

Una visión sociocultural de mujeres embarazadas con VIH

Origen ponencia: Avance de investigación en curso

GT 19: Salud y seguridad social. Transformaciones sociales e impactos en la población.

Dra. Mayra Lilia Chávez Courtois
Instituto Nacional de Perinatología
México, DF

Resumen

Se sabe que las causas de la presencia del VIH es multifactorial, es decir, las condiciones biológicas, sociales, económicas, políticas y culturales son determinantes. En la actualidad, también se habla de las desigualdades de género como uno de los factores contundentes que desafortunadamente favorecen al contagio en las mujeres; por ejemplo en el caso de las relaciones de poder en las parejas que influyen negativamente en la capacidad de la mujer para tomar decisiones respecto a su cuerpo, su sexualidad y reproducción. Dicha disminución de decisión de poder coloca a las mujeres en un escenario de mayor vulnerabilidad ante las infecciones de transmisión sexual entre éstas el VIH. En ese sentido, el presente trabajo tiene como intención reflexionar respecto a la importancia de la perspectiva sociocultural de mujeres embarazadas con VIH con el fin de comprender su comportamiento, y algunas decisiones respecto a su reproducción. Se exponen algunos resultados derivados de un proyecto que se está llevando a cabo en el Instituto Nacional de Perinatología con mujeres embarazadas con VIH desde un enfoque sociocultural, y como base metodológica cualitativa fenomenológica; por tal se rescatan los porqués y significados de diecisiete mujeres embarazadas con VIH respecto a su condición de salud y su estado reproductivo. Para ello, se realizaron entrevistas en profundidad a cada una de las mujeres con carta de consentimiento previamente firmada. Entre los temas que se exploraron fue el hecho de la continuación del embarazo sabiéndose con VIH, es decir, cuáles son los por qué de dicha decisión; asimismo algunos significados del embarazo, y la percepción respecto al ser mujer, la maternidad y el VIH. También se aplicaron cuestionarios, en los cuales se indagó la historia reproductiva de las participantes, las características sociodemográficas y la situación económica; el análisis se realizó con el paquete Atlas ti. Entre los resultados, respecto a los significados del embarazo aquellos argumentos que las mujeres mencionaron cuando se les preguntó del por qué ellas consideraban que se habían embarazado sabiéndose con VIH. Una de las explicaciones está relacionada con la poca información que ellas tienen respecto a la enfermedad y en específico a la transmisión vertical que se puede dar de la madre al hijo, suele en ocasiones no comprometer a la pareja en tomar decisiones conscientes sobre su reproducción. En otro sentido, está lo concerniente con la negación de la enfermedad, es decir ellas no se sentían enfermas, y por tal, no se cuestionaron sobre su reproducción. Lo anterior, tal vez esté relacionado con la percepción del contenido sociocultural del concepto de enfermedad versus síntomas. Dentro del tema de los significados del embarazo también se conjunto aquellos motivos culturales por los cuales continuaron su embarazo. Es interesante que la convicción religiosa fue una de las razones principales del por qué resolvieron llevar a término su embarazo. Entre otros la Culpa, e indudablemente, la percepción sociocultural en la sociedad occidental respecto al acto del aborto (suceso de asesinato). Conclusiones: Queda claro que el contexto social y cultural (religión, familia, etcétera) a través de las creencias y significados sobre la presencia del VIH y la reproducción, juega un papel fundamental para comprender el comportamiento de las mujeres que se encuentran viviendo dicha dicotomía. Lo anterior permea sus decisiones en las diferentes esferas de la sociedad: pareja, familia, servicios de salud; y en momentos determinados como es el caso de la decisión de la

continuación o no del embarazo. Asimismo, los sentimientos (miedo, angustia y preocupación) con respecto a su condición de salud y sobre todo las posibles consecuencias hacia el bebé son constantes durante el embarazo y el posparto.

