

# VEJECES EN CONTEXTO



Gina Villagómez Valdés & Georgina Cárdenas Pérez  
Coordinadoras editoriales



## **VEJECES EN CONTEXTO**

---

**Gina Villagómez Valdés  
Georgina Cárdenas Pérez  
Coordinadoras Editoriales**

## VEJECES EN CONTEXTO

Coordinadoras editoriales:

D.R. © Gina Villagómez Valdés & Georgina Cárdenas  
Pérez



CONAHCYT Estancias Posdoctorales por México 2022(3)

Instituto Tecnológico de Conkal

Mujeres Investigadoras por la Ciencia Abierta MInCA

Universidad Autónoma de Yucatán

Primera edición: **Enero 2025**

**D.R. 2024 © Tecnológico Nacional de México**

Av. Universidad 1200, Col. Xoco, Ciudad de México,  
Alcaldía Benito Juárez C.P. 03330.

**Instituto Tecnológico de Conkal**

Avenida Tecnológico s/n, Conkal, Yucatán, México,  
C.P. 973453.

ISBN : 978-607-7912-55-2

Diseño editorial y de portada: Jorge Pinto

Fotos de portada: Cuido mis pasos. Guarda, Portugal, 2023

Fotos de portada e interiores: Gina Villagómez Valdés

Corrección de estilo: Dennise Díaz Pedroza

Esta obra es producto de investigaciones colectivas de las personas participantes y los capítulos han sido arbitrados bajo el sistema doble ciego por pares académicos. La coordinación de la obra colectiva se realizó como parte del proyecto “Autonomía en la vivienda y el barrio en la vejez. Una propuesta con visión de género”, aprobado por CONAHCYT en el marco de Estancias Posdoctorales por México 2022(3), con la clave 3656930.

Se autoriza la copia, impresión y descarga del presente material con fines divulgativos no comerciales ni de lucro, para el estudio e investigación participativa, docencia y desarrollo social, siempre que se reconozcan de forma adecuada los créditos institucionales y autorales como las fuentes y titulares de los derechos.





# VEJECES EN CONTEXTO

---

**Gina Villagómez Valdés**  
**Georgina Cárdenas Pérez**  
**Coordinadoras Editoriales**



## CONTENIDO

VEJECES EN CONTEXTO. UN RETO DE INVESTIGACIÓN Gina Villagómez Valdés Georgina Cárdenas Pérez	11
INVESTIGADORES SNII-CONAHCYT Y LA CREACIÓN DE DEPENDENCIA EN LA VEJEZ Laureano Reyes Gómez	27
¿Y QUIÉN CUIDÓ A LAS CUIDADORAS? SISTEMA DE CUIDADOS REALIZADO POR MUJERES MAYORES QUE ESTUVIERON A CARGO DE FAMILIARES MAYORES EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA Araceli Dennise Díaz Pedroza	43
DESEMPEÑO DE ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA DE ADULTOS MAYORES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS EN LAS CASAS DE CHANKOM, YUCATÁN Damaris Francis Estrella Castillo, Fany Gómez Durán, Héctor Rubio Zapata, Norma Pérez Herrera, Gloria Uicab Pool, Orlando Casares Contreras y Alina Marín Cárdenas	73
SER VIEJO O SER ENFERMO. LA CONSTRUCCIÓN IDENTITARIA DE LAS PERSONAS ENVEJECIDAS A PARTIR DE LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE Zoraida Ronzón Hernández	101
IDENTIDAD, ENVEJECIMIENTO Y ALZHEIMER DESDE LA FOTOTERAPIA Y LAS REMINISCENCIAS. REVISIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN DE UN GRUPO PSICOTERAPÉUTICO DE MUJERES QUE VIVEN EN UNA RESIDENCIA DE LARGA ESTADÍA EN BARCELONA, ESPAÑA Patricia Pinto Aguilar	119

EXPERIENCIAS DE ENVEJECIMIENTO VIVIENDO CON VIH EN EL VALLE DE MÉXICO Andrés Méndez Palacios Macedo, Zoraida Ronzón Hernández, Bernardo A. Robles Aguirre y Carmen G. Ortega Almazán	161
LA UNIVERSIDAD DE LOS MAYORES UADY: CUATRO AÑOS DE EXPERIENCIAS Gladys Julieta Guerrero Walker y Ricardo Torres Lara	193
ENVEJECER EN CUBA. RETOS PARA LAS POLÍTICAS PÚBLICAS Teresa Orosa Fraiz y María del Carmen Zabala Arguelles	215
EL SOLAR O TRASPATIO COMO PARTE DE LAS ESTRATEGIAS DE VIDA DE PERSONAS MAYORES EN EL SUR DE YUCATÁN Lucila de Lourdes Salazar Barrientos	241

## EXPERIENCIAS DE ENVEJECIMIENTO VIVIENDO CON VIH EN EL VALLE DE MÉXICO

Andrés Méndez Palacios Macedo  
Zoraida Ronzón Hernández  
Bernardo Adrián Robles Aguirre  
Carmen G. Ortega Almazán

### Introducción

En los albores de la epidemia causada por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), situados a inicios de la década de los ochenta del siglo pasado, se configuró una idea generalizada para quienes recibían un diagnóstico positivo: no tendrían la posibilidad de envejecer. A cuarenta años del primer caso registrado en México, los que sobrevivieron a las incertidumbres sanitarias, han llegado a la etapa del ciclo vital en donde se les reconoce como personas adultas mayores sin que exista una clara forma de trazar sus trayectorias vitales y, por ende, con poca probabilidad de comprender las formas mediante las cuales sortearon las múltiples problemáticas relacionadas tanto con la infección, como con sus consecuencias económicas, políticas, sociales y culturales.

En la actualidad, envejecer es erróneamente comprendido como un escenario indeseable. El avance de la geriatría, la instauración del discurso neoliberal en torno a la capacidad productiva y su artificiosa relación con la juventud y el drástico viraje cultural hacia la preponderancia de la individualización (Giménez, 2019), han instituido imaginarios negativos para un fenómeno que es humano, inevitable, heterogéneo y complejo; no siempre privado de complicaciones, que no por ello, atribuibles al propio proceso, sino a las formas mediante las cuales probamos, en repetidas ocasiones, la maleabilidad en nuestra capacidad humana para reponernos de las agresiones del medio (Canguilhem, 1998).

Quienes viven con VIH comprenden las formas en que lo han padecido: como un aviso de muerte prematura, como un estigma, como una carga; como el rechazo y el abandono por parte de los servicios de salud (Robles y Granados, 2018). El imaginario negativo sobre el envejecimiento representa una batalla más por lidiar (Henning, 2020) que podrá conducirse como una carga o como otra oportunidad más de librar una guerra (Henning, 2020). Algunos casos, no obstante, conciben que su rol en este proceso puede ser digno, autónomo y con

oportunidades para resignificar su experiencia.

Sin embargo, los interlocutores que participan en este proyecto enfrentan también las desigualdades y exclusiones sociales relacionadas con la construcción de identidades sexuales no hegemónicas (Pons, 2016). Ser parte de una comunidad que ha afrontado la epidemia por VIH desde una perspectiva hetero discordante, ha significado para este colectivo responder no sólo a los problemas relacionados con su condición fisiológica y los significados que sobre su edad cronológica se han construido, sino también hacerlo a propósito de su diferencia respecto a las expectativas sexo genéricas que sobre ellos se han puesto.

A pesar de que cada vez son más las personas envejecidas con diagnóstico positivo por VIH, la producción académica es limitada y esporádica. Asimismo, los programas de intervención en salud en esta área específica han sido prácticamente nulos, cuando no son la expresión de la política de prestación de servicios en salud por medio de externalidades y acciones específicas de bajo impacto que no están diseñadas para la población adulta mayor. En este sentido, la Red de Personas que Viven con VIH-SIDA se creó en la Ciudad de México en 1996 y se constituyó legalmente en 1999, con la intención de formar un colectivo de visibilización e incidencia política, a propósito de la lenta respuesta de las autoridades en salud para responder a la detección temprana y tratamiento de los casos de infección.

Con el paso del tiempo, amplió sus tareas para apoyar con la gestión de tratamientos y, sobre todo, para acompañar bajo el modelo de consejería a quienes recibían un diagnóstico positivo. La organización se ha convertido en una comunidad incluyente, comprometida con la configuración de redes de apoyo social, a partir de lo cual, ha logrado como colectivo, lidiar con las desavenencias provenientes de la discriminación y el estigma relacionadas con el diagnóstico y las identidades no heteronormativas. Si bien la propia organización reconoce no haber realizado trabajos relacionados con el envejecimiento, cada vez son más los participantes que se acercan a esta etapa del ciclo vital, llevando consigo sus experiencias en VIH con un diagnóstico mayor a un par de décadas.

