 35a Sexo: F Teléfono: \_\_\_\_\_ Domicilio: \_\_\_\_\_  
Fecha: 28/10/13

Autorizo libre y voluntariamente la realización de estudios de laboratorio para la detección de anticuerpos de la inmunodeficiencia humana (VIH) por la técnica de análisis de inmunoenzimas (ELISA). Me han explicado todo lo relacionado al riesgo-beneficio esperado. He comprendido que se podrán necesitar otras pruebas (WESTERN-BLOT) si el resultado es positivo y también, de que los resultados serán entregados al médico que me manejarán en forma confidencial y discreta.

\_\_\_\_\_  
ACEPTO Y AUTORIZO

VIH-SIDA: No reactiva FIRMA DEL MEDICO \_\_\_\_\_  
VDRL: No reactiva

Fotos del resultado de una prueba de ELISA, tomadas en el X Congreso Nacional, llevado a cabo del 25 al 27 de noviembre en la Ciudad de León Guanajuato

Existen otros tipos de pruebas como el “test de saliva” (OraQuick HIV-1/2) el cual tiene la misma efectividad que los otros test solo que la recolección de la muestra se recolecta de la saliva, en donde el resultado es positivo si muestra dos rayitas y si marca una rayita es negativo, el kit es muy similar al de las pruebas de ELISA.

<sup>74</sup> Manual de Organización Específico del Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención del SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual (CAPASITS), 2006, Página 25-48.

<sup>75</sup> <http://www.vitablaboratorios.com/elisa.html>

<sup>76</sup> En ese momento, empiezas a creer o afianzarte en la creencia de Dios, ya que como si fuese una cámara de retrospectiva, te acuerdas de lo mal que te has portado como esperando el veredicto final para saber si eres culpable o inocente.

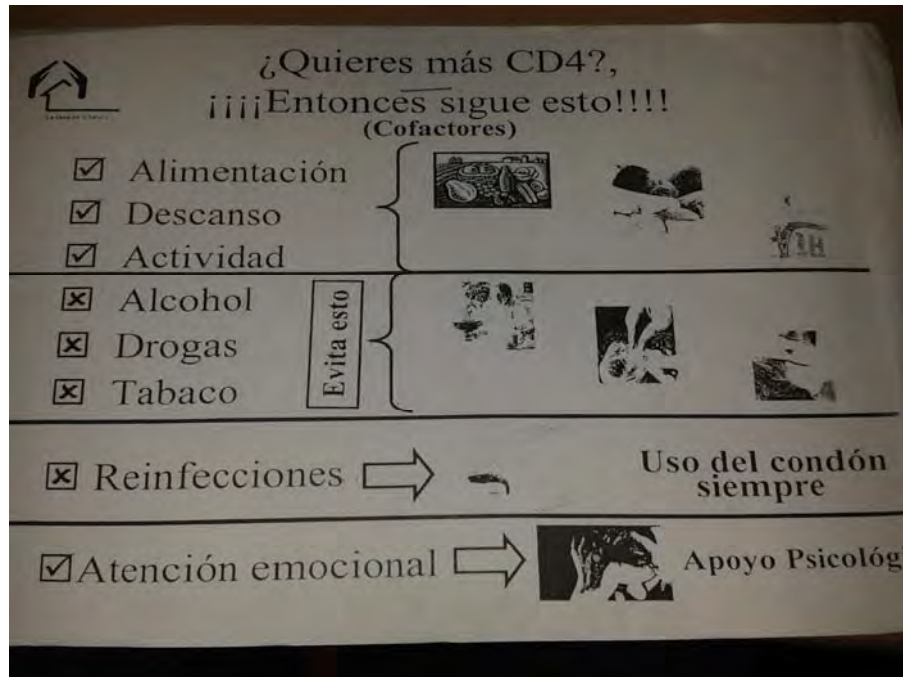


Fotos de una prueba de saliva, tomadas en el X Congreso Nacional, llevado a cabo del 25 al 27 de noviembre en la Ciudad de León Guanajuato

Seguidamente en el caso de dar positivo te mandaban a realizarte una prueba confirmatoria llamada Western Blot la cual se realizaba en la Ciudad de México en el Instituto Nacional de Referencia Epidemiológica INDRE, D.F. Ya que no se contaba con este tipo de técnicas para ser realizadas en la localidad. El resultado de esta prueba se entregaba después de unos uno o dos meses y solo se lo entregaban al paciente, lo anterior era indicativo de que se empezaban los estudios de CD4 (como blanco principal del virus atacan a estos linfocitos<sup>77</sup> los cuales forman parte de los glóbulos blancos los cuales se encargan de proteger al organismo mediante el sistema inmunológico<sup>78</sup>) y con ello la posibilidad de empezar a consumir los retrovirales para mantener controlado al virus.

<sup>77</sup> Levy a Jay, EL VIH y la Patogénesis del SIDA, Editorial: Fondo de Cultura Económica, Impreso en México en el 2008, página 125.

<sup>78</sup> <http://es.wikipedia.org/wiki/Leucocito>



Fotografía tomada en el año 2010, en el Hospital “La Raza” (Área de Infectología) en México Distrito Federal.

Al término de la elaboración de prueba te entregaban un formato el indicaba tu estado de seronegatividad, al parecer esto solo lo entregan a los pacientes en esta condición el formato consistía en la hora, fecha y lugar con firmas del paciente y el médico. El formato representaba libertad, vida y salud. Este problema social se encuentra rodeado de muchos estigmas que según la Comisión Nacional de Derechos Humanos (citando a Weiss) dice que estigma es: “un atributo que devalúa a la persona y da pie a una serie de prácticas discriminatorias contra la persona estigmatizada” y discriminación es: “cualquier forma de distinción, exclusión o restricción, que afecte a una persona, en virtud a una característica personal inherente, sin tomar en consideración. Si existe o no alguna justificación para estas medidas.”<sup>79</sup>

<sup>79</sup> Conferencia impartida por la Comisión Nacional de Derechos Humanos en el auditorio del Hospital General en el 2007.

