

Humanitas

Universidad Autónoma de Nuevo León
Anuario del Centro de Estudios Humanísticos

Núm. 37 Vol. II
Enero-Diciembre 2010

*Ciencias
Sociales*



UANL®



Una publicación de la Universidad Autónoma de Nuevo León

Dr. Jesús Áncer Rodríguez
Rector

Ing. Rogelio G. Garza Rivera
Secretario General

Dr. Ubaldo Ortiz Méndez
Secretario Académico

Lic. Rogelio Villarreal Elizondo
Secretario de Extensión y Cultura

Dr. Celso José Garza Acuña
Director de Publicaciones

Lic. Alfonso Rangel Guerra
Director del Centro de Estudios Humanísticos
Editor responsable

Mtro. Francisco Ruiz Solís
Corrección de estilo y cuidado editorial

Lic. Adriana López Montemayor
Circulación y administración

Humanitas, año 37, núm. 37, enero-diciembre 2010. Fecha de publicación: 15 de enero del 2011. Revista anual, editada y publicada por la Universidad Autónoma de Nuevo León, a través del Centro de Estudios Humanísticos. Domicilio de la publicación: Biblioteca Universitaria Raúl Rangel Frías, primer piso, av. Alfonso Reyes núm. 4000 norte, col. Regina, Monterrey, Nuevo León, México, c.p. 64440. Tel: (52 81) 8329 4000, ext. 6533; fax: 6556. Impresa por: Imprenta Universitaria, Ciudad Universitaria, s.n., c.p. 66451, San Nicolás de los Garza, Nuevo León, México. Fecha de terminación de impresión: 20 de diciembre del 2010. Tiraje: 500 ejemplares. Número de reserva de derechos al uso exclusivo del título *Humanitas* otorgado por el Instituto Nacional del Derecho de Autor: 04-2009-091012392000-102, de fecha 10 de septiembre del 2009. Número de certificado de licitud de título y contenido: 14,909, de fecha 16 de agosto del 2010, concedido ante la Comisión Calificadora de Publicaciones y Revistas Ilustradas de la Secretaría de Gobernación. ISSN: en trámite. Registro de marca ante el Instituto Mexicano de la Propiedad Industrial: 1,169,990.

Las opiniones y contenidos expresados en los artículos son responsabilidad exclusiva de los autores. Prohibida la reproducción total o parcial, en cualquier forma o medio del contenido editorial de este número.

Impreso en México.
Todos los derechos reservados.
© Copyright 2010.
cesthuma@mail.uanl.mx

HUMANITAS

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
ANUARIO DEL CENTRO DE ESTUDIOS HUMANÍSTICOS

Director fundador

Dr. Agustín Basave Fernández del Valle

Director

Lic. Alfonso Rangel Guerra

Jefe de la sección de Filosofía

M.A. Cuauthémoc Cantú Garza

Jefa de la sección de Letras

Dra. Alma Silvia Rodríguez Pérez

Jefe de la sección de Ciencias Sociales

Lic. Ricardo Villarreal Arrambide

Jefe de la sección de Historia

Profr. Israel Cavazos Garza

ANUARIO
HUMANITAS 2010

**Ciencias
Sociales**

**Ricardo Villarreal Arrambide
Coeditor**

VIVIR CON VIH-SIDA: VIOLENCIA, TRATO FAMILIAR Y SERVICIOS DE SALUD¹

Antonio Romero Garza*
Facultad de Filosofía y Letras, UANL

Introducción

LA OBTENCIÓN DE LA INFORMACIÓN para el presente artículo requirió de un intenso trabajo de sensibilización con líderes de organismos no gubernamentales —o.n.g.— y con responsables de grupos de auto apoyo de instituciones públicas; se respetó la política de confidencialidad de las instituciones para la seguridad de las personas cuyos casos sirvieron para documentar el estudio.

Es importante destacar que el buen trato y la violencia se presentan de manera independiente o mezclados, dependiendo del familiar o prestador de servicios médicos que interactúa con el o la paciente que vive con vih-sida.

Antecedentes

En México la violencia en el ámbito familiar es un problema social que en los últimos cuarenta años ha ocupado un espacio importante

* Licenciado en Sociología. Máster en Ciencias con especialidad en Ciencias sociales por la FFYL; actualmente cursa el segundo semestre del doctorado en Filosofía con orientación en Trabajo social y políticas comparadas de bienestar social por la Facultad de Trabajo Social y Bienestar Humano por la UANL.

¹ El presente artículo es una síntesis del trabajo de tesis de maestría presentada en el año 2009 y asesorada por el doctor José María Infante Bonfiglio; la investigación se realizó en el Área Metropolitana de Monterrey, Nuevo León, México, en los años 2008 y 2009.

en los estudios de los diversos campos de las ciencias sociales, las cuales han intentado desentrañar los elementos que intervienen en este fenómeno.

La violencia, no es exclusiva de nuestro país, es un comportamiento que se presenta en todas las sociedades a través de diferentes expresiones, en distintos ámbitos o círculos de las relaciones humanas y está íntimamente ligada a las relaciones de poder, ya sea de manera institucional, de clase, etnia, género, discapacidad, entre otros.

El uso y abuso del poder está determinado por las condiciones socioculturales de cada sociedad; las costumbres dan por sentado que la falta de equidad e igualdad son inherentes al ser humano en sus relaciones de género, empleo, posición económica, etcétera. La identificación de la violencia solo puede ser clara cuando se observa en una sociedad que no es la propia, y en la sociedad donde se vive la dinámica social se ocultan estas prácticas cotidianas en quienes están inmersos en ella, ya sea como agresor o como víctima; igual sucede en las relaciones humanas internalizadas en los grupos vulnerables, donde los actos de agresión son considerados normales, e incluso invisibilizados llegando a ser justificados por un importante segmento de la sociedad.

La violencia familiar, en nuestro país, se dirige a cualquier miembro de la familia sin importar sexo o edad; la violencia, por consecuencia, forma parte de la cultura y los entramados en que se suscita son hoy todavía objeto de análisis; la mayor parte de la gente considera solo la violencia física, sin embargo, “los efectos psicológicos del abuso son más debilitantes que los efectos físicos: miedo, ansiedad, fatiga, desórdenes de estrés postraumático y desórdenes del sueño y la alimentación constituyen reacciones comunes a largo plazo ante la violencia” (Heise, 1994).

Existen escasos trabajos de violencia familiar hacia las personas que viven con vih-sida que permiten conocer el fenómeno a profundidad; en los aspectos generales se considera que los elementos que detonan el acto violento son similares a los que ocurren en otros grupos sociales; asimismo, se desconoce la prevalencia del buen trato como de la violencia que vive una persona que vive con vih-sida.

En este contexto, la violencia familiar y el vih-sida es un tema poco abordado, sin embargo, eso no significa que no esté presente en las relaciones familiares; desde 1982, el virus de inmunodeficiencia humana —vih— y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida —sida—² ha estado correlacionados con manifestaciones de rechazo a las personas que viven con este virus, fundamentalmente porque las vías de transmisión están asociadas a conductas sexuales “no deseables” —normas y valores— y condenadas por la comunidad.