Los esfuerzos realizados desde organizaciones de la sociedad civil como la Red se han concentrado en el trabajo en salud y educación comunitarios. Aunque en algunas ocasiones, estudiantes, docentes e investigadores han tenido la oportunidad de realizar proyectos con los grupos de reunión, en varios casos se ha señalado que la participación académica ha sido poco sensible a las necesidades de las personas con diagnóstico positivo. Lo anterior se explica

tanto por la preeminencia de los estudios con perspectiva positivista, como por la forma en la que la biomedicina concibe a los participantes como objetos de estudio (Passerino, 2013). Las asociaciones han preferido, por tanto, ser por demás cautas en la participación de sus usuarios y colaboradores en protocolos.

En este proyecto se ha propuesto trabajar desde la perspectiva de la antropología médica bajo un enfoque cualitativo y una metodología de investigación–acción cooperativa (Rodríguez, Gil y García, 1999). La finalidad de este diseño es generar un vínculo de trabajo sinérgico que tenga la posibilidad de vincular a todos los participantes en la planificación, levantamiento de información e intervención, con relación a la experiencia de envejecimiento viviendo con VIH. De esta forma, asumimos que todos los interlocutores forman parte de la construcción de acciones colectivas en salud, con el objetivo de transformar las condiciones de vida a través de la justicia social y de la ampliación en el reconocimiento y ejercicio del derecho a la salud (Cerdeña, 2010).

### Algunas consideraciones en demografía del envejecimiento y epidemiología del VIH

La población mexicana envejece de forma acelerada: el índice de envejecimiento para 2020 fue de 48 personas mayores de 60 años por cada 100 menores de 18 años, 17% más que en la década anterior, lo que ha conducido a que la población adulta mayor haya representado para 2020 11.1% del total de habitantes. No obstante, la Ciudad de México es la entidad con una de las mayores concentraciones de personas envejecidas (23%) y en donde el índice de envejecimiento es mayor (90.2%) (INEGI, 2020).

Respecto a la morbilidad por VIH, el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida -ONUSIDA (2021), estima que en México existen alrededor de 360 000 personas que viven con VIH, 18 mil de los cuales son de reciente diagnóstico, lo que coloca al país como el segundo en América Latina en términos de prevalencia e incidencia, sólo por debajo de Brasil. Al 2021, aproximadamente existían 76 000 mil personas mayores de 50 años que viven con VIH, lo que representa 21% del total de casos. Si bien los nuevos casos en este grupo etario son sólo 5% del total, las cifras sugieren que existe una epidemia activa en curso que no está siendo considerada particularmente por la agenda política nacional.

Cabe considerar que al enfrentar estigma y discriminación relacionados

con la infección (Priego, 2018) y a los imaginarios instituidos sobre la vejez, la información puede ser poco precisa, pues es común que las personas envejecidas no se realicen pruebas, se consideren menos vulnerables a la infección o busquen mantener en secreto su diagnóstico (Putti Paludo, Olesiak y Quintana, 2021; Priego, 2018; Valoyes, 2020).

El VIH es una problemática relevante de salud pública, cuya prevalencia más sobresaliente se presenta entre hombres adultos. Se considera que mujeres y niños muestran una vulnerabilidad específica y es especialmente preocupante la tendencia al incremento entre las primeras, puesto que a la condición patológica se agrega la pobreza multidimensional como un factor que permite el incremento en la incidencia anual de nuevos casos; esta situación nos permite hablar de grupos en situación de riesgo y de vulnerabilidad tanto de orden individual, como social, dentro del derecho social y de la necesidad de que el derecho social se interese más por dichos grupos.

Actualmente, se considera al VIH una infección crónica y controlable, pero sigue representando una presión importante al sistema de salud, especialmente por los costos de los medicamentos antirretrovirales y las complicaciones que se les asocian; por lo anterior, sigue siendo de fundamental importancia la prevención de nuevos casos y mejorar la calidad de vida de quienes ya han sido afectados. Aunado a esto, el Informe Anual de ONUSIDA (2022), reportó que, desde mediados de 2020, el choque de las pandemias del sida y COVID-19, junto con las crisis económicas y humanitarias, pusieron al VIH en una situación de mayor vulnerabilidad. Los sectores de la población que viven con bajos recursos económicos y con una deficiente atención en materia de salud pública, se han convertido en los grupos con mayor posibilidad de estar en situación de vulnerabilidad para contraer el VIH, así, más del 90% de las personas que viven con este virus se encuentran en países en vías de desarrollo, en los que la pobreza exagera la vulnerabilidad ya dada por la discriminación y el retraso histórico y de la baja cobertura de servicios médicos. Esto ha propiciado pensar al VIH también como una “enfermedad de la pobreza” (Herrera y Campero, 2002).

## Vejez y envejecimiento

Hace ya cerca de 40 años, a partir de la década de los 80, inician las investigaciones en México que observan a la vejez y al envejecimiento como tema que había sido relegado, no solo de la agenda nacional, sino de la academia, iniciando así, una

producción de investigaciones sin precedentes no sólo para las ciencias médicas sino para la sociodemografía. En un principio, y a finales de la década de los noventa, la antropología se posicionaría como la primera disciplina cualitativa que buscara desarrollar esta línea de investigación, abriendo paso a otras áreas como la psicología, el trabajo social o la filosofía, alejándose de los temas que en la antropología observan la vejez: la gerontocracia, entendida esta como la manera en que grupos (consejos) de ancianos gobernaban o servían de grupo de poder en las sociedades indígenas. Esta idea fue generalizada durante toda la segunda mitad del siglo XX, sustentada, de inicio, por los trabajos de Gonzalo Aguirre Beltrán a principios de la década de los cincuenta y que otros trabajos replicaron (o asumieron), idealizando a los viejos de las comunidades originarias (Reyes, 1999).

Ante esta presunción, los trabajos realizados en las primeras dos décadas del siglo XXI han dejado ver que esto fue, por demás, erróneo, y que el trabajo antropológico tiene mucho trabajo que hacer en torno a los sectores envejecidos de México, pues como Ham afirmó a finales del siglo pasado, “al igual que el resto del mundo, el panorama poblacional de México es muestra de un envejecimiento inevitable y cada vez más impactante social y económicamente” (1999, p. 5). En este contexto, resulta necesario aproximarnos al tema desde una perspectiva cualitativa para promover el conocimiento de la realidad social de este grupo poblacional, con el objetivo no solo de difundir el conocimiento sino pensar en las necesidades que presenta, teniendo como eje central la calidad de vida, que es lo que hoy preocupa a muchos investigadores sociales y de la salud de la población que envejece.

Ahora bien, en el ámbito de la salud se habla no sólo de la transición demográfica, sino también de la transición epidemiológica y nutricional, que según Casanueva (2007, p. 49) conlleva a la búsqueda de estrategias de intervención más que a la generación de servicios especializados de atención de enfermos, identificando estrategias de carácter preventivo que promuevan lo que alguna vez se consideró una vejez exitosa, es decir: una vejez, activa, productiva y saludable. Se puede considerar que el aumento de la vida humana en tiempo ha generado la necesidad de elaborar investigaciones en el campo de la vejez que, a pesar de los muchos intentos por tratar de conceptualizarla de manera positiva y asignarle términos como tercera edad, adultos mayores, personas en plenitud, etc., es, innegablemente, la etapa última de la vida.

Casanueva (2007) evidencia que existen tres tipos de factores que pueden

tener influencia sobre el riesgo de desarrollar enfermedades crónicas, los cuales son la carga genética del individuo, la programación fetal y las condiciones ambientales, que incluyen las costumbres y la alimentación; sin embargo, hay otras condiciones de salud que llevan a vivir de manera particular la vejez y el envejecimiento, como las enfermedades que han surgido de manera “reciente”, y que, en este sentido, son “nuevas generaciones” de personas mayores.

Esta misma autora sostiene que las personas mayores:

[...] constituyen una cohorte de sobrevivientes que deberían ser evaluados a fin de identificar los puntos donde se han “desviado positivamente” del camino seguido por todos aquellos que mueren prematuramente. Esta perspectiva permitirá atender los problemas de alimentación y nutrición en una forma más generosa, es decir, en lugar de limitar el consumo dietético de colesterol a un octogenario que cursa con hipercolesterolemia sin otro tipo de alteración habrá que preguntarse qué mecanismos utiliza para evitar el daño causado por el exceso de lípidos y al mismo tiempo tratar de evitar introducir cambios en un estilo de vida que ha resultado ser exitoso (Casanueva, 2007, p. 2).