Como lo que se reflejo en una entrevista con el enfermero el cual me comentó que existían retrovirales capaces de ocasionar ideas suicidas. De igual manera me comento como que “la verdad sobre el VIH/SIDA”, se encuentra en una película llamada “Philadelphia” “(La vida del joven abogado Andrew Beckett (Tom Hanks) cambia cuando se contagia de SIDA y por ello es despedido de la firma de abogados para la que trabajaba. Entonces, decide contratar al abogado Joseph Miller (Denzel Washington) para que le defienda y ambos deberán luchar contra la opinión que tiene la sociedad sobre dicha enfermedad.”<sup>80</sup>

El enfermero llevaba laborando 9 años y su función de acuerdo a lo que el comentó era: “Tomar signos vitales, pulso y respiración tomar muestras, presenciar exploraciones de los pacientes, inyectar los medicamento, así como checar el peso y la talla.

Los esquemas retrovirales consistían en :

Indonavir con Convivir,

Efavirez con Convivir,

Efavirenz con Truvada,

Indonavir con Truvada

Kaletra con Truvada.

La Kaletra tiene que estar de 2 a 8 grados de temperatura para que el medicamento se conserve.

Para empezar el tratamiento depende del CD4 si tu CD4 es menor que 300 y no tengo sintomatología se comienza con Efavirenz con Truvada. En 7 años no debe cambiar medicamentos si se toma como debe. Se nota mediante el CD 4. El precio de la Truvada es de \$8399.00 baja o sube, pero aquí se reparte de manera gratuita.

---

<sup>80</sup> [http://es.wikipedia.org/wiki/Philadelphia\\_\(pel%C3%ADcula\)](http://es.wikipedia.org/wiki/Philadelphia_(pel%C3%ADcula))



Síntomas después de tomar antirretrovirales, dolor de cabeza, vómitos, náuseas, dolor abdominal, pequeñas ronchas (granos en la piel) Te pones de mal humor, agresivo. Es temporal como 15 días o un mes como la quimioterapia.

Con el Efavirenz te dan ideas suicidas según el instructivo. El virus muta después de los 7 años porque son virus mutagenos.

Efavirenz en la noche y Truvada en la mañana.

Como ayuda al paciente, con el aumento de peso, aumento del CD4, disminuye su carga viral. No deja que se reproduzcan los virus pero no los mata. Posteriormente Indinavir con Convivir.

Indinavir 2 pastillas cada 8 horas y el Convivir una cada 12 horas.

Después sigue el Tenofovir y Zakinavir son 5 y 5.

De último se suministra el Kaletra 2 cada 8 horas.”<sup>81</sup>

Recuerdo el argumento este último medicamento y sus “reacciones adversas: KALETRA ha sido estudiada en 612 pacientes, como una terapia combinada en estudios clínicos fase I/II y III. El efecto adverso más común asociado con KALETRA es diarrea, la cual fue generalmente de leve a moderada. A continuación se describen por sistema orgánico los episodios adversos emergentes de tratamiento informados en menos de 2% de los pacientes adultos tratados con KALETRA en todos los estudios clínicos de fase II/III considerados por lo menos como posiblemente relacionados o de relación desconocida con el tratamiento y por lo menos de severidad moderada.<sup>82</sup> La diarrea es considerada como una de las enfermedades ocasionadas por parásitos oportunistas en los sistemas inmunológicos deficientes, en donde llegan a ser mortales para las personas que viven con VIH, sin embargo el mismo medicamento llega a ocasionar los síntomas, algo contradictorio porque luchabas contra algo que es

---

<sup>81</sup> Entrevista realizada al Enfermero que atiende a los pacientes en el CAPACITS.

<sup>82</sup> <http://www.medicamentos.com.mx/DocHTML/26514.htm#A>

provocado por el medicamento que te cura. Quizá tengan ciertos efectos secundarios como el Kaletra: “eleva los triglicéridos durante los primeros 6 meses.”<sup>83</sup>

#### **4.1.6.-“Área de Psicología**

##### **Objetivo**

Prevenir, diagnosticar y tratar trastornos conductuales que pueda sufrir una persona con diagnóstico probable o confirmado de VIH/SIDA e ITS, constituyéndose en un apoyo para el manejo integral de estos pacientes además de su familia y de la comunidad en general.

##### **Funciones**

Elaborar la historia clínica psicológica y registrar en el expediente clínico las notas clínicas psicológicas de evolución.

Identificar la situación del paciente en el proceso y valorar la necesidad de intervención de alguna especialidad.

Impulsar la integración de grupos de autoayuda, evitando se prolonguen por más de seis meses para evitar su dependencia.

Proporcionar consejería e información al paciente diagnosticado, y a los familiares del mismo cuando así se solicite e identificar factores de riesgo promoviendo la adopción de medidas de prevención y protección.

Otorgar consejería pre y post prueba de VIH, previa requisición y firma de formato específico (consentimiento informado).

---

<sup>83</sup> Información obtenida por la nutrióloga en el curso de adherencia el 24 y 25 de agosto del 2010 en el Hospital la Raza de la Ciudad de México D.F.

Otorgar material de promoción de la salud a las PVVS y a la población en general que así lo solicite.

Otorgar condones acompañado de información para su uso correcto y sistemático. Proporcionar consejería a las PVVS que abandonen su tratamiento con el objetivo de su educación, reinserción y adherencia al tratamiento indicado.

Diagnosticar alteraciones neuropsicológicas y psicofuncionales.

Apoyar al área de trabajo social en las visitas domiciliarios en los casos de pacientes ausentes.

Informar sobre el uso de medidas preventivas de transmisión sexual, sanguínea y perinatal del VIH/SIDA e ITS a la población en general y prioritariamente a las personas con prácticas de riesgo y con mayor vulnerabilidad.

Realizar talleres de adherencia al medicamento ARV.

Realizar talleres de sexo protegido y sexo seguro para pacientes.