En su momento, la ciencia médica estableció que el virus se transmitía, principalmente, a través de relaciones sexuales homo-sexuales —en hombres— y por vía intravenosa en personas fármaco dependientes, ideas que hoy prevalecen en grandes grupos de la población; sin embargo, hoy día se han convertido solo en creencias diseminadas en los inicios de la epidemia y que en el presente se tiene conocimiento de diversas vías de infección y que no es exclusiva de un grupo social, de prácticas sexuales específicas o en personas con situación de adicción a determinado tipo de drogas, por lo que todos los seres humanos están expuestos a la infección; sin embargo, el estigma y la discriminación siguen presentes en el grupo de personas que viven con el vih.

En 1987 Jonathan Mann, entonces director y fundador del Programa de la Organización Mundial de la Salud sobre Sida, en un discurso dirigido a la Asamblea general de las Naciones Unidas, enfatizó que la epidemia del vih-sida tendría tres fases:

1. Epidemia del vih. El virus va infectando de manera silenciosa a las comunidades, “nadie se percata”.
2. Epidemia del sida. Surgimiento del síndrome de enfermedades infecciosas en la población que vive con el vih-sida y su repercusión en los sistemas de salud y económico de los países.
3. Epidemia de estigma, discriminación y negación. El estigma y la discriminación se dirigen a las personas que viven con el vih-

² En 1982 se le descubrió e identificó como virus de inmunodeficiencia humana —vih—, o síndrome de inmunodeficiencia adquirida —sida.

sida y el impacto de la negación —invisibilizar la epidemia— se podría presentar de manera colectiva, en los ámbitos político, económico, social y cultural.

Las dos primeras fases pronosticadas se han presentado, y han surgido alternativas al desafío, una de ellas es la prevención a través de la educación que se ha fortalecido en nuestro país; se ha modernizado la tecnología médica y mejorado la atención a los pacientes, así como la universalización en el acceso al medicamento; con respecto al tercer desafío, en el ámbito social, las personas que viven con vih-sida, se ha acertado en la visión del Mann, por un lado, la negación estuvo y sigue presentándose en el sector político y de algunas instituciones, y en otro eje a veintinueve años de iniciada la epidemia existen grandes lagunas y vacíos para conocer la realidad que acontece al interior de los hogares de las personas que viven con vih-sida, con respecto al estigma y la discriminación que generalmente se traduce en episodios de violencia.

En la actualidad, instituciones internacionales³ y de la sociedad civil⁴ denuncian la discriminación de que son objeto las personas que viven con el vih-sida en los círculos de convivencia cotidiana —amistades, laboral, familiar, escuelas, etcétera— la exclusión (ONUSIDA, 2002) de sus redes sociales forma parte de la dinámica de vida de estos individuos, en los ámbitos laboral⁵ y familiar (Romero, 1999), e incluso se presenta la marginación institucional.

La aparición en 1979 de doce casos con síntomas no frecuentes en hombres jóvenes asociados a un cáncer en la piel —Kaposi— que generalmente se presentaba en personas mayores de sesenta años y que en ese momento se presentó en jóvenes con prácticas sexuales homosexuales, causa un giro al identificarse su relación con prácticas sexuales y posteriormente el descubrimiento del virus de

³ ONUSIDA, OIT, Comisión Internacional de los Derechos Humanos.

⁴ Principalmente asociaciones civiles ligadas a la defensa de los derechos de las personas que viven con vih-sida.

⁵ El sida, la mayor causa de discriminación laboral.

inmunodeficiencia humana,⁶ y como consecuencia, el síndrome de inmunodeficiencia adquirida —sida—. Su rápida propagación en el mundo está asociada a un período donde los medios de transporte permiten el traslado con mayor rapidez de la población, no solo de una ciudad a otra, sino incluso de continente.

Esta epidemia involucró no solo a las personas infectadas, sino que se afectaron los entornos social y familiar (Estigma y discriminación, 2002). Es precisamente en la familia en la que este estudio pone atención para tener un acercamiento de la forma en que se vive la dinámica familiar cuando uno de sus miembros es portador del vih-sida y el trato que éste recibe.

En los últimos años se han manifestado las opiniones de diversas organizaciones no gubernamentales —o.n.g.—, así como de instituciones de gobierno que pugnan por el respeto de los derechos humanos⁷ y por poner un alto a la violencia de que son objeto las personas que viven con vih-sida, haciendo énfasis en un trato digno en condiciones de igualdad y equidad en la sociedad.

ONUSIDA (diciembre 2007) estimó que en el mundo existen 33.2 millones de infectados por el vih-sida, de los cuales 30.8 millones eran adultos —15.4 millones de mujeres y 15.4 millones hombres—. Asimismo, 2.5 millones de jóvenes menores de quince años viven con el vih-sida. La misma fuente señala que en el 2007 “2.5 millones de personas se infectaron con el virus del sida, y murieron 2.1 millones de personas a causa de enfermedades vinculadas al sida”.⁸ De las personas muertas, 2.1 millones fueron adultos y 330 mil fueron menores de quince años. Diariamente se infectan por el vih, en todo el mundo, alrededor de once mil personas.

Asimismo, en la XVII Conferencia mundial del sida efectuada en la Ciudad de México, del 3 al 8 de agosto del 2008, se dieron a conocer los siguientes datos del vih-sida en México:

⁶ En 1979 se detectaron pacientes con enfermedades atípicas para su edad; en 1982 se descubrió el virus de inmunodeficiencia adquirida.

⁷ Protocolo para la identificación de discriminación contra las personas que viven con el vih: www.cinu.org.mx/temas/vih_sida/onusidacampana2002/JC041-Protocol-S.pdf

⁸ Informe ONUSIDA 2007.

- La prevalencia nacional de vih en la población adulta de México permanece baja —0.3 por ciento en la población de quince a 49 años—, pero la epidemia presenta tendencias variadas en este inmenso país. Casi el 90 por ciento de los casos de sida notificados oficialmente se han atribuido a las relaciones sexuales sin protección.
- A finales del 2007, un estimado de 198 mil personas vivían con vih en México. Aproximadamente, el 80 por ciento de los casos de sida en México corresponden a personas jóvenes y adultas, de entre quince y 44 años.
- Se cree que el sexo sin protección entre hombres es la causa de más de la mitad —57 por ciento— de las infecciones con vih registradas en México hasta diciembre del 2006.
- En la primera mitad del 2008, el 21 por ciento de los nuevos diagnósticos de sida en México se produjo entre mujeres, y hubo indicadores de que la transmisión heterosexual del vih está incrementándose en la medida en que más mujeres son infectadas por sus parejas.

COESIDA Nuevo León señala que los casos acumulados de 1983 al 15 de septiembre del 2007 son 919 personas con vih; dos mil 931 en situación de sida, siendo en total tres mil 850 personas —fuente: Registro nacional de casos de sida, informe preliminar—. En el 2007 se identificaron 63 casos de vih y 64 de sida —127—, lo que de acuerdo a proyecciones de población, CONAPO, es de una tasa 2.95 —estimaciones por cien mil habitantes—. De los 127 casos, el 86 por ciento son masculinos y el 14 por ciento femeninos. La vía de transmisión es: 43.3 heterosexual, 25.2 bisexual y 24.4 homosexual, el 7.1 por ciento restante por transmisión no sexual.