He aquí la necesidad de realizar un trabajo sobre el envejecer sustentado en el hecho de elaborar reflexiones en torno a un segmento de la población cuyas dinámicas tienen ramificaciones no sólo para un grupo de edad determinado (las personas que se encuentran en proceso de envejecimiento, mayores de 50 años), sino que se difunde en todos los ámbitos socioculturales de una sociedad y que repercute en la vida individual de los sujetos. La importancia del enfoque sociocultural o antropológico, como dice Vázquez (1999), se halla en la posibilidad de realizar una amplia variedad de estudios en torno al devenir del ser humano y obtener así un punto de vista diferente desde el cual “percibir, interpretar y comprender el sentido que los ancianos dan a su vida, la forma en que la asumen diariamente [y] cómo esta forma de asumirla se modifica al llegar a la vejez” (p. 70). De la misma manera, Reyes (1999) afirma que existe una necesidad por realizar estudios más globales que los puramente demográficos basados en datos cuantitativos, y lograr entonces, comprender la vejez y el envejecimiento como el resultado de un proceso que se ha gestado en diversas etapas del ciclo de vida. Ahora bien, el aporte principal de esta investigación es

que observa no sólo la vejez de las personas y sus entornos y formas de vivirla, sino la relación del envejecer viviendo con VIH.

## Vejez no heteronormativas

Antes de exponer las trayectorias de envejecimiento y la forma en la que el VIH incide en ellas, habrá que considerar que esta etapa del ciclo vital humano construye significados, reproduce valores y engloba una serie de experiencias diferenciadas (Treviño-Siller, Pelcastre-Villafuerte y Márquez-Serrano, 2006). Sin embargo, la literatura parece asumir que, pese a la diversidad de trayectorias, todas se comprenden a la luz de la heteronormatividad (Henning, 2016). Se ha marcado al hecho de llegar al final del ciclo reproductivo, entendido no sólo como la procreación, sino como el sostenimiento y cuidado de la descendencia, como el punto crucial para que los adultos mayores determinen alcanzar la vejez (Ham, 2000), pero es necesario resaltar que no existe una sola forma de envejecer, puesto que un hombre cisgénero heterosexual experimenta su vida de formas muy diferentes a las de una mujer transexual envejecida (Pons, 2016).

Henning (2016) ha puntualizado que los estudios que comprenden al envejecimiento no heteronormativo pueden ser denominados como derivados de la Gerontología LGBT, para lo cual se debe hacer una precisión sobre la forma en la que en este trabajo se concibe al género. Sin ánimos de hacer una revisión extensiva, son fundamentales tres consideraciones: el género es una construcción histórica y socialmente determinada; se deriva y se reconstruye dinámicamente a partir de tecnologías político-sexuales, es decir, a partir de entramados de complejos de relaciones de poder en ámbitos económicos, sociales y políticos que implementan dispositivos para su regulación (Foucault, 2009). Por último, es una representación social (Laguarda, 2007), en cuanto que quien asume representarse como entidad subjetiva, se vincula con un sistema sexo-género específico y actúa en consecuencia (no de forma automática, sino a partir de contingencia y resistencia al mismo) (De Lauretis, 1989).

En el entramado de la diversidad sexual, existen cuatro categorías fundamentales para comprenderla: el sexo biológico, la identidad de género, los roles sexuales y la disposición erótico-afectiva (Izazola et al., 1999). Cabe señalar que, si bien son elementos de análisis, la forma en la que se vive está atravesada por procesos dinámicos de construcción subjetiva de identidades individuales y colectivas (List, 2004), ante los cuales es por demás importante

comprender que, en todo momento, las personas se denominan y representan (Laguada, 2007; Pons, 2016).

La relación entre las prácticas sexuales y la identidad de género es de gran complejidad, y las formas a través de las cuales se construyen las identidades sexuales en distintos contextos, dependen en gran parte de las categorías y de las clasificaciones disponibles en cada cultura para abordar la sexualidad (Izazola et al., 1999). Igualmente, se debe señalar que las prácticas erótico-afectivas homosexuales deben distinguirse de la identidad de género, con la finalidad de dar cuenta que la dicotomía “homosexual”–“heterosexual” no refleja la diversidad.

### Vulnerabilidad y VIH

La vulnerabilidad frente al VIH se expresa también en los significados que se han construido alrededor de las vías de transmisión, particularmente la sexual. Hoy en día, el VIH continúa siendo una enfermedad estigmatizada que obliga a muchos a vivirla bajo el anonimato (Hanning, 2020), provocando con ello un bajo índice de prevención y promoviendo la cadena de transmisión. El temor fundado a ser rechazado conduce a las personas a experimentar la enfermedad en silencio, debilitando las redes sociales que pueden constituir el soporte necesario para enfrentarla, es común el desarrollo de estrategias de aislamiento social afectando la esfera familiar, escolar y laboral. Las personas que viven con VIH se han convertido en un colectivo marginado, que puede retrasar su ingreso al tratamiento antirretroviral, es frecuente que sean diagnosticados ya en un proceso de desgaste avanzado o por alguna enfermedad oportunista que disminuye las posibilidades de sobrevivencia.

El VIH infecta a la persona que lo padece, pero se inserta en la sociedad en su conjunto. En este contexto, modifica y reconstruye la vida cotidiana, así como los espacios de convivencia, de tal forma que se adhiere en el día a día de cada sujeto, reinterpretándose a partir de la forma en cómo se identifica, tanto en lo interno como en lo externo. Así el VIH, resignifica y redefine las relaciones sociales y la trayectoria individual, con un permanente cuestionamiento sobre el devenir, la incertidumbre, la zozobra y la ansiedad que puede convertirse en una constante sensación con que se experimenta la vida.

En este sentido, el virus se construye encima de percepciones inconclusas y regularmente desconocidas sobre la forma en cómo se estructura, cuál es su función o cómo se desarrolla en la vida cotidiana, por lo que los temores comunes

al SIDA generan que se identifique como algo capaz de diezmar a cualquier sociedad. Aunado a lo anterior, debemos considerar que la sociedad en su conjunto juega un papel importante en el proceso de conocimiento, asimilación, rechazo, aceptación o resignación de saberse seropositivo, ya que aunque se han hecho esfuerzos considerables para disminuir estas percepciones, se continúa construyendo al seropositivo como un grupo de riesgo, potencialmente dañino, lo que se traduce en mantener en el anonimato el diagnóstico positivo durante el mayor tiempo que sea posible pues, como especifica Lizarraga (2003, p.173), “hablar de “grupos de alto riesgo” es vestir con nuevas prendas la estigmatización”.

Así, el VIH se convirtió en un virus “infeccioso” y “pandémico” que puede invadirlo todo, incluso a los que no portan el estigma de las conductas asociadas a los contagiados (Izazola et al., 1999; Magis y Del Río, 2000 y Lizarraga, 2003), pues como especifican Leyva et al., (2009), los grupos sociales con mayores grados de vulnerabilidad correspondían a aquellos que eran estigmatizados y cuyos derechos eran los menos respetados antes de la aparición del SIDA.

## Encarnar el envejecimiento y el VIH

El imaginario de la vejez heteronormativa se ha valido de diversas tecnologías político-sexuales (De Lauretis, 1989) para normar las interacciones y los procesos de salud-enfermedad-atención de las personas adultas mayores. Por una parte, los dispositivos sexo-genéricos han buscado homogenizar de forma discursiva y práctica la construcción de identidades disidentes, así como invisibilizar las prácticas sexuales en esta etapa, asumiéndolas equivocadamente como poco frecuentes y heterosexuales (Pons, 2016; Hanning, 2016). La biomedicina ha contribuido, por su parte, a desestimar la incidencia de VIH en este grupo etario, tanto por la concordancia de sus categorías analíticas con los dispositivos heteronormativos (Esteban, 2008), como por la reproducción de discursos estigmatizantes en torno a la infección y al envejecimiento (Priego, 2018).

Vale señalar los casos reportados en Brasil (Putti Paludo, Olesiak y Quintana, 2021), México (Priego, 2018) y Colombia (Valoyes, 2020), en donde las personas adultas mayores se consideraron vulnerables a la infección, manifestaron un rechazo al envejecimiento, vivieron en secreto su condición seropositiva por miedo a la discriminación y refirieron la reproducción de los estigmas en entornos médicos y familiares relacionados tanto con el viejismo como con la homofobia. Aunado a esto, es por demás preocupante que la agenda política no

considere ni al envejecimiento en las acciones gubernamentales sobre VIH, ni a la infección dentro de los programas diseñados para atender las problemáticas de las personas adultas mayores. Como señala Henning (2016), no existe una perspectiva de gerontología LGBT en la política, ni en los servicios de salud.