Promover y participar en la sensibilización social y concientización sobre los derechos humanos, el estigma, la discriminación y la homofobia relacionados con la enfermedad y los grupos afectados a través de diversas estrategias de comunicación.

Adoptar una actitud de respeto hacia las PVVS.

Elaborar informes de actividades de acuerdo a los periodos de tiempo establecidos.

Concurrir a sesiones de capacitación o actualización que convoque el responsable estatal, jurisdiccional o la coordinación del CAPASITS. ”<sup>84</sup>

En el periodo que estuve realizando mi trabajo de campo la Psicóloga, tenía una licencia de maternidad.

Sin embargo en uno de mis viajes al D.F. conocí al Psq. Fernando Ruíz Ponce, quien trabaja en el Hospital la Raza de la Ciudad de México D.F. en esta pequeña entrevista que obtuve con él, comentó que uno de los problemas que agobiaban a los pacientes con VIH era la culpabilidad como menciona una paciente heterosexual del Hospital la Raza “el sentimiento de culpa por saber que la pérdida de un hijo vendrá pronto y ¿Qué hice yo para que le tocará a mi hijo esto?” argumentos devastadores para el instinto de sobrevivencia que viene en cada ser humano.

De igual forma existen mensajes de esperanza que los mantiene con vida como menciona la paciente heterosexual del CAPASITS de Chetumal la cual dice “vivo pensando en que quisiera vivir mucho tiempo y ver a mi hija crecer” este último demostraciones poderosas como combustibles para empujar el motor que se llama vida.

El psiquiatra me mencionó Munchausen el cual según el psiquiatra me lo ejemplifico mencionando que “este tipo de síndromes tenían gran impacto en las personas que inclusive llegaban a crearse enfermedades como el cáncer, dar pruebas positivas en cáncer, y ya cuando estaban listos en la plancha del quirófano y eran abiertos los organismos, se encontraban los médicos especializados con que no había nada.”

---

<sup>84</sup> Manual de Organización Específico del Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención del SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual (CAPASITS), 2006, Página 25-48.

Algo sorprendente puesto que si se lograba convencer a alguna prueba que carece de raciocinio y es cuadrada en el resultado, que se podría esperar de los seres humanos.

Más tarde descubrí que el Síndrome de Munchausen es: “casi siempre involucra a una madre que abusa de su hijo buscándole atención médica innecesaria. Se trata de un síndrome raro, poco comprendido, y cuya causa es desconocida.

La madre puede simular síntomas de enfermedad en su hijo añadiendo sangre a su orina o heces, dejando de alimentarlo, falsificando fiebres, administrándole secretamente fármacos que le produzcan vómito o diarrea o empleando otros trucos como infectar las vías intravenosas (a través de una vena) para que el niño aparente o en realidad resulte enfermo.

Estos niños suelen ser hospitalizados por presentar grupos de síntomas que no encajan mucho en ninguna enfermedad conocida. Con frecuencia, a los niños se les hace sufrir a través de exámenes, cirugías u otros procedimientos molestos e innecesarios.”<sup>85</sup>

Lo anterior lo traigo en el presente trabajo ya que el Psiquiatra al que cito trabaja en uno de áreas de infectología más importantes del país, no dando a entender de qué representa al país y sin lugar a duda menos a un CAPASITS, pero el soporta con razones de peso que la capacidad mental de cada ser humano varía de acuerdo a las herramientas con las que cuente para enfrentar determinada situación, como en este caso la enfermedad ya que dos mujeres embarazadas tienen distintos enfoques de la percepción y construcción de la realidad.

#### **4.1.7.-“Área de Trabajo Social**

---

<sup>85</sup> <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001555.htm>

## **Objetivo**

Participar en la solución de problemas de la realidad social de las personas con VIH/SIDA e ITS, por medio de la reflexión y participación social, el mejoramiento de la calidad de vida en las áreas de asistencia, promoción, educación, salud, vivienda, organización y capacitación.

## **Funciones**

Realizar visitas domiciliarias a pacientes identificados por el área médica como inasistentes, cambio de residencia, fallecimiento u otra causa que lo amerite.

Elaborar estudio socioeconómico y registrar en formatos específicos.

Gestionar apoyos como: leche maternizada, despensas, pasajes, entre otros, ante la Presidencia Municipal, DIF Municipal, ONG´s u otras instancias para apoyar algunas necesidades de los usuarios que así lo requieran.

Ejecutar proyectos de educación dirigidos a la comunidad en general.

Mantener actitud de respeto hacia las PVVS.

Canalizar a los usuarios a la caja para el pago correspondiente o a consulta, previa entrega del estudio socioeconómico.

Ser responsable del proceso de referencia y contrarreferencia.

Mantener el control de citas y manejo de carnet.

Proporcionar información básica sobre VIH/SIDA e ITS.

Informar y orientar a los usuarios sobre los servicios que otorga el CAPASITS.

Promover el uso correcto del condón.

Distribuir material informativo a las PVVS y público en general.

Informar a los pacientes con VIH/SIDA sobre su responsabilidad en el seguimiento del tratamiento.

Dar a conocer los derechos del paciente.

Concurrir a sesiones de capacitación o actualización que convoque el responsable estatal, jurisdiccional de la coordinación del CAPASITS. ”<sup>86</sup>

La encargada de trabajo social llevaba los archivos sobre el CD4 de cada paciente, así como las posibles visitas en el caso de que pudieran faltar a sus citas médicas o medicamentos, para ello se les abría un expediente por cada paciente, para llevar un registro.

“Para motivarlos a empezar el tratamiento se les dice que la diabetes es peor que el VIH ya que en la diabetes te cuidas mucho pero en el caso del VIH no tienes tantas restricciones. En caso de que la persona quisiera dejar el tratamiento tendría que firmar una carta responsiva y si no supiera leer se le llama a un familiar que lo hiciera, y solo pondría su huella el paciente.”<sup>87</sup> Siguiendo el argumento anterior se juega un papel muy importante en el sentido del poder de las enfermedades dando como resultado una relación de poder entre el paciente y la asistencia de citas para su tratamiento, ya que al ver que su “enfermedad” no requiere una rigurosa disciplina, en lo relativo a la alimentación se tendrá que ajustar al régimen de los esquemas como se afirmó en los párrafos anteriores.