El Área Metropolitana de Monterrey, a pesar de autodefinirse como moderna, contar con un nivel educativo sobresaliente en el ámbito nacional y de estar a la búsqueda de ser considerada como global con aceptación de la diversidad, no ha podido desligarse de las raíces conservadoras en cuanto a las conductas “incorrectas” asociadas a la sexualidad, y produce con ello una doble moral donde se estigmatiza a las personas que viven con vih-sida.

Lo anterior ha orillado a las personas que viven con vih-sida a refugiarse en grupos de auto apoyo, casi en secreto. Sus lugares de reunión solo se dan a conocer a quien requiere de ayuda y a los profesionales y voluntarios que prestan servicios de beneficencia social. El temor a la discriminación y a la violencia es inherente a su condición —vivir con vih-sida—,⁹ y forma parte de su vida cotidiana, no solo en su vida social fuera del hogar, sino también en su vida familiar, cuando los miembros se enteran que son portadores del vih.

Desde los inicios de la epidemia del vih-sida se observó el fenómeno de la discriminación en las personas que vivían con este virus, y en el ámbito internacional se dio inicio a una serie de acciones que intentaban disminuir las prácticas de discriminación social e institucional y que se plasmaron en la “Declaración de los derechos fundamentales de las personas que viven con vih-sida”, en la Conferencia realizada en Montreal, Canadá, en 1998; En julio del 2002, durante la Tercera consulta internacional sobre el vih-sida y los derechos humanos organizada por la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos y el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el vih-sida, se establecieron directrices internacionales para la atención del vih-sida y de las personas que viven con el virus.

En el ámbito nacional se aborda a través de la cartilla de los derechos de las personas que viven con vih-sida, emitida por la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, documento citado en su integridad, dada su relevancia en este estudio: “Los derechos humanos de las personas que viven con vih-sida”, 2002.

Es importante tener presente que la violación a estos derechos atenta contra varios artículos establecidos en la *Constitución política de los Estados Unidos Mexicanos*, en una serie de tratados y acuerdos internacionales ratificados por México, y en la legislación secundaria federal y local, así como contra varias medidas y criterios de atención establecidas en la Norma oficial mexicana para la prevención y control de la infección por virus de inmunodeficiencia humana NOM-010-SSA2-1993.

⁹ Persona que vive con el virus de inmunodeficiencia adquirida o con el síndrome de inmunodeficiencia adquirida.

Marco conceptual

Las ciencias sociales han estado ligadas al análisis de las relaciones de poder, y por ende de la violencia, con el fin de conocer las condiciones y los ajustes de las dinámicas sociales y cómo se van conformando en las sociedades, para establecer las normas, valores y sistemas jurídicos que dan sustento a las relaciones sociales que se espera sean armónicas entre los individuos, operando, por ello, una sociedad funcional con normativas ya establecidas. Sin embargo, dentro de los análisis que se llevaron a efecto, el estudio de la violencia estaba dirigido a indagar los conflictos y su resolución, así se contaba con estudios de la violencia de Estado, de grupos guerrilleros, entre estados, entre grupos específicos y de la violencia social, sin incidir en la violencia familiar. Ante la suposición de una sociedad funcional con normativas ya establecidas, la academia se desligó de los diferenciales en el trato por carácter de género,¹⁰ dando por asentado —normalidad— y aceptando la dominación hegemónica de la sociedad masculina sobre la femenina.

La sociología también lo aceptó de facto, dado que para los sociólogos las sociedades cumplían los elementos básicos para la convivencia humana, es decir, no se analizaron los problemas de violencia familiar. De ahí, que en las últimas cuatro décadas han surgido nuevas interpretaciones de esta realidad social, en especial la perspectiva de género construida por diversas disciplinas de las ciencias sociales y aceptada en la mayor parte de los foros internacionales para comprender la violencia, en especial la violencia de género.

En el transcurso de los años, los actos violentos fueron definidos de diversas maneras, tanto por investigadores como por organizaciones nacionales e internacionales. Hoy día la definición de violencia y violencia familiar ya se estableció en el marco jurídico vigente a través de la *Ley general de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia*, ley publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 1 de febrero del 2007. En Nuevo León la ley estatal fue publicada en el *Periódico Oficial*

¹⁰ Género: se refiere al conjunto de significados y practicas socialmente construidos que se basan en el valor que las sociedades asignan a lo masculino y lo femenino.

el 20 de septiembre del 2007. Para el presente trabajo se adoptarán los conceptos y definiciones establecidos en esta ley.

Acerca de los conceptos de violencia, la víctima y el agresor

Es importante destacar que si bien la ley establece como eje central la protección de la mujer, no está exento de ser utilizada por los hombres sin importar el género.¹¹ Por ello, es importante referenciar tanto al hombre como a la mujer como víctimas o agresores, y en la lectura de los artículos de la ley se deberá considerar indistintamente al hombre como a la mujer como beneficiarios de la misma.

Para los efectos del presente estudio se retoman los conceptos establecidos en la legislación federal y estatal y que a continuación se describen:

Artículo 4.

Fracción IV. Violencia [...]. Cualquier acción u omisión, basada en su género, que les cause daño o sufrimiento psicológico, físico, patrimonial, económico, sexual o la muerte tanto en el ámbito privado como en el público.

Fracción VI. Víctima: La mujer de cualquier edad a quien se le inflige cualquier tipo de violencia.

Fracción VII. Agresor: La persona que inflige cualquier tipo de violencia contra las mujeres.

Artículo 6

Los tipos de violencia [...] son:

I. La violencia psicológica. Es cualquier acto u omisión que dañe la estabilidad psicológica, que puede consistir en: negligencia, abandono, descuido reiterado, celotipia, insultos, humillaciones, devaluación, marginación, desamor, indiferencia, infidelidad, compara-

¹¹ Las personas que viven con vih-sida están en posibilidades de vivir alguna o todas las tipologías descritas, por ello son adoptadas para el análisis del presente estudio.

ciones destructivas, rechazo, restricción a la autodeterminación y amenazas, las cuales conllevan a la víctima a la depresión, al aislamiento, a la devaluación de su autoestima e incluso al suicidio.

II. La violencia física. Es cualquier acto que inflige daño no accidental, usando la fuerza física o algún tipo de arma u objeto que pueda provocar o no lesiones ya sean internas, externas, o ambas.

III. La violencia patrimonial. Es cualquier acto u omisión que afecta la supervivencia de la víctima. Se manifiesta en: la transformación, sustracción, destrucción, retención o distracción de objetos, documentos personales, bienes y valores, derechos patrimoniales o recursos económicos destinados a satisfacer sus necesidades y puede abarcar los daños a los bienes comunes o propios de la víctima.

IV. Violencia económica. Es toda acción u omisión del agresor que afecta la supervivencia económica de la víctima. Se manifiesta a través de limitaciones encaminadas a controlar el ingreso de sus percepciones económicas, así como la percepción de un salario menor por igual trabajo, dentro de un mismo centro laboral.