Quienes han envejecido con VIH han aprendido a responder ante la ausencia política, legal y epistemológica. Desde la década de los sesenta del siglo pasado, la organización colectiva ha sido fundamental para lograr la visibilidad y la incidencia política (Cerda, 2010, Hanning, 2020). Mas esto se ha logrado a partir de reflexionar, reconocer y socializar las experiencias vividas, ejercicio que favorece el reconocimiento y la agencia de las problemáticas colectivas e individuales, en donde el nodo central del aprendizaje es el cuerpo (Pons, 2016). Esteban (2008), reconoce a las representaciones, percepciones, emociones, vivencias y reflexiones, respecto a la interacción de cuerpos generizados como itinerarios corporales, en el mismo eje de construcción cultural, social y simbólica de lo que ha sido concebido como la encarnación (embodiment) en Krieger (2004).

Pese a la polisemia del concepto encarnar, por lo general, las perspectivas coinciden en reconocer a las personas tanto activas como sujetas (Krieger, 2004). Esto último, con relación a los dispositivos políticos, sociales y culturales construidos en torno al cuerpo (Butler, 2004). Los itinerarios corporales concentran entonces, las formas en que las personas de forma particular y general construyen significados e identidades en torno a la experiencia de la vida transcurrida. Es entonces en donde la vejez, la representación o performatividad del género (De Lauretis, 1989; Pons, 2016) y las formas de generar márgenes para padecer, controlar y recuperarse de las desavenencias causadas por el VIH (Canguilhem, 1998) representan luchas encarnadas.

El concepto de lucha ha sido desarrollado por Henning (2016, 2020), quien lo ha recuperado de la forma en que sus interlocutores se han referido tanto a las formas de afrontar el VIH como a la vejez. Cabe añadir que no tiene una expresión únicamente negativa, pues se reconoce que en la batalla existe la posibilidad de aprender; las personas adultas mayores comprenden a las experiencias de vida como un bagaje que desarrolla la competencia en crisis (Henning, 2020).

Para este trabajo se busca comprender que esas luchas son corporizadas (Pons, 2016) y se desenvuelven a manera de itinerarios del cuerpo, o matrices de agrupación de experiencias que construyen realidades (Esteban, 2008). En este sentido, en resumen, es a propósito de la encarnación del envejecimiento y

el VIH, de la representación y experiencia en la forma de vivir las disposiciones erótico-afectivas (List, 2004; Laguarda, 2007) que se pueden afrontar los dispositivos de la vejez heteronormativa promovida por la biomedicina y los problemas de salud y desatención generados.

## Modelo de consejería

Como ya se mencionó, entre las personas envejecidas no heteronormativas que viven con VIH, la capacidad de agencia ha sido desarrollada a propósito de la organización y acción colectiva (Henning, 2020; Pons, 2016). La formación de asociaciones para responder a las necesidades políticas, culturales, sociales y en salud, ha sido una respuesta al abandono de las responsabilidades del Estado y a la exclusión y estigmatización de los grupos.

Específicamente, para el trabajo en VIH, vale la pena señalar que el modelo de atención ante un nuevo diagnóstico ha sido la consejería, un diseño derivado de la experiencia empírica y que con el paso del tiempo se ha consolidado en la herramienta esencial del ejercicio en salud de primer contacto (Rivero y Carvalho, 2013). Es relevante indicar que la consejería surge de las necesidades no resueltas por los sistemas de salud en colectivos en donde el nulo reconocimiento de sus derechos limitaba el acompañamiento en la resolución de problemáticas sociales y de salud (Consejo Nacional del SIDA, 2002).

La consejería contempla el acompañamiento en situaciones de enfrentamiento a partir del abordaje centrado en la persona y basado en la comprensión de los componentes biopsicosociales del problema (Rivero y Carvalho, 2013; Consejo Nacional del SIDA, 2002). El consejero asume el papel de facilitador de conocimientos, habilidades y herramientas para acompañar a la persona en el proceso de toma de decisiones. Por el contexto en el que se desarrolló este tipo de abordajes, es fundamental comprender a la consejería como un ejercicio de autonomía en intervenciones individuales, puesto que implica el reconocimiento y evaluación de quien presenta un dilema en cualquier situación de la vida cotidiana (Rivero y Carvalho, 2013) y tiene el objetivo de transformar la forma en que éste mismo puede resolverlo.

Cabe añadir que este tipo de intervenciones ha demostrado su particular utilidad en el acompañamiento posterior al diagnóstico por infección de VIH (Vallejo et al., 1995), pero pese a estar presente en el primer nivel de atención a la salud de varios sistemas alrededor del mundo, debe reconocerse que la

experiencia y el perfeccionamiento son atribuibles a los colectivos de personas que han pugnado por instaurarlo.

### Aspectos metodológicos

Para este trabajo es fundamental comprender las formas en que se desarrolla el proceso de envejecimiento en el reconocimiento y enfrentamiento con el diagnóstico de VIH, identificando los componentes que han hecho que se incorporen ambas a la vida cotidiana. Para lo anterior, se recuperaron y analizaron las experiencias en torno al diagnóstico positivo y los cambios generados a través de los años. La perspectiva del estudio es investigación-acción cooperativa (Rodríguez, Gil y García, 1999), considerando que, debido a la naturaleza del problema, es fundamental reconocer la interacción de todas las personas participantes y garantizar un ejercicio horizontal en la generación de la información y producción del conocimiento.

Es por lo anterior que el trabajo de campo se dividió en tres etapas:

1. Se realizó un estudio cualitativo de corte etnográfico (Hamui, 2011 y Robles, 2011) en tres personas que tuvieran funciones operativas en la Red Mexicana de Personas que Viven con VIH-SIDA, con las cuales se realizaron entrevistas semiestructuradas y con quienes, al final de la recopilación de la información, se socializaron los hallazgos. Estos interlocutores eran originarios y vivían actualmente en el Valle de México y han trabajado en la atención de la salud de personas con VIH o SIDA en al menos los últimos diez años.
2. Se realizó un grupo focal con el grupo de discusión que se reúne los martes de cada quincena en la Red de PVVS para conocer su percepción sobre los hallazgos encontrados en la fase previa y su perspectiva en torno a las formas de abordar las temáticas resultantes en futuras sesiones. Los participantes totales fueron once personas.
3. Se convocó a cualquier persona que pudiera estar interesada en temas de vejez y envejecimiento que viva con VIH para realizar nuevas entrevistas semiestructuradas en búsqueda de profundizar los hallazgos. La técnica de muestreo fue por bola de nieve, mediante la cual se consiguió a cuatro

interlocutores con quienes se realizaron entrevistas semiestructuradas.

Se buscó que, mediante las técnicas de muestreo y la selección del método de investigación, se encontrara con personas en una situación de relativa tranquilidad y confianza, de mayor adaptación al diagnóstico y al tratamiento. De esta forma, consideramos que se favoreció a una recuperación reflexiva de sus experiencias.

Las entrevistas se realizaron vía zoom con los informantes claves para establecer un mejor contexto para reproducir la experiencia, asimismo, se le informó a cada persona entrevistada el propósito del estudio, así como el papel de su participación; se les garantizó, mediante consentimiento bajo información previa, el resguardo confidencial de sus datos y el uso de su testimonio exclusivamente con fines científicos, por lo cual se les pidió explícitamente su autorización para que las entrevistas fueran grabadas y transcritas en su totalidad. Las entrevistas tuvieron una duración de entre 40 y 120 minutos por sesión. Una vez hechas las transcripciones, se analizaron desde una perspectiva interpretativa del discurso. Tras la lectura repetida de las transcripciones, se identificaron categorías discursivas significativas según el énfasis observado en los informantes, éstas fueron interpretadas a la luz de un marco teórico mínimo que se constituyó en “la mirada” con que fueron leídas.

Por otra parte, se identificaron regularidades discursivas y se corroboró su solidez testimonial al referirla a la particularidad de cada caso. Se seleccionaron los fragmentos más contundentes que expresaran la regularidad discursiva y que dieran cuenta de una reconstrucción de la experiencia del diagnóstico de VIH al momento actual y en la vivencia del proceso de envejecimiento, esto con la finalidad de distinguir posibles fases constitutivas de un proceso adaptativo, las frases que nos interesa destacar fueron marcadas en negritas.

## Resultados

A continuación, se presentan las principales características de los interlocutores de las dos sesiones de entrevistas.

Tabla 1. Característica de los interlocutores

Informante	Condición generizada	¿Vive con VIH?	Tiempo de diagnóstico (años)	Edad (años)	Ocupación	Origen
MP.	H o m b r e cisgénero	No	-	57	Coordinador	Red de PVVS
F.	H o m b r e cisgénero	Sí	22	55	Consejero	Red de PVVS
S.	M u j e r transgénero	Sí	30	56	Consejera	Red de PVVS
T.	H o m b r e cisgénero	Sí	37	60	Jubilado	Usuario
L.	H o m b r e cisgénero	Sí	14	56	Profesionista	Usuario
R.	H o m b r e cisgénero	Sí	37	53	Profesionista	Usuario
O.	H o m b r e cisgénero	Sí	23	60	Comerciante	Usuario

Fuente: Trabajo de campo, 2023.