---

<sup>86</sup> Manual de Organización Específico del Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención del SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual (CAPASITS), 2006, Página 25-48.

<sup>87</sup> Entrevista con personal del CAPASITS

#### **4.1.8.-“Laboratorio clínico.**

##### **Objetivo**

Proporcionar servicios de apoyo para el diagnóstico médico de personas con VIH/SIDA e ITS, bajo un estricto control de calidad dirigido por personal capacitado.

##### **Funciones**

Controlar y realizar los estudios de laboratorio establecidos en las Normas Oficiales Mexicanas para el seguimiento clínico de los pacientes con VIH/SIDA de acuerdo a su capacidad instalada.

Ejecutar el control sobre la calidad de los procesos para la recolección y procesamiento de muestras con el objeto de garantizar se cumplan sus especificaciones, manejándolas de acuerdo a los protocolos de manejo.

Adoptar las disposiciones para el manejo de secreciones y líquidos corporales de acuerdo a la NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2003 sobre

Protección ambiental, salud ambiental, residuos peligrosos biológico infecciosos—clasificación y especificaciones de manejo. Asegurar la confidencialidad del estado serológico de los pacientes.

Efectuar el llenado completo en el formato específico con letra legible sin sobreponer números o letras y sin usar corrector.

Realizar y actualizar la bitácora de muestras que se realizan y se refieren.

Cumplir con las medidas de Precaución Estándar en la toma de muestras solicitadas.



Realizar el control de actividades del laboratorio.

Definir y difundir los días y horario de atención para la toma de muestras.

Establecer los mecanismos para la entrega de resultados al área médica.

Conservar el respeto por las PVVS y el público en general.

Controlar la existencia de materiales e insumos necesarios para realizar sus actividades e informar a la Coordinación del CAPASITS sobre existencias, faltantes y caducidades.

Concurrir a sesiones de capacitación o actualización que convoque el responsable estatal, jurisdiccional o la coordinación del CAPASITS.”<sup>88</sup>

En lo relativo al laboratorio el protocolo era el siguiente: Te turnaban al Hospital General, en donde se realizaba las pruebas de sangre de ELISA esta prueba consistía en sacar una muestra de sangre con una jeringa en donde tenias que ir cerca de las 6.30 am, esperar en la antesala del laboratorio para que al mencionar tu nombre pases a la toma de muestra. El laboratorista en turno te llamaba y te preparaba apretando el brazo con una banda elástica, para posteriormente sacar la muestra, al día siguiente tus resultados estaban con el Médico de CAPASITS.

En caso de presentar alguna anomalía, te volvían a realizar la misma prueba con el objeto de confirmar el resultado, y en caso de dar negativo, eras negativo. Este punto lo cuestione ¿porque si daba un falso positivo una vez?, que posibilidades hubiese de que diera un falso negativo. En fin el argumento otorgado era que si

---

<sup>88</sup> Manual de Organización Especifico del Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención del SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual (CAPASITS), 2006, Página 35-48.

dabas dos veces positivo en una prueba de ELISA, era casi un hecho que eras portador del VIH, a lo que luego se confirmaba con una WESTERN BLOT, en laboratorios estatales.

## **“Farmacia**

### **Objetivo**

Participar de manera eficaz con el equipo del CAPASITS en la atención de las personas que viven con VIH/SIDA e ITS, mediante la organización de la farmacia, el cumplimiento de los procedimientos y el control de existencias de medicamentos.

### **Funciones**

Atender a las PVVS de manera amable y respetuosa.

Entregar el medicamento indicado por el área médica y solicitar la firma del paciente en el formato específico cuando se hace la entrega.

Controlar los medicamentos en general con énfasis en los antirretrovirales, además de entregar y controlar material de curación para los usuarios internos.

Recibir, almacenar y controlar condones.

Surtir leche maternizada para los hijos de madres con VIH/SIDA (menores de 2 años de edad) previa prescripción médica.

Mantener actualizado el registro de medicamentos, su existencia, entradas, salidas, caducos, medicamentos de nulo movimiento y faltantes, e informar a la coordinación del CAPASITS.

Acudir a sesiones de capacitación o actualización que convoque el responsable estatal, jurisdiccional o la coordinación del CAPASITS.

### **Apoyo administrativo.**

#### **Objetivo**

Apoyar a la organización para el otorgamiento de la atención integral a las personas con VIH/SIDA e ITS, mediante la optimización de los recursos, basados en conocimientos, habilidades y actitudes, con una visión emprendedora, ética y humana con respeto a la diversidad sexual.

#### **Funciones**

Apoyar e informar sobre la elaboración del Programa Operativo Anual.

Efectuar el control de asistencia del personal.

Efectuar el control administrativo de los medicamentos antirretrovirales (recepción, supervisión de su distribución y su registro).

Recibir las necesidades de materiales e insumos necesarios para realizar la toma de muestras.

Coadyuvar con el responsable del CAPASITS en la gestión de recursos.

Administrar y registrar las cuotas de recuperación e informar a la coordinación del CAPASITS y nivel jurisdiccional.

Informar a la coordinación sobre las necesidades de materiales o insumos para la realización de las actividades del CAPASITS.

Llevar el control, registro y resguardo administrativo del CAPASITS.

Concurrir a sesiones de capacitación o actualización que convoque el responsable estatal, jurisdiccional o la coordinación del CAPASITS.

### **Apoyo Secretarial.**

#### **Objetivo**

Asistir en el proceso de atención de las personas con VIH/SIDA e ITS, favoreciendo el desarrollo de pautas de mejoramiento de los servicios existentes colaborando en la óptima utilización de los recursos.

#### **Funciones**

Recibir pacientes referidos o espontáneos y revisar la documentación para su ingreso al CAPASITS.