V. La violencia sexual. Es cualquier acto que degrada o daña el cuerpo y/o la sexualidad de la víctima y que, por tanto, atenta contra su libertad, dignidad e integridad física.

VI. Cualesquiera otras formas análogas que lesionen o sean susceptibles de dañar la dignidad, integridad o libertad de las mujeres.

Así entendemos por violencia familiar e institucional lo siguiente:

Artículo 7

Violencia familiar. Es el acto abusivo de poder u omisión intencional, dirigido a dominar, someter, controlar, o agredir de manera física, verbal, psicológica, patrimonial, económica y sexual a las mujeres, dentro o fuera del domicilio familiar, cuyo agresor tenga o haya tenido relación de parentesco por consanguinidad o afinidad, de matrimonio, concubinato o mantengan o hayan mantenido una

relación de hecho (Ley general de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia, 2007).

Capítulo IV. De la violencia institucional.

Artículo 18.

Violencia institucional: Son los actos u omisiones de las y los servidores públicos de cualquier orden de gobierno que discriminen o tengan como fin dilatar, obstaculizar o impedir el goce y ejercicio de los derechos humanos de las mujeres así como su acceso al disfrute de políticas públicas destinadas a prevenir, atender, investigar, sancionar y erradicar los diferentes tipos de violencia.

Asimismo es importante destacar la violencia laboral que padecen las personas que viven con vih-sida (OIT, 2008), por lo que también se retomará del capítulo II el artículo 10 y 11, los cuales dictan lo siguiente:

Artículo 10

Violencia laboral y docente. Se ejerce por las personas que tienen un vínculo laboral, docente o análogo con la víctima, independientemente de la relación jerárquica, consistente en un acto o una omisión en abuso de poder que daña la autoestima, salud, integridad, libertad y seguridad de la víctima, e impide su desarrollo y atenta contra la igualdad. Puede consistir en un solo evento dañino o en una serie de eventos cuya suma produce el daño. También incluye el acoso o el hostigamiento sexual.

Artículo 11

Constituye violencia laboral: la negativa ilegal a contratar a la víctima o a respetar su permanencia o condiciones generales de trabajo; la descalificación del trabajo realizado, las amenazas, la intimidación, las humillaciones, la explotación y todo tipo de discriminación por condición de género.

De esta manera, violencia, tipos de violencia, agresor, víctima, violencia familiar, institucional y laboral serán las definiciones centrales en que transcurre el presente ensayo.

La violencia es una expresión del ser humano que tiene muchas aristas, es decir, es multifactorial, diversas disciplinas han realizado estudios con el fin de descifrar los elementos que condicionan o incitan al acto violento, lo cierto es que el fenómeno de la violencia debe ser analizado de manera conjunta por las diversas disciplinas.

Es importante resaltar que si bien la teoría de género está sustentada en primera instancia en la desigualdad hacia la mujer, el hombre no es ajeno a situaciones de violencia y discriminación por género, ya que si bien el poder establecido da por sentada la superioridad masculina, entre los hombres también existen ejes de poder que se expresan a través de diversos mecanismos socialmente aceptados, y que se representan en el hogar, el trabajo, la escuela, entre otros. La violencia entre ellos está presente, y se ejerce el poder para el sometimiento, se acentúa cuando el rol de género y sexual no es aceptado por sus iguales, es decir, cuando un hombre es femenino o posee características femeninas en su personalidad, conducta o tiene preferencia o prácticas sexuales —o ambas— con personas de su propio sexo; es bisexual o es heterosexual, pero sus comportamientos sexuales no son aceptados socialmente.

Es de destacar que poco se ha analizado la violencia que sufre el hombre por parte de otros hombres dentro del ámbito familiar, es conocido que por cultura el hombre pocas veces expresará que es víctima de actos violentos, ya que su condición jerárquica y social podría estar en entredicho; sin embargo, él también vive un círculo de violencia que se acentúa cuando sus prácticas sexuales no son acordes a lo esperado socialmente, es decir, hombres que tienen sexo con hombres; este indicador es un elemento que eleva potencialmente la posibilidad de estar involucrado como víctima en relaciones familiares violentas, principalmente por sus pares, sin embargo, no está exento de agresiones por parte de la mujer.

Si a lo anterior se añade otro indicador: el vivir con vih-sida, y si la familia se entera, aumentan las posibilidades de agresión en el

hogar —tanto a la mujer como al hombre—, hecho que puede provenir de cualquier miembro de la familia; sin embargo, la condición de género y poder es ejercida generalmente por los hombres, ya sea para violentar o proteger; en esto último la mujer se solidariza y da su apoyo a su igual, es decir, a un subordinado (Romero, 1999).

En este contexto, se consideran las distintas formas de violencia¹² como construcciones de orden psicosocial, producidas por la presencia de elementos aversivos, un historial del agresor, de víctima o testigo de violencia —o ambos—, y por la identificación con un modelo familiar y social que las acepta como procedimientos válidos para resolver conflictos (Corsi, Dohmen y Sotes, 1995).

Las conductas agresivas violentas, implican siempre el uso de la fuerza para producir un daño y la existencia de un *arriba* y un *abajo*, reales o simbólicos, adaptados a roles complementarios padre-hijo, hombre-mujer, maestro-alumno, patrón-empleado, joven-viejo; en todos los casos el uso de la fuerza remite al concepto de poder. Constituye un método para resolver conflictos interpersonales y eliminar obstáculos. Para que el uso de la fuerza se lleve a cabo tiene que presentarse un desequilibrio de poder (Corsi, Dohmen y Sotes, 1995), que puede ser permanente o momentáneo, y que depende de normas sociales o culturales, o de contextos específicos en las relaciones humanas.

Por lo anterior el hombre que sufre una serie de “desacreditaciones sociales”, el tener sexo con hombres, el vivir con vih-sida, origina agresiones fundamentalmente de otros hombres que son miembros de su familia, donde se acrecientan las agresiones por aquellos que cuentan con mayor poder, ya sea simbólico o real.

La teoría de género es un fundamento importante para visualizar a las personas en la problemática del vih-sida, donde la mujer y el hombre¹³ que viven con vih-sida, como seres humanos tienen que enfrentar a una sociedad que les impide competir de manera equita-

¹² Física, psicológica, sexual, patrimonial y económica.

¹³ La violencia al hombre se da principalmente por la pérdida de poder debido a su condición de salud, asociada a la visión de la masculinidad, donde se preestablece que su infección fue por contacto sexual homosexual.

tiva y que les resta poder por su infección, y si se es mujer aumenta la desigualdad y la discriminación en las relaciones sociales, por lo que queda en el fondo de las prioridades de atención familiar por ser el género femenino, por tradición cultural quien atiende las necesidades de la familia, incluyendo a los enfermos.

Características del entorno

El Área Metropolitana de Monterrey está integrada por nueve municipios, entre los que se encuentra Monterrey, capital del Estado de Nuevo León, que es uno de los polos con mayor grado de desarrollo dentro de la república mexicana; por sus características demográficas y económicas se ubica como uno de los principales centros de atracción migratoria para los habitantes del país y del resto del estado.