Cuerpo de la ponencia

Introducción

Ante la preocupación mundial por abatir problemas sociales y económicos en los distintos países del mundo, en el año 2000 se llevó a cabo en la Asamblea del Milenio de las Naciones Unidas en Nueva York la Cumbre del Milenio, en la cual se expusieron los problemas mundiales y la importancia del papel de la ONU para disuadir con los mismos. En ese contexto, se comprometieron los diversos países a través de los jefes de Estado y gobiernos en fortalecer y apoyar las actividades de la ONU para cumplir lo más satisfactoriamente posible con el compromiso. Por tal, se establecieron los llamados Objetivos del Milenio (OD); entre los cuales se encuentra el relacionado con las enfermedades, siendo el OD 6, quien hace referencia a la necesidad de disminuir la propagación del VIH/SIDA, Paludismo y otras enfermedades para el año 2015 a través de la creación de programas de apoyo integral para la población seropositiva con el fin de mejorar la calidad de vida de estas personas, así como reducir los niveles de contagio del VIH.

Puesto que en la última década el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) ha sido considerado un serio problema mundial de Salud Pública e incluso nombrado como pandemia por su alto alcance mundial y el elevado índice de muertes humanas. Según la OMS, el VIH/Sida es responsable de poco más del 5% de las muertes que ocurren en todo el mundo, constituyendo, en frecuencia, la cuarta causa de defunción. Entre la población portadora del virus, las mujeres representan la mitad de la población mundial que vive con él.

Se sabe que las causas de la presencia del VIH es multifactorial, es decir, las condiciones biológicas, sociales, económicas, políticas y culturales son determinantes. En la actualidad, también se habla de las desigualdades de género como uno de los factores contundentes que desafortunadamente favorecen al contagio en las mujeres; puesto que las desigualdades de género en los diversos espacios sociales como el laboral, en la esfera académica, familiar, y en general en la socialización misma, como en el caso de las relaciones de poder en las parejas que influyen negativamente en la capacidad de la mujer para tomar decisiones respecto a su cuerpo, su sexualidad y reproducción. Dicha disminución de decisión de poder coloca a las mujeres en un escenario de mayor vulnerabilidad ante las infecciones de transmisión sexual entre éstas el VIH.

En ese sentido, el presente trabajo tiene como intención reflexionar respecto a la importancia de la perspectiva sociocultural de mujeres embarazadas con VIH con el fin de comprender su comportamiento, y algunas decisiones respecto a su reproducción.

Mujeres embarazadas y VIH

Como ya se mencionó las mujeres representan la mitad de la población mundial que vive con VIH. En el año 2009, en promedio las personas que eran portadoras de VIH estaban entre los 33.3 millones, de los cuales 30.8 millones eran adultos, y de éstos 15.9 millones eran mujeres. Lo anterior nos indica que el problema de la pandemia de VIH está constituida por una gran parte de las mujeres a nivel global.

En México en el mismo año, se reportó un total de 220,000 personas adultas infectadas por el VIH. El Centro Nacional para la Prevención y Control del SIDA [CENSIDA, 2009] ha dado un reporte según la preferencia sexual: el 60% conciernen a hombres homosexuales, el 23% a mujeres heterosexuales, 6% a clientes de trabajadoras sexuales, principalmente heterosexuales. El 5% lo ocupan

hombres heterosexuales y el 3% a trabajadoras y trabajadores sexuales. Ya para junio del año 2011, se reportó un total 34,976 personas con VIH, de los cuales 25,234 (72%) son hombres, y 9, 742 (28%) mujeres.

Es interesante comentar que para el caso de las mujeres embarazadas con el virus del VIH, no se reportan cifras –al menos a nivel nacional-. De hecho en una de las Asambleas Generales de las Naciones Unidas sobre VIH/SIDA, las cuales se realizan cada año desde la firma del acuerdo del milenio con el fin de dar seguimiento a cada uno de los Objetivos según cada país; en la Asamblea que correspondió al año de 2008 y en la cual se conversó respecto al OD 6 VIH/SIDA, México a través de la Secretaría de Salud [SSa] reconoce la carencia de cifras que permitan conocer cuántas mujeres embarazadas están infectadas con el VIH/SIDA, cuántas reciben tratamiento y admite no haber cubierto al cien por ciento la cobertura para el tratamiento perinatal. Aunque CENSIDA menciona que la población de las mujeres embarazadas infectadas por el VIH en la zona urbana es inferior al 1%.