Respetar la confidencialidad de los usuarios y el motivo de su asistencia al CAPASITS. ”<sup>89</sup>

---

<sup>89</sup> Manual de Organización Específico del Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención del SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual (CAPASITS), 2006, Página 25-48.

## Conclusiones

Uno de los principales objetivos de presentar y conocer las funciones de cada trabajador en el CAPASITS consistía en que el paciente pudiera adherirse al tratamiento sin ningún problema, el curso de adherencia se refiere: “cuándo usted cumple con el régimen terapéutico prescrito. También se conoce como observancia o cumplimiento terapéutico. Refiere su buena disposición para empezar el tratamiento y su capacidad para tomar los medicamentos tal como los recetaron.

El término adherencia implica una actitud del paciente, refleja un compromiso con respecto a la medicación prescrita por el médico con una participación activa en la elección y el mantenimiento del régimen terapéutico”.<sup>90</sup> Siguiendo el concepto anterior era evidente que por lo general los pacientes tenían problemas en cuanto a la adaptación y acoplamiento al tratamiento sobre todo cuando estos causan efectos secundarios, y la inasistencia a la citas y el abandono del mismo.

Por el lado de la construcción o representación social como mencionan algunos autores sobre “el concepto de representación social es difícilmente distinguible de representación colectiva. La idea de Durkheim como defensor de una mente grupal es, en parte, incorrecta y se debe a una interpretación parcial del pensamiento durkheimniano realizada por el F.H. Allport (1962 y no rectificada por los teóricos de las representaciones sociales. En este sentido, parece importante destacar que la noción de representación colectiva hace referencia a una construcción simbólica de carácter social generada en el curso de la interacción. El propio Durkheim es claro al afirmar que: Si es posible afirmar que las representaciones sociales son, en cierto sentido, externas a las conciencias individuales, lo que queremos decir es que no se derivan de los individuos aislados, sino de los mismos considerados como agregado, y esto es una cuestión

---

<sup>90</sup> Gómez Bastidas, Enrique, Folleto “15 Preguntas Frecuentes en Pacientes con VIH/SIDA, Adherencia al Tratamiento Médico”, Publicaciones Permanyer, Año: 2008.

bien distinta. Sin lugar a dudas, en la elaboración del resultado común cada uno contribuye en su medida, pero los sentimientos individuales se transforman en sociales sólo bajo el impulso de las fuerzas desarrolladas en la asociación [...] Éste es el sentido en que la síntesis es exterior a los individuos. No hay duda de que contiene algo de cada uno de éstos, pero no se encuentra por entero en ninguno de ellos. [Durkheim, 1898/1950, pp 35-36)]<sup>91</sup>

Siguiendo la cita anterior cada persona escribe su propia historia en relación al VIH/SIDA hay momentos en donde estoy de acuerdo, otros donde nunca lo estuve y algunos en donde no entendí lo que pasaba; como en aquella entrevista que le realice a Luis Adrián Quiroz; en la clínica Condesa de la Ciudad de México D.F. en donde me afirmaba que “gracias a los retrovirales se había mantenido con vida”, aunque era evidente que su estomago se notaba demasiado inflamado por el consumo de los mismos y algo sorprendente cuando mencionó que: “me están ayudando solo que por tomarlos ya se me desprendió la retina de mi ojo”. Los argumentos me remontaban al comentario de un heterosexual al que conocí en la salida de un encuentro cristiano quien argumentó: “Dios había logrado un milagro conmigo, ya que al ser liberado de los espíritus demoniacos del VIH/SIDA, había sanado”, la comunidad cristiana lo creía, él lo creía y se había curado porque todos lo creían. Entonces que es el VIH/SIDA, sino más que un conjunto de enfermedades que siempre han existido a las cuales se les agregaba la presencia de un virus (detectada por pruebas que pueden dar falsos positivos o negativos) y al que llaman SIDA, o es la interpretación social de acuerdo a la información con la que cuente cada comunidad.

Quizá el punto vaya más allá de este simple trabajo académico, por los números rojos de las muertes que se palman en las estadísticas reflejadas por la ONUSIDA, y las medidas mundiales como el objetivo número 6 del milenio el cual menciona: “Haber detenido y comenzado a reducir la propagación del VIH/SIDA

---

<sup>91</sup> Álvaro Estramiana José Luis, *Psicología Social: Perspectivas Teóricas y Metodológicas*, editorial: Siglo Veintiuno de España Editores S.A. Primera Edición 1995, Página 76.

en 2015”<sup>92</sup> y se sigue afirmando que el VIH/SIDA sigue cobrando víctimas. Argumentos como este son cuestionables como mencionó el Dr. Roberto Stock en una entrevista con Rocha donde él decía: “Nosotros (refiriéndose al grupo de disidentes que se encontraba en la entrevista), no obligamos a nadie que deje de tomar los retrovirales, es una decisión personal y no nos hacemos responsables si continua o no tomándolos, ya que según la norma de la Secretaría de Salud, dice que el paciente puede tomar la decisión, ahora la cuestión aquí es si nosotros tenemos la razón en cuanto a que el VIH no causa el SIDA, quien se hará responsable”. Algo verdaderamente fulminante. Aquí le doy vida a la película de DALLAS donde al actor principal le dan un mes de vida después de haber sido diagnosticado y en la desesperación consigue por medio de un enfermero el AZT el cual después de haberlo consumido por un tiempo lo estaba matando. Este medicamento aprobado por FDA institución Norte Americana que se encarga en definir que medicamentos son los más adecuados para la comunidad afectada, estaba matando a la población que el mismo VIH. Dallas consiguió en una clínica clandestina en la Ciudad de México, un coctel de multivitaminicos, Interferon y Peptidos. Con lo cual logró vivir siete años.

¿A quién le interesa que exista una enfermedad de este tipo?, ¿Cuál es el propósito de esta enfermedad? Son preguntas que quizá no podré responderme; pero al menos podré replantearme la idea de una existencia viral tan letal y asesina.