De las tres personas entrevistadas, quien no vivía con VIH era el coordinador de la Red de PVVS, con quien se concentró el ejercicio en hacer un recorrido histórico sobre su experiencia en la lucha contra la epidemia y de quien daremos cuenta más adelante. De las otras dos personas participantes, encontramos que la principal forma de afrontamiento está entre tomar acciones y no hacerlo. De acuerdo con sus experiencias, la agencia fue determinada por la configuración de redes de apoyo y la apropiación del conocimiento sobre el cauce de la infección:

**F.** El que venga y me diga el día de hoy: no pasa nada o no siento nada, pues yo creo que ha de vivir en Júpiter porque todos, todos y te hablo así de todos, este... cuando reciben un resultado reactivo, son distintos factores del impacto de recibir la noticia de vivir con VIH. Entonces, sí me dio para abajo. Recuerdo que estaba con un gran amigo que me acompañó. Ese día no me dejó solo: me llevó al cine, me llevó a comer. Posteriormente me

estuvo acompañando los primeros días (...) tenía que tomar las riendas de esta situación (...) Me culpé por esta situación.

S. Me entregaron el sobre y yo ya no sabía qué seguía (...), e iba a morir en tres, seis meses (...) No era de las personas que buscaba información como persona que vive con VIH. Iba a la deriva. Estuve tratando de disfrutar los momentos y la vida conforme se iba presentando.

Para ambos, el diagnóstico significó en su momento, una condena de muerte, particularmente relacionado con el desconocimiento sobre la infección y sus alcances. Esto mismo le hizo a S, interrumpir constantemente su tratamiento antirretroviral (TAR):

S. Entraba en tratamiento, pero por mi mala desinformación, lo suspendía. Hace 15 años me volví totalmente adherente.

Ambos destacan la labor de la RED desde el modelo de consejería y la capacidad del colectivo para configurar nuevas redes de apoyo. A partir de su involucramiento en el colectivo, consideran que no sólo pueden afrontar mejor el diagnóstico, sino también hacer cambios relevantes en la forma en que lo significan:

F. Algo bueno que me ha dejado es darme cuenta de que tenía muchas capacidades y que no lo sabía y desafortunadamente como buenos seres humanos que somos, no nos damos cuenta a veces de las habilidades o de las capacidades que tenemos hasta que estamos en situaciones críticas, entonces para mí la cuestión de VIH fue una situación crítica, pero decidí darle la vuelta, decidí este... dije ya hasta aquí, hay que afrontarlo y fue como me acerqué a la Red.

Dentro del bagaje que construye la experiencia ante el diagnóstico, para ambos es fundamental reconocer su sexualidad; sin embargo, perciben que esto mismo está regulado por dispositivos sexo genéricos que reproducen el estigma y la discriminación:

**S.** Yo he aprendido a lo largo del camino que las cosas se van dando. Me he destapado ya como persona y mujer trans viviendo con VIH, algo que muchas mujeres trans no han hecho o no han querido hacer porque no han trabajado su estigma propio. Esa cuestión si nos pesa y nos pesa muchísimo.

Es relevante en S. la noción del destape, evidenciar, representarse en relación con el género; desde ahí se potencia la capacidad de responder ante el VIH y de incidir en cambios que puedan favorecer a un colectivo. A propósito de los beneficios de las acciones colectivas, M.P. refiere que las organizaciones surgieron en los años ochenta ante la falta de conocimientos sobre la epidemia y la lenta o nula reacción del Estado Mexicano para contener el incremento de casos. Es en esta época cuando comienzan a surgir la Fundación Mexicana para la Lucha contra el Sida gracias al apoyo e iniciativa de intelectuales y artistas como Luis González de Alba, Guadalupe Loaeza y Ernesto Araiza entre otros, quienes incorporaron las bases sociales de personas gay. Es también en ese tiempo cuando el modelo de consejería se erige como el principal mecanismo de acompañamiento para los nuevos diagnósticos:

**M.P.** El centro de la transfusión sanguínea en aquel momento era el único que hacía las pruebas para VIH. Las pruebas de Elisa que se estaban creando nuevas en aquellos momentos, nuevas particularidades de cómo dar un resultado, a eso le llamaban la “preconsejería en VIH” y después la “posconsejería en VIH” llevada a cabo sobre todos solamente por psicólogos o psicólogas y además en la fundación se perfilaban como estos requisitos inherentes, ser comprometidos con la comunidad gay, este... ser solidario con alguna situación económica, de espectáculos o de artistas ¿no? Finalmente, quienes estaban arriba de esta organización en este comité pues eran desde el escritor hasta la comentarista y los grandes investigadores en salud en esos momentos ¿no?

Sobre este punto también R. comenta:

**R.** Toda esa solidaridad también la viví cuando a mí me dieron el diagnóstico de VIH. En la Red, en la fundación, bueno en aquel entonces la Red no existía. En la fundación me ayudaron, pero había una unidad móvil y en la unidad móvil estaba compuesta en su mayoría por gente gay. O sea, la gente gay estaba trabajando para la gente gay. Y no sólo me refiero a hombres sino a muchas chicas lesbianas. Y esa solidaridad de ellos de tratar de educarnos de todo, también la viví ahí. Fundación Mexicana para la lucha contra el SIDA. De ahí salimos muchas personas o algunos se hicieron activistas, algunos trabajamos en grupos de autoapoyo.

Entre los interlocutores hay una marcada influencia del modelo de consejería y la cercanía con las asociaciones que trabajan en VIH en el impacto en su vida. Para quienes contaron con el apoyo de la Red u otra organización, tuvieron la oportunidad no sólo de comprender la infección y su tratamiento, sino también para involucrarse y realizar así, el acompañamiento con nuevos casos. Existe entonces una constante referencia sobre la solidaridad y la configuración de una red de apoyo de personas que únicamente comparten un diagnóstico y la necesidad de compartir experiencias.

Si bien el caso de L. es distinto, es relevante la forma en que el modelo de autoayuda influyó en un afrontamiento positivo al diagnóstico. L. refiere que previo a su diagnóstico, estuvo internado en una institución para el control de las adicciones y que posteriormente se unió a un grupo de alcohólicos anónimos:

**L.** Me diagnostican con SIDA pero haz de cuenta que yo ya estaba, ya tenía más de dos años en grupo, dos años, casi dos años nueve meses en grupo entonces haz de cuenta que tenía una etapa como y bueno, la sigo teniendo, haz de cuenta como de mucha, como que yo decía “es que es la consecuencia de mis actos”, o sea pues me inyectaba drogas, no me cuidaba, me prostituí por las drogas, este pues... me contagié, yo decía es la consecuencia de mis actos, yo decía una vida destrampada sin control me trae como consecuencia el SIDA.

Asumir la infección como consecuencia de las decisiones consideradas como equivocadas, también es presente en T.:

**T.** Pues lo único que pasó fue que yo empecé a echar culpas a todo mundo porque el doctor me dijo “no vayas a cometer una tontería, la ciencia cada día va más avanzada, necesito que me escribas una carta de lo que piensas en estos momentos y mañana te veo” y pues toda esa noche no dormí, hice muchas cartas, las rompía y yo decía a todo mundo le eché culpas menos... hasta a dios, ¿eh? Pero menos al principal, que era yo... porque yo sabía que existía, aunque no estaba nada informado o sea yo sabía que... se oía que había este SIDA y yo decía pues a todos les puede pasar menos a mí. Y pues no, la realidad fue otra, a mí también me pasó. Entonces fueron seis meses en los cuales yo no me pude desahogar, todos los días decía “dios mío, es un día más de vida, gracias pero un día menos que me falta” porque en aquel entonces la... el promedio de vida de una persona con VIH era máximo de cinco años entonces así me la viví casi seis meses, si yo veía algún encabezado de algún periódico o en alguna... sabía que en alguna revista tocaban el punto pues lo compraba y me los chutaba... hasta que... en casa no sabían, bajé de peso pero porque no dormía, estaba con muchas dudas, con nadie platicaba porque pues era algo que yo no podía platicar, no había modo de informarme como en la actualidad, no había asociaciones, o sea no había nada para... para los que empezábamos ¿no?