El trabajo de levantamiento de encuestas para el presente estudio se realizó en seis instituciones; tres de ellas son organizaciones no gubernamentales —o.n.g.— y tres dependencias públicas que cuentan con grupos de autoayuda, las instituciones que brindaron su apoyo fueron: Grupo de Auto Apoyo El Roble A.C., Hombres A.C., Humánitas A.C., Clínica Integral Bernardo Reyes, Hospital Metropolitano, doctor Bernardo Sepúlveda y el Hospital Universitario Doctor José Eleuterio González. En dos o.n.g. no se permitió realizar el trabajo.

Es importante señalar que se aplicaron 42 cuestionarios, de los cuales 36 fueron realizados por el investigador y seis fueron aplicados por el responsable de un grupo de auto apoyo. Un evento importante a señalar es el hecho que de los asistentes a los grupos en los días en que se realizó el levantamiento, un 72.4 por ciento, aceptó participar, el 22.4 por ciento se negaron; un argumento fue “yo no vivo violencia”, otros no mencionaron motivo y tres señalaron que no querían recordar lo vivido, que por eso salieron de sus hogares; 5.1 por ciento no reunieron los requisitos establecidos —menos de un año de estar viviendo con vih-sida, o bien que ningún familiar estuviera enterado de su situación.

Institución	Porcentaje de personas que aceptaron responder la encuesta
Grupo de Auto Apoyo El Roble A.C.	100
Clínica Integral Bernardo Reyes	64.7
Hospital Metropolitano	63.3
Hospital Universitario	71.4
Hombres A.C.	71.4
Humánitas A.C.	0.5

Total de personas abordadas para la encuesta	%
Personas que aceptaron responder la encuesta	72.4
Personas que se negaron responder	22.4
Personas que no reunieron los requisitos	5.1

La aplicación de los cuestionarios puede ser considerada representativa para definir el fenómeno en las personas que acuden a grupos de auto apoyo, dado que aceptaron responder el instrumento el 72.4 por ciento de las personas presentes durante los días que se realizó el levantamiento.

Conclusiones

El principal obstáculo para realizar el presente trabajo fue mantener el anonimato de las personas que viven con vih-sida, debido fundamentalmente a que las normas vigentes establecen que las instituciones no deben proporcionar información de quienes viven con vih-sida como una forma de proteger su identidad, elemento que se lleva a la práctica en las diversas instituciones, y que no se podría efectuar en una muestra aleatoria.

Para conocer la frecuencia y el grado de severidad de la violencia, de acuerdo a la percepción y experiencia de la persona que vive con vih-sida, se identificaron las frecuencias de las acciones en el buen trato y en la violencia que experimentan quienes viven con vih-sida; es importante señalar que tanto la frecuencia como la severidad tienen diversos matices, llegando a alcanzar en algunas acciones relacionadas al buen trato un sentimiento de excelente —47.6 por ciento— y en 19 por ciento de sentirse muy mal; en la frecuencia del trato varía de acuerdo a la tipología del trato que recibe y de las personas. Se podría destacar que el principal apoyo que reciben las personas que viven con vih-sida es la aceptación, con un 88 por ciento, y las muestras de afecto, donde el 100 por ciento lo manifiesta.

En las estrategias utilizadas por las personas con vih-sida para evadir y disminuir el riesgo de violencia se identificaron ocho bloques de contención de violencia:

1. Control de la información. La persona que vive con vih-sida decide a quien informar sobre su situación, elige a una persona de su confianza y que considera le brindará el apoyo necesario; cuando la información sobre su infección fluye sin control la persona está expuesta a la marginación, rechazo y violencia.
2. Deciden no informarlo. Se encuentra muy ligada a la anterior, la persona decide no informar en determinados contextos sociales que pudieran ser nocivos para sus relaciones interpersonales, laborales, entre otros.
3. Enfrentan por sí mismos. Cuando son cuestionados, agredidos y marginados, deciden enfrentar a las personas que les violentan con dos objetivos: una, educarles en el vih-sida y de esta manera sensibilizarles; dos, como una manera de detener la violencia que puede estar afectando no solo al paciente, sino al círculo familiar. En relación a la primera es importante señalar que la realizan debido a los conocimientos adquiridos en los grupos de auto apoyo, donde alcanzan un alto nivel de empoderamiento para enfrentar los obstáculos que enfrentarán.

4. Evadir el encuentro. Si las agresiones suceden constantemente y no permiten el diálogo, se opta por alejarse de contexto o de las personas agresoras, como por ejemplo, renunciar a la visita de determinados familiares, alejarse de sitios públicos donde se presume pueden darse acercamientos con las personas que les violentan, así como solicitar el cambio de personal de servicios de salud que consideran les violenta o reportarlo ante los superiores.
5. Educación. En su ámbito familiar invitan a informarse del vih-sida, incluso llevan diversos contenidos educativos a la vez que invitan a compañeros y a dirigentes de los grupos de auto apoyo a dar consejería a sus familiares, logrando de esta manera disminuir la agresión.
6. Denunciar. Cuando en la atención son relegados por su situación de ser pacientes por vih-sida y no se les atiende o se les rechaza, acuden con las instancias superiores para hacer las denuncias; esto es un elemento muy importante, el empoderamiento, el cual adquieren en las sesiones de trabajo en los grupos de auto apoyo.
7. Grupos de auto apoyo. La asistencia a los grupos de auto apoyo permite conocer el virus del vih-sida y cómo llevar una vida saludable; a la vez, el tener más conocimiento da herramientas para sensibilizar al círculo familiar; cuando un familiar no lo acepta o tiene dudas, se le invita a los grupos de auto apoyo para que conozca más del vih y los estilos de vida preventivos, disminuyendo de esta manera la violencia.
8. En la individualidad. Las personas cuando ya llevaron a la práctica las anteriores estrategias optan por practicar ejercicio o deportes individuales que les permitan relajarse; otros optan por escribir su situación de vida como una forma de disminuir la tensión de su situación diaria.

Las estrategias mencionadas son utilizadas de acuerdo a la circunstancias sociales en que se desenvuelven, ya sea en el ámbito familiar,

con sus redes sociales y en la atención a su servicio médico. Las personas utilizan indistintamente una o varias de las estrategias identificadas; sin embargo, la gran mayoría de las acciones son tomadas de su propia experiencia, por lo que se recomienda se establezca en los grupos de auto apoyo de la sociedad civil y de las instituciones un programa de educación sobre cómo actuar para disminuir y evadir las agresiones.

Se plantearon cuatro hipótesis. La primera es que la violencia aumenta en frecuencia y severidad en la medida que avanza el vih-sida. El 69.2 por ciento de los encuestados que tienen tres años y menos de vivir con el vih-sida señalaron que no han sufrido de agresión, un 12.3 por ciento no respondió la pregunta y el restante 15.5 por ciento mencionó al menos un familiar que le violenta. Las personas que mencionaron vivir episodios de violencia señalaron a la pareja, padre, hermano y a “otro”, cada uno con 6.2 por ciento, es decir, afirmaron vivir con violencia el 24.8 por ciento de los encuestados.