---

<sup>92</sup> <http://www.un.org/es/millenniumgoals/aids.shtml>

## **Bibliografía:**

1. Bradshaw Jhon, Volver a la Niñez, Editorial: Selector, Impreso en el 2004.
2. Bronfman Mario, Leyva René, Negroni Mirka; "Contextos de Vulnerabilidad en México y Centroamérica" Primera edición 2004. Instituto Nacional de Salud Pública.
3. Camp Rob y C. Tallada Joan, Vivir con el VIH SIDA, Editorial Fausal, impreso en España 1994.
4. Claude Lévi-Strauss, Antropología estructural, Editorial Paidos, Impreso en España.
5. Engels Friedrich, El Origen de la Familia, la Propiedad Privada y el Estado, Biblioteca Virtual Espartaco (2000).
6. Frankl E. Viktor, El Hombre en Busca de Sentido, Barcelona Editorial Herder 1991
7. Freud Sigmon, Tótem y Tabú, Alianza Editorial 2005.
8. García Blanca Jesús, El Rapto de Higea: Mecanismos de poder en el terreno de la salud y la enfermedad, Virus editorial 2009.
9. Geertz, Clifford. La interpretación de las culturas. Gedisa, Barcelona, 2000.
10. Giraldo Roberto, *SIDA y Agentes Estresantes*, Editorial Universidad del Antioquia Colombia.
11. Grmek Mirko D., *Historia del SIDA*, Editorial Siglo veintiuno editores, Impreso en México D. F. en 1992.
12. Harris Marvin, Vacas, Cerdos, Guerras y Brujas, Antropología Alianza Editorial, España, 2006.
13. La Enfermedad y sus Metáforas. Susan Sontag, Editorial, Impreso en Noviembre del 2013.



14. Levy a Jay, EL VIH y la Patogénesis del SIDA, Editorial: Fondo de Cultura Económica, Impreso en México en el 2008.
15. Maggiore Christine, Que tal si todo lo que crees acerca del SIDA fuera Falso, Publicado por The American Foundation for AIDS Alternatives, 2001.
16. Montagnier Luc, *De los Virus y De los Hombres*, Editorial Océano, Impreso en México en 1997.
17. Santa Biblia, Antiguo y Nuevo Testamento, Publicada por la Iglesia de Jesucristo de los Santos de los Últimos Días Salt Lake City, Utah, E.U.A. Reina-Valera 2009
18. Sepulveda Amor Jaime, *SIDA Ciencia y Sociedad en México*, Editorial, Fondo de Cultura Económica, impreso en 1989, México D.F.
19. Taylor Charles, *Imaginarios Sociales y Modernos*, Paidós Básica, Impreso en Barcelona, 2006.
20. Timio Mario, *Clases Sociales y Enfermedad*, Editorial Nueva Imagen, México D.F. Marzo de 1979.
21. Bradshaw Jhon, *La Familia*, Editorial Selector, Impreso en México en 2005.
22. Arenas Reinaldo, *Antes que Anochezca*, Colección Andanzas, Impreso en México en 1992.
23. Tecla Jiménez Alfredo, *Enfermedad y Clase Obrera*, Instituto Politécnico Nacional, Escuela de Enfermería y Obstetricia, Sección de Investigación, México, Junio de 1982

### **Revistas**

Tlacatl "De la facultad de la Antropología de la Universidad Veracruzana", primer semestre de 1991. Artículo. Síndrome de Inmunodeficiencia Cultural Socialmente Adquirida, Autor Marco Tulio Castro Guevara.

Gómez Bastidas, Enrique, Folleto "15 Preguntas Frecuentes en Pacientes con VIH/SIDA, Adherencia al Tratamiento Médico", Publicaciones Permanyer, Año: 2008.

### **Páginas Electrónicas**

<http://www.aids-sida.org/sobrevivir.html>

[http://www.healthalternativefoundation.org/demostracion\\_virus.htm](http://www.healthalternativefoundation.org/demostracion_virus.htm)

<http://www.unaids.org/es/regionscountries/regions/latinamerica/>

[http://es.wikipedia.org/wiki/Philadelphia\\_\(pel%C3%ADcula\)](http://es.wikipedia.org/wiki/Philadelphia_(pel%C3%ADcula))

[http://www.uv.mx/rm/num\\_anteriores/revmedica\\_vol2\\_num2/articulos/met\\_detect\\_vih.html](http://www.uv.mx/rm/num_anteriores/revmedica_vol2_num2/articulos/met_detect_vih.html)

<http://www.who.int/features/qa/71/es>

<http://www.buenastareas.com/ensayos/Introduccion/25308524.html>

<http://www.medicamentos.com.mx/DocHTM/26514.htm#A>

<http://www.un.org/es/millenniumgoals/aids.shtml>

### **Tríptico**

Punto de Encuentro de la Comunidad A. C., Educación para la prevención del VIH/SIDA en Chetumal.

### **Manuales**

Manual de Organización Específico del Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención del SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual (CAPASITS), 2006.

### **Periódicos**

El Universal.com.mx, 20 de abril de 2007.

BBC Mundo.com, 20 de abril de 2007.

MundodehoY.COM, 27 de abril DE 2007.

Novedades de Quintana Roo Junio 2008.

## Anexo 1

### **Entrevista con el Dr. Roberto Stock. Donde tocamos los siguientes puntos:**

“Muy buenos días estamos en el Instituto de Biotecnología de la UNAM, con el Dr. Roberto Stock

Doctor ¿Cuál ha sido su trayectoria en el campo del VIH/SIDA?

R.S.- Académicamente nunca ha sido mi tema de trabajo soy un estudioso del tema pero no soy un investigador, si tengo estudios en inmunología general y química y biología molecular pero investigador del VIH/SIDA, nunca lo he sido.

¿Cuál es su responsabilidad y cargo en el área que desempeña actualmente?

R.S:- Soy investigador titular b de la UNAM nivel 2 y dirijo un grupo de investigación en el instituto de biotecnología, básicamente en el área de toxicología, inmunoquímica y algo de biología celular.

¿Por qué se involucró en el tema?