De nuevo T. manifiesta que enfrentó en soledad su diagnóstico, tanto por la falta de información, como porque las asociaciones no existían. Cabe señalar que, pese a que durante el inicio de la epidemia proliferaron varios colectivos, no todos lograron visibilidad nacional ni existían formas de difusión para ser apercibidas por quienes recibían un diagnóstico. Para L. el diagnóstico ocurrió en el 2009, por lo que las instituciones de seguridad social ya habían implementado programas de acompañamiento:

**L.** O sea yo así lo asimilaba entonces de alguna manera siempre quise no derrotarme porque haz de cuenta que me dan el sí, me diagnostican con SIDA y me atienden en el hospital, en la clínica que está ahí (...) porque mi familia como que existía el tabú,

el SIDA y tú dices mi madre, sobre todo mi madre no quería que nadie supiera y entonces no, como vas a ir al ISSSTE a decir que tienes SIDA entonces me atendí en el hospital, en la clínica de la Condesa. Ahí me atendí poco tiempo eh, me atendí como unos 15, 20 días ahí porque decían que tenía... como era derechohabiente al ISSSTE, decían que tenía que ir con... al ISSSTE, que tenía que ir al ISSSTE forzosamente y ahí me dieron pláticas de psicología ahí en la Condesa, mis hermanas me llevaban pero la realidad es que me daban las pláticas a mí y mis hermanas lloraban entonces yo apoyaba a mis hermanas porque ellas estaban en shock de que yo tenía SIDA, entonces yo las apoyaba porque me sentía muy fuerte, ya el grupo me había fortalecido por eso sigo, sigo en terapia porque me sacó del hoyo entonces.

L. refiere que, para su familia, la infección era un tabú, por lo que al principio prefirieron acercarse a la Clínica Condesa, puesto que suponían que en el ISSSTE L. sufriría discriminación. De nueva cuenta, el interlocutor comenta que el grupo de autoayuda fue fundamental para afrontar el diagnóstico; sin embargo, pasado el tiempo, presentó un ataque de ansiedad relacionado con la forma en que asumía las implicaciones de la infección:

L. y yo mismo digo “esta enfermedad no me va a tumbar”, no va a hacer que yo recaiga y la, la oculto, la escondo y doy, doy una cara fuerte, a mí no me vas a derrotar sí y cuando el doctor me decía “es que te voy a internar” yo inmediatamente ligaba internamiento, SIDA y muerte. Yo decía es que si me interna es SIDA y me voy a morir, pero yo no lo decía, era mi subconsciente quien lo decía sí, mi subconsciente que me decía si te internan, te mueres y te mueres de SIDA.

Las experiencias de VIH son también diferentes con relación a la representación y denominación consecuente de la condición. Mientras que para L. su condición es SIDA, T. se considera portador, y R. vive con VIH. Los tres interlocutores asumen la misma posición para conducir su lucha, aun cuando los conceptos que utilizan son diferentes y han perdido vigencia en el lenguaje

académico actual:

**T.** Portador de VIH, que he luchado como 36, 37 años a partir de que supe que soy portador, tengo el deseo de seguir luchando, seguir adelante, creo que, pues no ha sido de en balde mi lucha, me siento muy tranquilo y me siento sano, mi aspecto es de una persona común y corriente, no se ve que tenga yo alguna enfermedad, aparte soy diabético y pues quiero seguir saliendo adelante ¿no? No soy el ejemplo de nadie aclaro, simplemente soy un ser humano como cualquier otro con ganas de luchar, de seguir viviendo... lucho por vivir no por morirme. (...) Y le dije estoy luchando por vivir, no le tengo miedo a la muerte, pero ya analizándolo yo creo que, sí le tengo miedo a la muerte porque por eso estoy luchando, si yo no le tuviera miedo a la muerte pues entons no hubiera luchado desde un principio y ya no existiera, pero sí quiero vivir, quiero demostrarme antes que nada a mí mismo, que puedo salir adelante y no nada más en esto, en muchas cosas ¿no? Que las luchas no son de en balde cuando realmente uno tiene un propósito y mi propósito es vivir y estar bien y creo que lo estoy logrando.

**R.** No. No me daba miedo, de alguna forma sí, pero no ese miedo que... y creo que el vivir con VIH o el afrontar el afrontar la enfermedad con VIH me dejó muchas herramientas para afrontar el COVID.

En ambas narrativas, se identifican formas de referir una lucha o enfrentamiento; específicamente R. reconoce que estas batallas le facultan para afrontar nuevos problemas de salud. Este hallazgo coincide plenamente con lo descrito por Hanning (2020) en Brasil, pese a que la naturaleza de su estudio refería el cambio político en su país. No obstante, es por demás relevante comprender que para las personas que viven con VIH (independientemente de cómo lo expresen), la agencia reside en los aprendizajes que la experiencia les da.

O. representa un caso particular respecto a los otros interlocutores, pues él no reconoce alguna particularidad de la infección por VIH respecto a otros

problemas de salud, aun cuando el proceso de su diagnóstico estuvo marcado por experiencias estigmatizantes y sucedió por coerción del lugar en donde trabajaba:

**O.** En el 2000 me hicieron la prueba en el hospital porque era política de la empresa... era política de la empresa hacérmela a fuerza. Estaba en la cocina... me cambiaron a ropería, que supuestamente porque se manejaban los alimentos que no podía estar en la... Porque me diagnosticaron a tiempo porque no tuve diarrea; no tuve ninguna, ninguna. Porque muchos de los que los diagnosticaron después, fue difícil para ellos. Hay que seguir el tratamiento pegado a lo que nos indican. Es como cualquier otra enfermedad, llevando el tratamiento adecuado y tomando la... y seguir las indicaciones que nos dan. Es lo mismo que si tuviera una diabetes, una hipertensión....

Destaca que pese a que la medida vertical e injustificada del hospital de realizar una prueba en su trabajador, él reconoce que se derivó en un diagnóstico temprano que le permitió tomar el control oportuno sobre su tratamiento. R. no tuvo la misma oportunidad, aunque cronológicamente es muy cercano a O., su diagnóstico ocurrió en 1988 (a diferencia del de O. que fue en 2000), cuando la información era escasa:

**R.** Si a mí me hubiese llegado la información un poco antes, cuando tenía 16 o 17 años, quizá yo no me hubiera contagiado. Eso ya no sirve, pero este, era la falta de información. No nos decían. Sólo era un cáncer rosa. Tenían más prejuicios que la enfermedad, a las personas y a su modo de vida. Era por ahí el tema. Fueron años muy difíciles de discriminación no sólo por la enfermedad sino por ser gay o por ser lesbiana.

R. refiere tanto la estigmatización de la enfermedad y la sexualidad, como discriminación entre la sociedad mexicana de los 80, situación que de acuerdo con O. se ha mantenido y que incluso, ha conducido a casos entre sus conocidos de abandono:

**O.** Mi mamá nunca se espantó, ni nada, por eso ya cuando

falleció me encargó con unas sobrinas. Les dijo “te encargo a tu tío porque lo tienen que cuidar”. Tenían (a un amigo) en su casa. Lo tenían en un cuarto abandonado (...) lo tenían mal, ¿no? Lo tenían como un perrito.

Cabe resaltar la doble carga de la estigmatización del VIH en personas que viven su sexualidad en formas no hetero normadas; para R. la muerte y los daños a la salud ocasionados por la infección fueron fundamentales para asumir ambas condiciones, aún pese a haber reconocido previamente la probabilidad de ser excluido:

**R.** Algo que yo aprendí y lo aprendí muy rápido, o sea en meses, cuando me dan el diagnóstico, te hablo hasta de dos meses, las personas con HIV se morían muy rápido y además las enfermedades que les daban era muy grotescas, muy impactantes. El sarcoma eran machas impresionantes, o las cabezas se inflaman. Todo eso hizo que, en dos o tres meses, aceptara mi homosexualidad, aceptara mi enfermedad y me dije “no me queda otra sino adaptarte”. Ser gay en 1986 era más complicado, aunque venían de una liberación sexual en los setenta, en un país católico. Yo luego veo videos de los setenta y ya había transexuales y travestis en la música. Eso ya existía. ¿Por qué había tanto tapujo en México? Yo no veía el SIDA como algo cercano. Pensaba que estaba en Estados Unidos o muy lejano y error, ya estaba aquí y lo transmitíamos. En el 87, 88 me llegó el primer folletito de información. Llegó tarde porque ya para entonces, tenía una vida sexual hecha. Ya cogía. Y lo platicaba con amigos y decían “eso no pasa aquí”. Y cuando se muere nuestro primer amigo... entonces fue una explosión... espantadísimos todos.