Si consideramos la falta de cifras en este grupo de población, y lo reflexionamos desde la perspectiva de la salud pública, lo anterior representa un problema serio al no tener patrones o estrategias para “contabilizar” los casos con VIH, pues implica precisamente no tener un control real en dos sentidos; por un lado con la propia mujer, quien si aún no conoce su estado de salud, por ende no hay posibilidades de que controle la preponderancia del virus, y posiblemente se deteriore de manera más rápida, lo anterior aunado a las implicaciones físicas y biológicas del propio estado reproductivo; y en otro sentido, al ignorar la situación infecciosa, evidentemente la prevención de la transmisión vertical –de la madre al hijo- sería nula.

Dicho panorama conlleva una serie de consecuencias para el binomio madre-hijo desde diferentes miradas como la social, económica y familiar. Del igual manera, las consecuencias entre dicho binomio se pueden presentar en aquellas mujeres que sabiéndose con VIH deciden reproducirse, pero probablemente los efectos en este grupo se den en un nivel más bajo por el hecho de que pueden tomar medidas de prevención (uso de medicamentos adecuados, y parir adecuadamente según las recomendaciones de las normas oficiales de salud). Lo que ambos grupos comparten, es precisamente que su comportamiento -sabiéndose o no con VIH- está empapado por las circunstancias del contexto sociocultural propio.

En ese sentido, para conocer precisamente parte del contenido de las situaciones sociales, económicas, familiares y culturales de aquellas mujeres embarazadas que viven con VIH –sepa o no su situación de salud; estén o no en tratamiento antirretroviral- es fundamental comprender parte de sus vivencias para darnos idea del porqué de su comportamiento ante la prevención de la transmisión vertical o de su cuidado individual y decisión reproductiva, y con ellos su relación con los servicios de salud.

La importancia de la mirada sociocultural en mujeres embarazadas con VIH

Tal vez es pertinente comenzar este apartado con una pregunta ¿Por qué es importante conocer y reflexionar desde la mirada sociocultural el comportamiento social y las decisiones de mujeres embarazadas con VIH respecto a su reproducción como herramienta para el sistema de salud?

El argumento principal es el hecho de que las personas somos seres relacionales, y nuestras decisiones en general en la vida están permeadas por los discursos individuales, sociales y culturales de los otros, esto es, el conjunto de percepciones respecto situaciones dentro de contextos particulares están contenidas por las creencias y significados precisos de ese espacio; en ese sentido las decisiones que se derivan en el comportamiento conllevan dichos matices. Siguiendo lo anterior, para el caso de las mujeres embarazadas con VIH sus decisiones respecto a su cuidado de salud y su evento reproductivo ciertamente está determinado por las condiciones sociales de su espacio inmediato, por tal, la decisión y los porqués -en términos de explicaciones sociales y culturales- de acudir a los servicios de salud, el llevar a cabo su tratamiento antirretroviral, continuar o no con su embarazo

sabiéndose con VIH, su reacción al enterarse durante el embarazo sobre el virus, etcétera; permiten comprender y visualizar la conducta de este grupo de mujeres.

Considerando lo anterior, y para palparlo desde el campo de la investigación expondré algunos resultados derivados de un proyecto que se está llevando a cabo en el Instituto Nacional de Perinatología con mujeres embarazadas con VIH. Dicho trabajo tiene un enfoque sociocultural, y como base metodológica, la cualitativa fenomenológica; por tal se rescatan los porqués y significados de diecisiete mujeres embarazadas con VIH respecto a su condición de salud y su estado reproductivo.

Para ello, se realizaron entrevistas en profundidad a cada una de las mujeres con carta de consentimiento previamente firmada. Entre los temas que se exploraron fue el hecho de la continuación del embarazo sabiéndose con VIH, es decir, cuáles son los **por qué**s de dicha decisión; algunos significados del embarazo, y la percepción respecto al ser mujer, la maternidad y el VIH.

También se aplicaron cuestionarios, en los cuales se indagó la historia reproductiva de las participantes, las características sociodemográficas y la situación económica. De todo lo anterior, se derivan los siguientes resultados previos.