R.S.- En 1989 trabaje en una maestría en inmunología en la Universidad Hebrea de Jerusalén y en julio de 1989 me tocaba presentar el seminario departamental en el departamento de inmunología que era uno de los requisitos para los estudiantes de la maestría el seminario departamental podía tratar de cualquier tema que a mí me interesara, resulta que en febrero de 1989, salió un artículo de un investigador norteamericano muy conocido y muy respetado, Peter Duesberg, VIH correlación pero no causalidad, un artículo sumamente riguroso donde se analizaba la hipótesis, el estado del conocimiento sobre la hipótesis de que este retrovirus, llamado Virus de Inmunodeficiencia Humana, VIH causaba ese conjunto de enfermedades llamados SIDA que iba a diferentes tipos de cánceres, neumonías y trastornos mentales, bueno actualmente son aproximadamente unas 40 enfermedades que bajo el paraguas de lo que llamamos SIDA y a mí me

intereso por qué en febrero de 1989 yo en lo personal no tenía un tema sobre VIH/SIDA, había estudiado el tema según la literatura estándar y para mí no había un cuestionamiento importante, básicamente no había mirado los detalles, este artículo me llamó la atención había salido en febrero yo presentaba mi seminario en 1989, en julio y el artículo me había llamado mucho la atención y decidí que ese iba a ser el tema que yo iba a presentar en el seminario departamental las reglas para el seminario departamental era que por lo menos una semana antes yo tenía que hacer circular entre los profesores y compañeros del departamento de inmunología el artículo que yo iba a discutir, yo le saque fotocopias y se lo hice llegar a profesores, estudiantes e investigadores del centro y presente mi seminario y francamente me crucificaron mi dijeron que la postura de Peter Deusberg era una estupidez que sus argumentos no tenían sentido sin embargo el artículo se había publicado en una revista más prestigiosa “National Academy of Sciences” de Estados Unidos de la cual Peter Deusberg es miembro.

El artículo estaba muy, muy investigado había alrededor de 200 referencias comentando todos los datos que se discutían en el artículo, y lo que sucedía básicamente o lo que sucedió en el seminario, para mí fue muy interesante y me abrió mucho los ojos, hablando en los días siguientes, bueno no es necesario averiguar que no me fue muy bien en mi seminario si termine mi maestría no hubo mayor problema pero si me di cuenta que el tema era sumamente sensible en particular en un departamento académico dedicado a la inmunología.

Hablando con la mayoría de compañeros y profesores tratando de entender exactamente yo pensé que había presentado bien, que el tema valía la pena ser discutido a lo mejor a lo mejor Deusberg estaba equivocado por que todo mundo se equivoca por qué no.

Pero bueno yo esperaba argumentos que me digieran mira esto está mal, esto otro está mal el artículo en el cual establece esto está mal y así una charla informal entre colegas pero lo que descubrí que me llamó poderosamente la atención en los siguientes días y que la inmensa mayoría de los investigadores ni

siquiera se tomaron la molestia de leer el artículo antes de que yo lo presente sabían que estaba mal sin leerlo.

¿Cuál fue el motivo principal o los argumentos que tomaron como base para descalificar el contenido de su trabajo?

R.S.- Pues básicamente lo mismo que se ha dicho siempre ya está demostrado el VIH, tiene un efecto citotóxico es decir mata células de tipo CD4 positivas que son que son efectivamente células pivotarías un montón de mecanismos inmunes y que no había mucha razón para cuestionarlo por qué ya se había demostrado que uno tomaba presumiblemente VIH lo encubaba con ciertos tipos de linfocitos los CD4 y estos dejaban de dividirse morían etc. Había salido una serie de artículos publicada por la revista Science y esencialmente era que no tenía sentido discutir el papel del VIH no había muchos argumentos.

¿Por qué?

R.S.- Bueno si la mitad o más de la gente no se habían tomado la molestia de leer el artículo como podían presentar argumentos, uno puede presentar argumentos cuando uno responde argumentos ahora si uno ya sabe que los argumentos están mal no tiene por qué molestarse en dar evidencia o discutir por qué están mal, el artículo este de 1989 yo en ese momento no lo sabía porque era el primero que leía sobre el tema, era en realidad una versión más refinada de un artículo que Peter Deuschler había publicado en 1987 es decir tres años después de que se declarara VIH como el agente causal del SIDA, este artículo se había publicado en una revista que se llama "Cancer 18" una revista muy prestigiosa también de hecho habían invitado a Peter Deuschler, a que escribiera este artículo que no versaba en particular sobre VIH/SIDA sino otro tema que tenía que ver con retrovirus.

El artículo nunca había si quiera comentado entonces en 1989 Peter Deuschler escribió este artículo que era aun más detallado en más en profundidad en un punto que él pensaba que debía discutirse y demostrarse y en ese momento me

interesó el tema por qué pensé, el artículo está bien documentado, está bien escrito y está bien discutido. Lógica mentalidad por qué no hablar más sobre del tema en cuyo caso me puse a leer y seguí los trabajos de Deusberg y también otras gentes y descubrí que había toda una visión de la investigación que había llevado a conclusiones de que el SIDA era una enfermedad causada bueno, un conjunto de enfermedades que tenían como denominador común la infección por este retrovirus VIH que era transmitido sexualmente o con productos contaminados de sangre y que básicamente estábamos frente a una epidemia, una epidemia se define como un aumento por encima de los límites normales de la incidencia de una o varias enfermedades entonces ahí empecé a estudiar el tema básicamente me llamo poderosamente la atención primero que nada como a cualquier persona no le gusta estar equivocada.

Cuando me dijeron que estaba equivocado por las razones ofrecidas que eran realmente más viscerales que racionales pues lo que me puse a ser fue estudiar un poco más sobre el tema para ver si efectivamente yo estaba tan equivocado y lo que me di cuenta es que puede ser que esté equivocado pero que había un montón de gente que pensaba de esa manera y tenían argumentos y no eran cualquier persona, yo no seré un investigador de VIH, pero como cualquier persona puedo sumar dos más dos y seguir un argumento lógico.