La muerte es en su caso, el hecho que se debe enfrentar, tanto de forma individual como colectiva, para realizar cambios en la forma de vivir y de construirse. Es quizá por la forma en que se identifica, en el equivocado imaginario de la vejez, al momento de reconocerse viejo como el punto en el que también comienza a decantarse la muerte:

**F.** Mira es algo que va a pasar y que vamos todos para allá o sea es un hecho y la idea es llegar lo mejor posible, en las condiciones más óptimas, es como decir cuando naces tienes dos cosas seguras: la muerte y los impuestos, ahí no te salvas. De la vejez tampoco te salvas, todos vamos para allá y de los impuestos menos te vas a salvar, aún de niño, de joven o de viejo vas a seguir con los impuestos. Entonces este... digo y puede parecer hasta a lo mejor como algo fuerte, pero decir creo que tener un diagnóstico de VIH hace 20 años que no había nada era más drástico y la gente moría y no había opciones y al día de hoy que alguien muera por VIH, cuando hay opciones es cuando dices y reitero qué dejaste de hacer para llegar a eso y si quieres hacer eso está bien, es tu decisión, entonces si hay opciones, hay que aprovecharlas.

**S.** Vivo la vida como si estuviera sana completamente. Tengo mis amiguitos. Como lo que se me antoja. Hago lo que quiero. A lo mejor ahora me limito un poco por una cuestión que tuve un infarto. Para mí el hecho de decir “voy a envejecer pronto” porque tengo 58 años, se me hace como decir “ay, me voy a morir en dos tres años”. Creo que aquí importa mucho la parte de que uno mismo sepa y quiera vivir el tiempo que quiera vivir. Y me voy a privar de muchísimas cosas que podría haber hecho.

Pero, envejecer también puede asumirse como perder la autonomía de un momento a otro:

**O.** Entra uno en la tercera edad, supuestamente... sí, porque pienso que sigo indetectable, que he dado seguimiento a mi medicamento, porque si lo hubiera dejado sería otra cosa (...) Yo me siento igual. Es lo mismo (...) No pos, ¿cómo me voy a mover de acá para allá? ... para las consultas.

En los tres casos anteriores, envejecer es asumido como un evento que, aunque inevitable, marcará el final ya sea de la vida o de la capacidad para

resolverla en su forma cotidiana. Vivir con VIH incide en saber que es posible llegar a cualquier condición (envejecer o morir) de forma prematura o de un momento a otro, también significa que quizá suceda más pronto en comparación con otras personas que no tienen la misma condición:

**R.** Durante la pandemia el doctor me dijo algo “bueno, quiero hablar contigo porque hay... vas a entrar a los 50 y ya hay un tema que nunca lo consideramos que es que no esperábamos que la gente pasara de los 50”. Entonces dice “quiero decirte que las personas con HIV por la simple enfermedad más el tratamiento, pueden llegar a envejecer 10 años más rápido, o sea que si tienes cincuenta pudiera ser que estés... tu cuerpo se esté adaptando como si tuvieras sesenta (...) pero es parte de la enfermedad y es parte del proceso de los medicamentos”.

El médico de R. ha dado una sentencia lapidaria: la biomedicina no esperaba la sobrevivencia de quienes se infectaron; los tratamientos han sido prescritos con la intención de contener los síntomas y no para garantizar la vida en las personas con VIH. Son entonces quienes viven y comparten la infección, quienes deben desarrollar la agencia:

**L.** (Sobre el envejecimiento) Como una parte de la vida, como un proceso biológico, como un proceso psicológico, como un proceso de salud, este... para tener una vejez tenemos que cuidarnos, yo ya tengo 15 años que dejé completamente de beber, de fumar tengo ya 15 años y medio que no fumo un cigarrillo, este... procuro hacer ejercicio, camino, mi esposa me cuida mucho mi alimentación, este creo que hay que llegar a la vejez con dignidad he pero con una dignidad este, cada quien habla de dignidad como lo crea.

Pero, llegar a viejo no sólo es otra batalla que se suma a la infección por VIH, sino la oportunidad de resignificar la vida.

**T.** Cumplí 32 años laborando, me encanta trabajar, pero creo era el momento de decir hasta aquí. ¿Por qué? Porque todavía me

considero una persona productiva, una persona que puede valerse por sí misma, que no me iba a esperar a ver este... cuando me jubilaba, me gusta el trabajo entonces... pero tampoco iba a dejar toda mi vida ahí, dejé 32 años en el último trabajo anteriormente, trabajo desde los 15 años... Me jubilé de 54. Entonces yo dije bueno, ok ya es momento de decir adiós porque ahorita voy a empezar a vivir lo que no viví en 32 años, lo que viví en 32 años fueron carreras, presiones, desvelos, o sea se viven muchas cosas lógico, para eso nos alquilamos, estoy consciente, pero al final del día dejamos parte, gran parte de nuestra vida en el trabajo y nos perdemos tantas cosas padrísimas que hay en la calle...

Pese a que para T. envejecer significa perder la categoría mercantilista de ser productivo, asume que jubilarse es una oportunidad para lograr una mejoría en su calidad de vida. Para L. en contraste, no importa dejar de trabajar, sino tener la posibilidad de reflexionar y hacer cambios en la trayectoria de vida que sean necesarios para lograr experiencias que dignifiquen a este proceso:

L. hay muchas cosas que he vivido, hay muchas cosas que me han pasado, entonces lo único que sé es que ya a mi edad o más años que vaya creciendo pues tengo que ser un buen hombre para que tenga un buen resultado (...) yo creo que entre más edad tengas más sabio se vuelve uno, como que te vuelves más discreto, te vuelves más respetuoso, hay cosas que no te gustan pero por armonía lo haces como lavar trastes, a mí mi esposa me dice que soy un macho moderno porque yo no hago nada en casa, mi esposa me atiende, pero lavo los platos (...) entonces de alguna manera yo voy viendo que con el paso de los años y entre más crezco me doy cuenta de que para que yo tenga una calidad de vida dignificante pues tengo que respetar a los demás, tengo que organizar mis gastos, organizar mi dinero, tengo que organizar mi salud este...

Incluso hay casos como el de R. en donde la reflexión atribuida al paso del tiempo ha incidido en la posibilidad de repensar su propia sexualidad:

**R.** Me di cuenta el año pasado que empecé “ay, estoy teniendo otros cambios”, entrando a los 50. Y, por ejemplo, cambios en la sexualidad, cambios en mi orientación sexual. Es algo que yo estoy descubriendo y que... que como gay, te destruye toda la construcción que hiciste. La parte... hubo una ocasión este, que tuve una aventura con un muchacho, pero él en su cabecita, él no era gay y me pidió, dice “oyes, es que me complica tener relaciones con un hombre, ¿te puedo prestar una ropa femenina?” Y yo dije “ay pues, el chiste es vamos a coger, punto” y me la puse y despertó algo todavía, que yo no conocía. El travestismo a mí me llamó mucho la atención. Y bueno este chavo, se quedó sorprendido, ¿no? y ora sí que en el sexo fue algo muy rico y muy impresionante. Entonces yo no, yo no tenía contemplado en mi cabeza ser travesti o como le decíamos antes a las vestidas, yo las respetaba, las apoyaba y todo, pero no era para mí, esta no era mi orientación ni mi, ni mi... sí las respetaba, las ayudaba y todo, porque sabía que eran discriminados, pero no eran parte de mi mundo. Y ahora se abrió como la caja de Pandora. Es algo muy extraño porque, estuve con este chico y fue como abrir un ropero con... como... es que no sé cómo explicártelo... es... O sea, yo sí tengo sexo con gente gay y todo el rollo, pero ahora ya no me gustan los gays. Estoy con mi esposo y todo el rollo, y ya no hay sexo y todo el rollo; nos queremos y nos apoyamos y todo el rollo. Pero de repente se abrió un... como un librero, como un ropero, como si salieran mariposas y perfume y este, y flores y todo eso... y de repente los chavos están, chavos y hombres, grandes y adultos... este...que son muy aventados. Por ejemplo, estoy así hoy en mi parte masculina y también son muy aventados.

## Comentarios finales

Es muy importante señalar que este trabajo no presenta los resultados finales del proyecto. La investigación-acción cooperativa requiere que los hallazgos se socialicen y sean la base para realizar la evaluación, problematización y resolución de las problemáticas que no sólo quienes están a cargo de la recogida

de datos, identifiquen, sino que la propia organización y sus participantes emprendan la toma de decisiones. Por ello, no podemos realizar aún conclusiones, pero sí adelantar algunas consideraciones sobre lo que, hasta el momento, se ha efectuado.

Vivir con VIH, envejecer y construir identidades y disposiciones erótico-afectivas, se encarnan; de forma sinérgica van construyendo itinerarios corporales que definen los cursos en los que las experiencias de vida configuran significados y de los cuales se desprenden decisiones para lograr cada vez mayor agencia sobre los procesos de salud, enfermedad y atención.