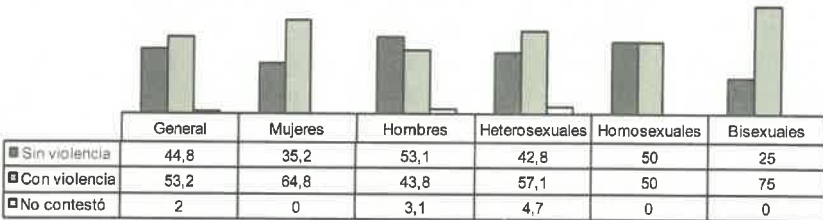
En el grupo de análisis de las personas que tienen cuatro años y más de vivir con la infección, la violencia se triplica —59.5 por ciento— con respecto a las personas violentadas del grupo de menos de tres años de vivir con vih-sida —15.5 por ciento—; señalan haber sufrido violencia de al menos un miembro de su familia, el 37.8 por ciento no lo ha vivido y un 2.7 por ciento no respondió la pregunta. Señalaron como las personas que ejercen violencia sobre ellos a “otro” con un 17.6 por ciento, en segundo lugar, con el 11.7 por ciento, a la tía y hermana; con un 5.8 por ciento a la pareja y a un hermano; la hija y el hijo fueron señalados con un 2.9 por ciento para cada uno respectivamente.

El total de los dos grupos en análisis, el 58.4 por ciento, vive episodios de violencia en su vida familiar, por lo que es posible afirmar —para el grupo de encuestados— que a mayor tiempo de vivir con vih-sida mayor posibilidad de sufrir de violencia por los miembros de su familia.

En la medida que la persona vive más años con el vih-sida tiene más posibilidades de experimentar violencia familiar, considerando que está relacionada a recaídas en su estado de salud, y con ello al cansancio y agotamiento de sus familiares para apoyarle; tener un paciente

que en ocasiones está en situación de extrema gravedad y sale de ella, y pasado un tiempo vuelve a agravarse, tiende a crear un sentimiento de miedo a la muerte, y con ello un rechazo a estar a su lado, máxime si la familia considera que sus padecimientos son contagiosos; estas altas y bajas en el estado de salud de los pacientes propician el alejamiento y cansancio de los familiares, lo cual incide en violencia.

Trato familiar



La segunda hipótesis es que las personas que viven con vih-sida sufren episodios de violencia al interior de la familia como producto de la pérdida de poder, hecho confirmado en las entrevistas a profundidad. La pérdida de poder fue más visible en las relaciones de los hombres, y destaca que no solo se refiere al proceso económico de autosuficiencia, sino que también está correlacionado al estatus moral, es decir, el vivir con vih-sida le etiqueta con un estilo de vida no aprobado por su célula familiar, por lo que las agresiones están encaminadas a cuestionar su masculinidad.

Los resultados de la aplicación cuantitativa arrojaron que el estatus social tiende a ser un elemento esencial correlacionado al género, así del 53.2 por ciento que recibe violencia, el 43.8 por ciento de los hombres es violentado, en cambio en la mujer el 64.8 por ciento viven violencia; analizándolo por grupos de preferencia sexual reciben violencia el 50 por ciento del grupo homosexual, 57.1 por ciento de los heterosexuales y el 75 por ciento del grupo bisexual. Se podría así representar los niveles de categorización en que se encuentran como una condición de exclusión y violencia por sus conductas sexuales; en el caso de la mujer tiene agregada una carga más simbólica por su condición propia de mujer en una sociedad patriarcal.

La tercera hipótesis es que las personas que viven con vih-sida no sufren de episodios de violencia física. Los resultados cuantitativos dieron como resultado que las experiencias de violencia física en la vida familiar, el 53.2 por ciento, ha vivido episodios de violencia; el 16.6 por ciento ha sufrido de violencia física y el 7.1 por ciento de violencia sexual, por lo que nuestra hipótesis queda derrumbada ante los resultados de la encuesta; es importante señalar que en las entrevistas a profundidad ya se habían identificado este tipo de agresiones.

En torno a los resultados de carácter cualitativo, de 14 personas entrevistadas tres fueron objeto de violencia física por motivos relacionados al vih-sida; dos por familiares y uno por una pareja; todos los agredidos físicamente fueron hombres, en uno de los casos existió fractura y heridas que requirieron de atención médica. Es relevante señalar que en dos casos la agresión fue encaminada a no dar el medicamento y a dejarlo fuera del alcance de la persona, que en esos momentos por su estado de salud estaba incapacitada para obtenerlo, por lo que se considera violencia física y psicológica, ya que el no tomar el medicamento repercute en la salud.

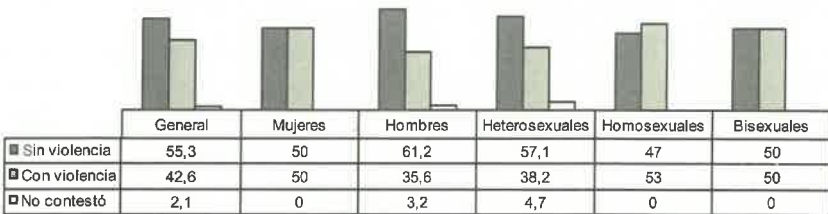
La cuarta hipótesis. Existe un diferencial en el trato de la familia por condición de género. Del 53.2 por ciento de las personas que sufren de violencia, las mujeres son objeto de violencia en un 64.8 por ciento, y en el caso de los hombres se violenta al 43.8 por ciento, es decir, existe una diferencia del 21 por ciento; se puede señalar que la condición de género juega un papel importante para el ejercicio de la violencia.

Es importante destacar que de las personas encuestadas que viven con vih-sida el 44.8 por ciento afirmaron no vivir violencia; las mujeres en esta situación, 35.2 por ciento, describen que en su vida familiar existen veintisiete maneras en que se les demuestra el apoyo; cabe destacar que éste es expresado principalmente por las mujeres del entorno inmediato y de su pareja, mientras que los hombres —hermanos y padre— se mantienen alejados de la atención y se limitan al apoyo económico. En el caso de los hombres —53.1 por ciento—, manifestaron veintitrés formas de apoyo, número similar al de las mujeres, sin embargo en su caso quien le apoya es una hermana, la madre y su pareja en este orden.

Es importante destacar el trato diferenciado que existe en razón no solo al género, ya que la preferencia sexual, forma en que se infecta la persona —sexual o no sexual—, el tiempo de vivir con el vih-sida, son elementos que se entrelazan para disminuir o agudizar el trato que recibe la persona que vive con vih-sida.

Hallazgos. Un hallazgo muy interesante es la violencia que recibe la mujer en su servicio médico: experimenta un 14.4 por ciento mayor agresión en los servicios médicos que el hombre.

Trato en los servicios médicos



En el buen trato recibido en su servicio médico, el 50 por ciento de las mujeres señala no haber tenido experiencias de violencia y en los hombres señalan que han sido bien tratados en un 61.2 por ciento.

Por orientación sexual se presentan diferenciales importantes en el trato a hombres y mujeres heterosexuales; en este campo la mujer experimenta un 33.3 por ciento de mayor agresión que el hombre, un 4.6 por ciento más que en el hombre con preferencia homosexual y con los hombres bisexuales se encuentra en la misma situación de trato.