¿Considera que la etiología del VIH ha sido mal interpretada en el momento de su aparición?

El problema es que la etiología el SIDA apareció a principios de los 80 como un conjunto de enfermedades raras que no se daban con mucha frecuencia todas preexistentes pero que empezaron muy por encima de su incidencia normal en poblaciones muy concretas básicamente en Nueva York y en San Francisco, y claramente por lo menos algunas de ellas estaban relacionadas con la inmunodeficiencia como por ejemplo la neumonía de *Pneumocystis Carinii* (Actualmente *Pneumocystis jirovecii*) etc.

No estaba tan claro que aquí hay una cosa a tener importante a tener en cuenta en la ciencia cuando los científicos aprendemos digamos sobre inmunología, digamos sobre virología, biología molecular etc. Inmediatamente tratamos de ver si puede servir para el campo medico es lógico en el momento la inmunología se estableció como un campo de estudio separado de los demás con sus propias preguntas su propio sistema de estudio más o menos en los años sesentas y setentas en los años ochentas empezó adquirir una cierta prominencia en el momento en que se ve que empieza aparecer una condición que en principio parecía estar relacionada con la inmunidad obviamente a los inmunólogos les abrió un campo de trabajo muy importante podían hacer una contribución y no con mala intención ni con un cinismo todo lo contrario. Pero en definitiva nos gusta a cualquiera que su campo de trabajo, esto es cierto para la inmunología, para la biología molecular, para la arquitectura, para la filosofía, para lo que sea de repente adquiriera relevancia, se vuelve importante, por dos razones la primera es por que indudablemente eso supone más recursos lo que significa que uno puede seguir trabajando en estos temas, con una cierta holgura económica científica no que uno se haga millonario o nada por el estilo pero es muy diferente trabajar en un proyecto de investigación que uno considere importante con 10,000 dólares que con 200,000 dólares entonces había no voy a decir intereses pero había cuestiones materiales en juego.

No materiales individuales yo creo que la inmensa mayoría de los científicos no son corruptos pero indudablemente a todos nos gusta ser importantes.”





## Anexo 2

# Universidad de Quintana Roo

## Ciencias Sociales Económico y Administrativas

### Antropología Social

Cuestionario aplicado a los pacientes del CAPASITS del Hospital General de Chetumal.

1. ¿Cuánto tiempo tienes de ser diagnosticado (a)?
2. ¿Por qué decidiste hacerte las pruebas?
3. ¿Por qué medio consideras que fuiste contagiado (a)?
4. ¿Al saber que te encontrabas en estas condiciones donde te informaste?
5. ¿Cómo reaccionaste ante esta situación?
6. ¿Cómo reacciono la familia?
7. ¿Qué trato recibiste por tus familiares ya sean: pareja, amigos, papa, mama, hijo, hermano?
8. ¿Qué pensaste de ti mismo (a)?
9. ¿Pensaste en Suicidarte?
10. ¿Qué querías en ese momento?
11. ¿Cuál fue la reacción de tu pareja?
12. ¿Vives deprimido (a)?
13. ¿Buscas culpables?
14. ¿Has sentido discriminación, rechazo social o estigmatización?. ¿En que forma?
15. ¿Habías discriminado a alguien en estas condiciones antes de que te diagnosticaran?
16. ¿Crees en algo o alguien (Buda, Ala, Jesús, Poder Superior, Ser Supremo)?
17. ¿Consideras esto como un castigo divino?
18. ¿Eres consumidor de alguna sustancia (cocaína, heroína, crack, marihuana, alcohol, cigarro, etc.)?
19. ¿Cómo es tu alimentación?
20. ¿Duermes bien?
21. ¿Vives estresado (a)?
22. ¿Cómo te trato el medico que te atendió?
23. ¿Te explicó en que consiste ésta enfermedad?
24. ¿Te habló de tu estudio de esquema, CD4, Carga Viral, etc.?
25. ¿Sabes que es el CD4, Linfocitos y Carga Viral?
26. ¿Qué medicamentos te están suministrando?
27. ¿Cuánto tiempo llevas con los retrovirales?
28. ¿Si no que tratamiento estas tomando?
29. ¿Cómo te están funcionando?
30. ¿Crees que realmente que te estén sirviendo?

## **Preguntas Generales**

31. ¿Cuántos conocen Tel SIDA?
32. ¿Quiénes conocen los derechos de los pacientes con VIH?
33. ¿Conoces Asociaciones como Punto de Encuentro donde hablan de la prevención de este tipo de enfermedades?
34. ¿Te gustaría pertenecer a algún grupo de autoayuda?

## **En el caso de mujeres embarazadas**

35. ¿Tienes temor de infectar a tu bebe?
36. ¿Qué medicamentos te están suministrando?
37. ¿Cuántos bebes tienes?

### Anexo 3



Presentación de la Asociación MONARCAS México. De izquierda a derecha: Javier, Adrian Labanzat, Martin Canales, Dr. Roberto Giraldo. Fotografía tomada en febrero del 2007, en la Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco.



Alumno agredido al momento de impedir que se rompieran suplemento de "Letra S" en la entrada del auditorio. Fotografía tomada en febrero del 2007, en la Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco.



Cancelación de la conferencia del Dr. Roberto Giraldo, por el percance. Fotografía tomada en febrero del 2007, en la Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco.



## Anexo 4



Participación de la Secretaría de Salud y el movimiento transgenero de la Ciudad de Cancún, Fotografías tomadas en junio del 2007, en la Ciudad de Cancún en una marcha por la libertad sexual y prevención del VIH/SIDA.



Participación de los Derechos Humanos y el movimiento transgenero de la Ciudad de Cancún, Fotografías tomadas en junio del 2007, en la Ciudad de Cancún en una marcha por la libertad sexual y prevención del VIH/SIDA.



Fotografías tomadas en junio del 2007, en la Ciudad de Cancún en una marcha por la libertad sexual y prevención del VIH/SIDA.