Los significados en torno a la muerte son transversales tanto para la vida a la luz de la infección, como para las trayectorias del envejecimiento. Pese a que las personas han librado muchas batallas y de todas ellas se han valido para enfrentarse a los retos que se les presentan, saberse finitos representa un argumento total para la disposición de experiencias presentes y futuras, pero también para afrontar la muerte, la conformación de redes de apoyo a partir de la cercanía con los grupos de acción social organizada es esencial.

El modelo de consejería, además de fomentar la agencia en el tratamiento y facultar el apego y la adherencia como respuesta a la inoperatividad de los sistemas de salud y de protección social, es una estrategia para reconstruir el tejido social entre las comunidades no heteronormativas. También promueve la posibilidad de compartir y transferir el conocimiento, por lo cual puede constituirse en un futuro, como el elemento sustancial para la sostenibilidad de los proyectos de intervención en VIH y envejecimiento.

Los causes del envejecimiento, si bien son diversos, coinciden en narrarse como un padecimiento. Lejos de pensar que es una acepción negativa, para este grupo se asumen como una batalla con la que hay que lidiar y por lo mismo, una posibilidad de aprendizaje.

## Referencias

- Butler, J. (2004). Cuerpos y poder reconsiderados. En D. Taylor y Vintges K. (Eds.). *Feminismo y el último Foucault (183-194)*. Chicago, E.U.A.: University of Illinois Press.
- Canguilhem, G. (1998). La salud, concepto vulgar y problema filosófico. *Sociología: Revista de la Facultad de Sociología de Unaula*, (21), 151-158.
- Casanueva, E. (2007). *Las personas de la tercera edad. Necesidades de Investigación en Nutrición*. *Revista Salud Pública y Nutrición*, 6(1).
- Cerda, A. (2010). Procesos emancipadores y acción colectiva en salud. En Chapela MC, Cerda GA (Comp.). *Promoción de la salud y poder: reformulaciones desde el cuerpo-territorio y la exigibilidad de derechos*. México: Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, 124-146.
- Consejo Nacional del SIDA (2002). Documento técnico de trabajo Consejería para VIH/SIDA. Ministerio de Salud de Chile.
- De Lauretis, T. (1989). *Technologies of Gender: Essays on Theory, Film and Fiction*. Londres: Macmillan Press.
- Esteban, M.L. (2008). Etnografía, itinerarios corporales y cambio social apuntes teóricos y metodológicos. En: Imaz, M.E. (coord.) *La materialidad de la identidad*. Editorial Hariadna.
- Foucault, M. (2009). *Historia de la sexualidad. La inquietud de sí*. México, D.F., México: Ediciones Siglo XXI.
- Giménez, G. (2019). *Cultura, identidad y procesos de individualización*. Ciudad de México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Ham Chande, R. (1999). Presentación. *Papeles de Población. Nueva Época*, 5(19), 5-6.
- Ham Chande, R. (2000). Los umbrales del envejecimiento. *Estudios Sociológicos*, 18 (3), 661-676.
- Hamui-Sutton, L. (2011). Las narrativas del padecer: una ventana a la realidad social. *Cuicuilco*, 52, 51-70.
- Henning, C.E. (2016). Is old age always already heterosexual (and cisgender)? The LGBT Gerontology and the formation of the “LGBT elders” Vibrant: *Virtual Brazilian Anthropology*, 13, 132-154. <https://doi.org/10.1590/1809-43412016v13n1p132>

- Henning, C.E. (2020). Ancianos LGBT en Brasil: los viejos de guerra y sus narrativas sobre batallas, resistencia y vulnerabilidad en tiempos ultraconservadores. *Plural. Antropologías Desde América Latina Y Del Caribe*, 6. Disponible en [asociacionlatinoamericanadeantropologia.net/revistas/index.php/plural/article/view/157](http://asociacionlatinoamericanadeantropologia.net/revistas/index.php/plural/article/view/157).
- Herrera, C. y Campero, L. (2002). La vulnerabilidad e invisibilidad de las mujeres ante el VIH/SIDA: constantes y cambios en el tema. *Salud Pública de México*, 44(6):554-564.
- INEGI (2020). *Población*. Consultado el 22 de abril de 2023. <https://www.inegi.org.mx/temas/estructura/>
- Izazola, J.A., Astrola, L., Beloqui, J., Bronfman, M., Chequer, P. y Zacarías, F. (1999) Avances en la comprensión del VIH/SIDA: una visión multidisciplinaria. En: Izazola JA, ed. *El SIDA en América Latina y El Caribe: una visión multidisciplinaria*. México, D.F.: Fundación Mexicana para la Salud.
- Krieger, N. (2004). Embodiment: a conceptual glossary for epidemiology. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59 (5), 350-355.
- Laguarda, R. (2007). Gay en México: lucha de representaciones e identidad. *Alteridades*, 17(33), 127-133. [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0188-70172007000100013&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-70172007000100013&lng=es&tlng=es).
- Leyva, R., Quintino, F., Infante, C., & Caballero, M. (2009). Migración Internacional y VIH/SIDA en México. “El estado de la migración. Las políticas públicas de la migración mexicana a Estados Unidos”, México: Conapo, pp. 249-264.
- List Reyes, M. (2004). Masculinidades diversas, Revista de estudios de género: *La ventana*, 2 (20), 101-117.
- Lizarraga, X. (2003) Una historia sociocultural de la homosexualidad. *Notas sobre un devenir silenciado*, México: Paidós.
- Magis, C. y Del Río, C. (2000) Epidemiología del VIH y del SIDA en México, en: Samuel Ponce de León y Sigfrido Rangel Frausto (coord.), *SIDA aspectos clínicos y terapéuticos*, McGraw – Hill Interamericana, México, 1 – 10.
- ONUSIDA (2021). *AIDSinfo. Global database on HIV epidemiology response*. Consultado el 1 de abril de 2023. <https://aidsinfo.unaids.org>
- Passerino LM. (2013) Imaginarios, biomedicina y normatividad: una respuesta a los procesos de estigmatización y discriminación por VIH. *Rev Cienc Salud*, 11 (2): 217-233.
- Pons Rabasa, A. (2016). Género 3.0. Frontera y multitud en” La experiencia de la vida real”.

*Géneros*, 5(2), 1014-1038.

- Priego, H.R. (2018). *VIH/SIDA y envejecimiento análisis gerontológico tridimensional en Tabasco* [tesis de maestría, Universidad Juárez Autónoma de Tabasco]. Repositorio institucional <https://ri.ujat.mx/handle/20.500.12107/3267>
- Putti Paludo, I.C., Olesiak, L.R. y Quintana, A.M. (2021). Idosos Soropositivos: A Construção de Significados para o Envelhecimento com HIV/Aids. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 41, 1-15. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003224079>
- Reyes Gómez, L. (1999) Salud, enfermedad y atención en la vejez. Tesis de doctorado en Ciencias Sociales. Especialidad en estudios regionales. El Colegio de la frontera Norte. Tijuana, B.C.
- Rivero L. y Carvalho, J. R. (2013). Aportaciones y Límites del Uso de la Abordaje Centrada en la Persona (ACP) para la Fundamentación Teórica de la Consejería en VIH/SIDA. *Temas em Psicologia*, 21(3), 4.
- Rodríguez, G., Gil, J. y García, E. (1999). *Metodología de la investigación cualitativa*. Ediciones Aljibe.
- Robles, B. (2011). “La entrevista en profundidad: una técnica útil dentro del campo antropológico”, en *Cuicuilco*, 18(52), 39-49, disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=35124304004>
- Robles, B. y Granados, J.A. (2018). *In-corporación del VIH: Nueve cartografías*. Universidad Autónoma Metropolitana.
- Treviño-Siller, S., Pelcastre-Villafuerte, B., Márquez-Serrano, M. (2006) Experiencias de envejecimiento en el México rural. *Salud pública de México*, 48(1), 30-38.
- Vallejo, O.J., Navarrete, S., del Río, C., Ávila, C., y Santos, J.I. (1995) El trabajador de salud y la consejería sobre el VIH y SIDA. *Salud Pública de México*, 37(6): 636-4.
- Valoyes, C.J. (2020). *Percepción de riesgo de VIH/SIDA en un grupo de adultos mayores de la ciudad de Cali* [tesis de licenciatura, Fundación Universitaria Católica Lumen Gentium]. Repositorio institucional <https://repository.unicatolica.edu.co/handle/20.500.12237/2135>.
- Vázquez Palacios, F. (1999). Hacia una cultura de la ancianidad y de la muerte en México. *Papeles de población*, 5(19), 65-75.



*Meditación.*  
Fez, Marruecos, 2014  
Foto Gina Villagómez



*Seguiré mi día.*  
Marrakech, Marruecos, 2014  
Foto: Gina Villagómez