En los resultados cualitativos se identificó que la mujer describe veintidós diferentes maneras de violencia, en cambio el hombre en quince maneras. Se puede concluir que la mujer tiene más probabilidades de sufrir violencia en su servicio médico que en su dinámica familiar. En relación al buen trato a la mujer se le apoya a través de tres maneras y al hombre a través de nueve formas.

Es muy interesante que en el caso de las agresiones al hombre en el ámbito familiar describieron 63 tipos de violencia, en cambio la mujer describió once. Existen diferenciales importantes por cuestión de gé-

nero, en el caso de la mujer el agresor principal proviene de su familia política, en cambio en el hombre la agresión es de su familia de origen —padre, madre, hermana, hermano— y en menor medida de familiares políticos; destaca que el origen de la agresión al hombre está interconectado con una asociación de vih-sida y conductas no aprobadas por la masculinidad. En cambio, en el buen trato que brinda la familia a hombres y mujeres existe equidad, ya que en ambos se expresa el apoyo de veintitrés diferentes maneras.

Un 16.6 por ciento de los entrevistados indicó que se le aplicó la prueba para detectar el vih-sida sin su consentimiento, otro hallazgo importante es la falta de consejería —54.7 por ciento— al momento de notificar a una persona que vive con vih-sida, lo que propicia en ocasiones meses de intranquilidad mental, hecho asociado a la toma de decisiones relacionadas con pensamientos y actos de suicidio; en el caso de la mujer manifestaron siete maneras y los hombres dieciocho distintas maneras en que se auto agredieron.

Es lamentable que en ocasiones de manera fortuita se enteraran de la existencia de grupos de apoyo, ya que manifestaron que les ha sido de mucha utilidad no solo a ellos, sino también para educar a su familia, lo que ha disminuido las situaciones de agresión, es decir, la educación familiar con respecto al comportamiento y formas de transmisión son un elemento que disminuye la violencia.

En el aspecto laboral, se detectó un hecho importante de mencionar: la empresa donde trabajaba una mujer regularmente les realizaban exámenes para el bienestar de su salud, semanas después de realizados los exámenes es despedida, con el argumento de un reajuste, sin embargo, días después, es notificada por la empresa del laboratorio contratado de ser seropositiva; lo impactante es que en un momento dado ésta pueda ser una nueva práctica de medicina preventiva que sirva para identificar enfermedades en las personas y que permitan la toma de decisión en las empresas respecto al despido, por lo que pudiera tomarse como una nueva herramienta para la exclusión laboral por discriminación.

Un elemento relevante es la ausencia de la figura de los abuelos, ya sea en el buen trato o en la agresión; es posible que esto sea con-

secuencia de la dinámica familiar urbana que hoy se caracteriza por ser familia nuclear, y por ello este familiar se encuentre ausente en las respuestas, dado que probablemente no se le informa de la situación; otro elemento que podría estar asociado es el no “querer preocuparles” o que quede expuesta la información al resto de los familiares; aunado a ello las características sociales en las cuales se ha encasillado a los portadores del vih-sida propician miedos o pudor para informar a las personas de la tercera edad por los valores en que crecieron.

Recomendaciones y reflexiones

Un elemento importante que se identificó es la ausencia de grupos de apoyo para los familiares de personas que viven con vih-sida. Debo destacar que los grupos de auto apoyo generalmente no aceptan a personas que no vivan con el vih-sida, principalmente por la importancia de la confidencialidad, lo que propicia que la familia busque de manera individual el acercamiento con los líderes y las personas que pudieran facilitarles información sobre la evolución y los cuidados necesarios para los pacientes. Una alternativa es que los grupos de auto apoyo, ya sea de asociaciones civiles y de hospitales privados o públicos, establezcan un día a la semana o quincena para trabajar con los familiares de las personas que viven con vih-sida, me refiero a aquellos familiares que conocen de la infección de su ser querido; no estoy recomendando romper la confidencialidad, la cual es muy importante se siga practicando.

Con respecto a la violencia que se suscita en los servicios médicos, un elemento identificado para la agresión es la rotación de personal —de acuerdo a las personas entrevistadas en el método cualitativo— por lo que las instituciones de salud deben fortalecer esta área, y no tratar de salir al paso con personal que carece de sensibilidad y en ocasiones de conocimiento con respecto al vih-sida.

En el Área Metropolitana de Monterrey afortunadamente ha crecido la prestación de servicios por parte de clínicas y laboratorios privados, en muchos de ellos se dan servicios para identificar el vih-sida, servicio al que acuden las personas a solicitarlo por iniciativa propia y no por solicitud médica, y si es cuestionado sobre el médi-

co que solicita la prueba de laboratorio generalmente inventan un nombre; así, cuando se presenta un resultado positivo, se le entrega e informa al solicitante sin proporcionar la consejería básica, lo que propicia situaciones que afectan al paciente y pensamientos y actos asociados al suicidio.

Se recomienda a la Secretaría de Salud y a COESIDA instrumentar acciones que disminuyan las probabilidades de que los pacientes vivan el momento de la notificación sin la consejería adecuada. Entre ellas, capacitar al personal de las diversas clínicas y laboratorios privados y del servicio público para que brinden no solo el resultado, sino que proporcionen una consejería de alto impacto en las personas diagnosticadas como seropositivas.

En relación al trabajo realizado, es importante destacar la dificultad para conocer la situación de las personas que no asisten a grupos de auto apoyo y que son la mayoría; se deben instrumentar estrategias no solo para conocer sobre su situación de vida y brindarles apoyo; asimismo se deben de identificar los motivos para su no asistencia a los grupos establecidos y de ser necesario abrir las opciones para su incorporación.

Finalmente, es necesario reconocer a las personas que trabajan con estos grupos vulnerables, ya que sin la dirección y el apoyo de los dirigentes de asociaciones civiles, así como del personal de instituciones públicas y privadas, la situación de la epidemia tendría características muy desfavorables para todos los grupos sociales; la conquista de derechos civiles y como pacientes son de los logros más importantes, sin embargo, falta mucho por hacer y se deben gestionar que las demandas existentes se incorporen como políticas públicas para el beneficio de la sociedad.