Resultados

Para comenzar y con el fin de contextualizar al grupo de mujeres entrevistadas, a continuación se mencionan sus características principales. De las diecisiete mujeres, ocho de ellas se encuentran entre los 31 y 37 años de edad, sólo dos de ellas tienen menos de 20 años. La mayoría vive en unión libre (8 de 17); su nivel escolar es de secundaria. Once de las diecisiete se dedican al hogar; y 15 de ellas ejercen la religión católica.

En términos reproductivos, doce de diecisiete tienen hijos vivos; en su mayoría (16 mujeres) manifestaron el uso de anticoncepción, siendo el preservativo el más representativo -11 mujeres manifestaron usarlo-. Respecto a la planeación del embarazo, quince mujeres comentaron no haberlo planeado; es decir sólo dos de ellas se embarazaron por convicción.

Escenario VIH del grupo de mujeres

En este apartado se expone brevemente la situación del grupo de mujeres embarazadas respecto a la enfermedad. Como se mencionó con antelación, sólo dos de las diecisiete mujeres planearon su primer embarazo, y es a través éste por el cual se enteraron del diagnóstico de VIH. Quince de las diecisiete mujeres se sabían con VIH, y aún así decidieron embarazarse. Cinco pensaron en interrumpir su embarazo, pero ninguna lo llevó a cabo.

Doce de diecisiete mujeres tienen hijos, pero sólo en dos casos los descendientes tienen VIH -en un caso dos hijos están infectados, y en el otro caso sólo un vive con VIH-. En siete de los casos, está la presencia de parejas discordantes, es decir, un poco más de la tercera parte de varones no están infectados de VIH. Lo cual es inquietante sobre todo porque ellos estaban conscientes del diagnóstico de su pareja antes del embarazo.

Dentro del contexto de los significados del embarazo, se encuentran los motivos de la presencia de éste, esto es, aquellos argumentos que las mujeres mencionaron cuando se les preguntó del por qué ellas consideraban que se habían embarazado sabiéndose con VIH.

Una de las explicaciones está relacionada con la poca información que ellas tienen respecto a la enfermedad. La escasa información con la que cuentan las mujeres respecto al VIH, y en específico a la transmisión vertical que se puede dar de la madre al hijo, suele en ocasiones no comprometer a la pareja en tomar decisiones conscientes sobre su reproducción. Y al darse un embarazo bajo dicha circunstancia, provoca una serie de interrogantes para la pareja y en especial para la mujer embarazada, pues no sólo se manifiestan de manera inmediata las interrogantes respecto a la interrupción del embarazo, sino la presencia de un conjunto de sentimientos, y culpabilidad.

Como se mencionó con antelación en su mayoría usaban el preservativo como método anticonceptivo, y precisamente de ahí se deriva el otro argumento de la presencia del embarazo, mencionando que “no planearon el embarazo” sino que fue causa del rompimiento del condón. Es decir, para las parejas el uso del condón no fue “suficiente” para no quedar embarazados -¿será que aún el conocimiento en el uso del condón es limitado? O ¿la tecnología con la cual se realizan los preservativos no es buena?! a su consideración- lo que nos lleva a reflexionar sobre la necesidad de continuar realizando campañas y programas preventivas para el ejercicio de la sexualidad responsable.

También lo que resalta como parte de las explicaciones que las mujeres comentan, es lo relacionado con la negación de la enfermedad, es decir ellas no se sentían enfermas, y por tal, no se cuestionaron sobre su reproducción. Lo anterior, tal vez esté relacionado con la percepción del contenido sociocultural del concepto de enfermedad englobado desde el pensamiento médico oficial - cultura médica- pues nos enseñan que una persona enferma es aquella que presenta síntomas que son visibles como dolor de cabeza, presión alta, fiebre, escalofríos, etcétera; pero cuando solamente está la presencia del virus sin señales concretas, a veces las personas suelen negar estar enfermos como es el caso de los sujetos portadores de VIH.

En ese sentido, sería interesante que en el ámbito médico se comenzaran a utilizar conceptos que engloben las carencias de salud que no necesariamente conlleven la presencia de síntomas, como por ejemplo conceptos como padecimiento, afección o molestia.

El conjunto de argumentos derivados de la significación de su estado de salud y reproductivo, se puede resumir en la siguiente narrativa:

El embarazo no fue planeado y al principio si me dio mucho miedo, pensé en abortar; pero después los dos fuimos con el doctor y ya nos explicó, me dijo ‘mientras tú estés con tu tratamiento...’. Entonces le vamos a echar ganas para que todo salga bien; yo me siento bien, siento que no tengo el VIH. (Elvira, 27 años)

Dentro de los significados del embarazo también se conjuntó aquellos motivos culturales por los cuales continuaron su embarazo. Cuando se les preguntó a las mujeres, sí en algún momento pensaron en interrumpir su embarazo –tomando en cuenta, que en su mayoría manifestó no haberlo planeado, y se sabían con VIH- una cuarta parte comentó que sí pensaron en ello, pero en realidad ninguna de ellas lo practicó. En ese sentido, se exploraron las razones por las cuales decidieron continuar con el embarazo.

Es interesante que la convicción religiosa fue una de las razones principales del por qué resolvieron llevar a término su embarazo. Entre los argumentos que mencionan es que la presencia del embarazo fue una decisión de Dios; asimismo el destino fue otra razón para ellas, “nadie le pidió venir al bebé, es decir, fue resultado del “azar”. Evidentemente la presencia de la concepción sociocultural en términos de presión social fue la más contundente: a) La culpa, fue una de las razones pues al pensar en interrumpir su embarazo, ellas se sentían que estaban cometiendo un acto de egoísmo, ya que la decisión las llevaba a pensar que sólo se estaban autoconsiderando; b) Indudablemente, la percepción sociocultural en la sociedad occidental respecto al acto del aborto, se presentó en este grupo de mujeres desde dos dimensiones; una enfocada a la relación que se le ha dado al concepto de aborto con el suceso de asesinato, esto es, la estigmatización del acto de aborto como crimen (delito) que conlleva un peso moral, jurídico y emocional para las mujeres; y una segunda que va de la mano con la anterior, es la exigencia de la familia y el personal de salud en la continuación del embarazo a costa de la salud de la mujer.

Veamos una narrativa que permite comprender parte de lo dicho por este grupo de mujeres

Me citaron el 23 de enero para terminar mi embarazo. Y mi hermana me dijo que ‘cómo era posible que yo fuera a interrumpir mi embarazo, si era un asesinato lo que yo estaba haciendo’. (Rosaura, 25 años)

Pasando el dilema en la decisión de la continuación o interrupción del embarazo, las mujeres durante esta etapa sabiéndose con VIH vivieron una serie de preocupaciones que están trastocadas por la triada: mujer-maternidad-VIH.

Dentro de ellas haciendo referencia a la presencia del virus, se encuentran el **tiempo de vida** que les queda para compartir y cuidados a los hijos, así como el tipo de cuidado y cuidadores que tendrán en su ausencia. En otro sentido, la parte económica les intranquiliza pues como ya se mencionó son mujeres con bajos recursos, y están conscientes de lo que implica la manutención de un hijo, sobre todo para aquellas que tienen más descendencia. Es de decirse que la principal preocupación para este grupo de mujeres desde el momento de enterarse del embarazo y su proceso, fue la posibilidad de que su hijo pudiera estar infectado; sobre todo por la falta de información respecto a las precauciones para evitar la transmisión vertical

Ya son 3 hijos, le damos gracias a Dios que están sanos, las dos ya están dadas de alta, y ahora con el bebé vamos a ver cómo nos va en el estudio, por esa parte no quisiera tener más hijos. Además, sentí mucha presión porque son muchos gastos, es empezar de ceros (Juana, 24 años)

Es de resaltar que estas mujeres a través de la maternidad se reconocen como mujeres sin negar su condición de salud -enfermedad- es decir, la presencia de un hijo las hace sentir como mujeres “normales” por el hecho de poder procrear