Bibliografía

- Acosta Díaz, F. (1992). La familia. En *Demos. Carta demográfica sobre México*. México: UNAM, 5, 30-31.
- Agencia Notiese (noviembre 27, 2006). *182 mil mexicanos estarían viviendo con vih*. Recuperado del sitio de Internet de Beatriz Garrido: www.es-pacioblog.com/beatrizgarrido/post/2006/11/28/182-mil-mexicanos-estarian-viviendo-con-vih
- Bañuelos, F.E., y Paz, G.L. (1997). Los hogares mexicanos. En *Demos. Carta demográfica sobre México*. México: UNAM, 10, 24-26.
- Barrios, O. (2002). *Realidad y representación de la violencia*. España: Univer-sidad de Salamanca.
- Becker, H. (1971). *Los extraños. Sociología de la desviación*. Buenos Aires: Tiempo Contemporáneo.
- Bronfman, M. (1990). El sida en México. En *Demos. Carta demográfica sobre México*. México: UNAM, 3, 15-16.
- Bronfman, M., y Magis, C. (1996). La evolución del sida: tercermundi-zación, depauperación y ruralización. En *Demos. Carta demográfica sobre México*, vol. 9. México: UNAM, 42-43.
- Bronfman, M., Gómez, D.H., y Magis, C. (1995). Sida, enfermedades de transmisión sexual y salud reproductiva. *Reflexiones, Sexualidad, Salud y Reproducción*, 1, 7, 1-19.
- Castro, R., Eroza, E., Orozco, E., et al. (1997). Estrategias de manejo en torno al vih/sida a nivel familiar. *Salud Pública de México*, 39, 1, 32-43.
- (1997). *Espacios familiares: ámbitos de sobrevivencia y solidaridad. De cara a la muerte: la familia como soporte y escenario de conflicto ante el vih/sida en dos comunidades de México*. México: Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, 54-125.
- Castro, R., Orozco, E., Aggleton, P., et al. (1998). Family Responses to HIV/AIDS in Mexico. *Social Science and Medicine*, 47, 10, 1473-1484.
- Castro, R. (2002). Violencia contra mujeres embarazadas entre las usua-rias del Instituto Mexicano del Seguro Social: un estudio sobre deter-minantes, frecuencia y severidad. *Papeles de Población*, 243-266. México.

- _____ (2004). *Violencia contra mujeres embarazadas: tres estudios sociológicos*. Cuernavaca, México: CRIM-UNAM.
- CENSIDA (2006). *Registro nacional de casos de sida*, 12-05.
- Corsi, J., Dohmen, M.L., y Sotés, M. (1995). *Violencia masculina en la pareja. Una aproximación al diagnóstico y a los modelos de intervención*. Argentina: Paidós.
- Corsi, J., y Peyrú, G. (2003). *Violencias sociales*. Barcelona: Ariel.
- Dahrendorf, Ralf (1959). Class and Class Conflict in Industrial Society. En Ritzer, George. *Teoría sociológica moderna*. España: McGraw-Hill, Interamericana de España, 150-157.
- Estigma y discriminación es el lema de la campaña mundial contra el sida 2002-2003, de dos años de duración* (2002). Recuperado del sitio de Internet de ONUSIDA México: www.cinu.org.mx/temas/vih_sida/onusidacampana2002/campana2002ONUSIDA.htm
- Fondo de Población de las Naciones Unidas. (2001). *Prevención del contagio de la salud reproductiva. La respuesta del FNUAP al vih/ sida*.
- Granados, S.M., Madrigal, H.R. (1998). *Los silencios de la salud reproductiva, violencia, sexualidad y derechos reproductivos. Salud reproductiva y violencia contra la mujer. Un análisis desde la perspectiva de género (el caso de la zona metropolitana de Monterrey)*. México: Fundación MacArthur, Asociación Mexicana de Población, 55-106.
- Guzmán B., Álvaro (1990). Sociología y violencia. *Documento de Trabajo*, núm. 7. Colombia: CIDSE, Centro de Investigaciones y Documentación Socioeconómica, Universidad del Valle. Recuperado del sitio de Internet de Clacso: <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/colombia/cidse/doc7.pdf>
- Heise. L. (1994). *La carga oculta de salud*. Recuperado del sitio de Internet de Consulta sexual: www.consultasexual.com.mx/Documentos/violencia.html
- Heise L., Pitanguy, J., y Germain, A. (1994). *Violencia hacia la mujer, la carga oculta de salud*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud.
- Informe ONUSIDA (diciembre, 2006). *Cada vez hay más enfermos de sida en el mundo*.

Jorge, C. (2000). Violencia familiar una lacra social a erradicar. *Revista Debats*. 70-71.

Lagarde, M. (1994). *La regulación social del género: el género como filtro de poder*. México: Porrúa, 389-426.

Leñero, O.L. (1997). Futuro de las familias ante los retos actuales. En *Diálogos sobre familia*. México: DIF Nuevo León, Consejo Estatal de Población Nuevo León, El Colegio de la Frontera Norte, Asociación Mexicana de Población, 7-17.

Lori, H. (1994). *Consecuencias de la violencia de género para la salud*. Recuperado del sitio de Internet de Consulta sexual: www.consultasexual.com.mx/Documentos/violencia.html

Marco conceptual y bases para una metodología de la observación ciudadana (2007). Monterrey: Instituto Estatal de las Mujeres de Nuevo León.

ONUSIDA (2000). *Protocolo para la identificación de discriminación contra las personas que viven con el vih*. Recuperado del sitio de Internet de ONUSIDA: www.unaids.org

————— (2002). *Situación general del estigma y la discriminación relacionados con el vih/sida*. Recuperado del sitio de Internet de ONUSIDA: www.unaids.org/publications/documents/human/law/ugandaindiabb.pdf

ONUSIDA México (2002). *Estigma y discriminación es el lema de la campaña mundial contra el sida 2002-2003*. México: ONUSIDA.

Organización Internacional del Trabajo (2001). *Repertorio de recomendaciones prácticas de la OIT sobre el vih/sida y el mundo del trabajo*. Oficina Internacional del Trabajo Ginebra, Organización Internacional del Trabajo.

Población y Desarrollo. (1994). *Programa de acción adoptado en la Conferencia internacional sobre la población y el desarrollo*. Departamento de Información Económica y Social y de Análisis de Políticas. Egipto: ONU.

Programa interdisciplinario de estudios de la mujer. (2001). Recuperado del sitio de Internet de El Colegio de México, Centro de Estudios Sociológicos en la World Wide Web: www.colmex.mx/informacion_academica/centros/ces/index.htm

- Romero, G.A. (1999). Maltrato intrafamiliar hacia seropositivos o enfermos de sida. *Journal of Border Health*, IV, 2, 39-46.
- Romero, G.A. Rodríguez, V.A., Martínez, T.A. (2002). Maltrato intrafamiliar hacia seropositivos o enfermos de sida. *Archivos Hispanoamericanos de Sexología*. VIII, 1, 53-72.
- Ruiz, S., y Velasco, A. (1992). El sida: frente al riesgo hay que prevenir. *Demos. Carta demográfica sobre México*. México: UNAM, 5, 37-38.
- Ruiz, Y. (2003). Cultura y violencia. *Jornades de foment de la investigació biològica. Fòrum de Recerca*, 8, 1139-5486.
- Saucedo, G.I. (1995). *La relación violencia-salud reproductiva: un nuevo campo de investigación. Salud reproductiva y sociedad*. México: Colmex, II, 6-7, 3-9.
- Tobeña, A. (2003). *Anatomía de la agresividad humana. De la violencia infantil al belicismo*. España: De Bolsillo.
- Un "virus" tan peligroso como el hiv. *El sida, la mayor causa de discriminación laboral*. (2006). Recuperado del sitio de Internet de la Organización Internacional del Trabajo: www.espacioblog.com/beatrizgarrido/post/2006/11/23/un-virus-tan-peligroso-como-hiv
- Vulnerabilidad femenina al vih. Incorporar el enfoque de género para combatirla. (7 de marzo, 2001). *La Jornada*. Recuperado de www.jornada.unam.mx/2001/03/07/