Muchas cosas, en primer lugar pues es que me hace sentir una persona igual como todas, porque a veces yo llegaba a decir “no pues ya no soy...ya no valgo ¿no? como los que valen al cien” Y ahora que veo al bebé pues soy igual que todas las mujeres, soy igual, simplemente con el problema, pero eso no quiere decir que deje de ser mujer, entonces...eso (Daniela, 31 años)

Es interesante que la decisión de procrear en el caso de las mujeres con VIH, le da otra significación del ser mujer, pues no se sienten limitan a ejercer la maternidad por su condición de salud, aunque lo vivan con miedo. Podríamos decir que es una manera de no autodiscriminarse; aunque, ciertamente caen en la exigencia social del binomio mujer-procreación, y en ocasiones dicha condición pone vulnerable su salud.

En el campo de la salud

Comúnmente cuando una mujer embarazada llega a consulta y previamente ha sido atendida por la presencia del VIH, el personal salud en ocasiones suele juzgar a la mujer por su decisión del embarazo, colocando a la mujer como culpabilizadora de la situación, y bajo esa premisa se da la atención por parte del personal. Lo anterior, se debe ciertamente por que las usuarias en ocasiones no son percibidas por quienes las atiende como un todo; si bien hay una responsabilidad individual respecto a nuestro comportamiento en los diferentes espacios sociales, es cierto que también las decisiones como en el caso de la reproducción no son exclusivas de los determinantes personales como el biológico, sino que el contexto sociocultural está presente; y las razones del por qué de las conductas se derivan del mismo. Por tal, sino se considera lo anterior es difícil comprender en su conjunto las

decisiones y conductas de las personas como es el caso de las mujeres embarazadas y su reproducción; y por el contrario es más fácil juzgar los comportamientos.

Ahora bien, sí la misión del personal de salud es la atención respetuosa y con principios éticos para garantizar la integridad de las mujeres embarazadas con VIH, es necesario que el sistema de salud considere las razones socioculturales de las mujeres respecto a continuar con su embarazo o también la posibilidad en la interrupción del mismo. Pues es un derecho reproductivo que la mujer decida sin ser juzgada dándole de igual manera las opciones de asistencia médica (atención obstétrica o el interrupción legal del embarazo ILE).

Considerando lo anterior, entonces el campo de la medicina visualizaría a la mujer como un todo, es decir, una persona con características biofisiológicas, cuyo comportamiento está determinado por los matices socioculturales según su contexto. Siendo así, se derivaría una posible atención sistémica y multidisciplinaria de estas mujeres, en la cual la atención de entrada no tendría que ser la mirada meramente médica, sino integral.

Conclusiones

Queda claro que el contexto social y cultural (religión, familia, etcétera) a través de las creencias y significados sobre la presencia del VIH y la reproducción, juega un papel fundamental para comprender el comportamiento de las mujeres que se encuentran viviendo dicha dicotomía. Lo anterior permea sus decisiones en las diferentes esferas de la sociedad: pareja, familia, servicios de salud; y en momentos determinados como es el caso de la decisión de la continuación o no del embarazo. Asimismo, los sentimientos (miedo, angustia y preocupación) con respecto a su condición de salud y sobre todo las posibles consecuencias hacia el bebé son constantes durante el embarazo y el posparto.

Es interesante al menos para algunas mujeres de este grupo, que al negar su enfermedad (por la falta de síntomas) significan diferente su reproducción, y el ser mujer; pues a pesar de que manifestaron que el embarazo se dio “accidentalmente”, y se sabían con VIH, no se percibían enfermas y continuaron con su embarazo. Esto es, su condición de salud no determinó su decisión de procrear, en ese sentido y en términos de condición de género, las mujeres con VIH se reconocieron a través de la maternidad como mujeres “completas” sin negar su condición de salud – enfermedad.

Siendo lo contrario, –al menos para cinco mujeres de este grupo– que la decisión respecto a la interrupción del embarazo no se dio como tal, resultado de la carga sociocultural del concepto de aborto. Lo cual implica un problema serio desde el marco de los derechos reproductivos, pues anteponer las convicciones sociales sobre la procreación bajo un marco de prejuicios sociales, religiosos, jurídicos, etcétera –es bueno o malo abortar– le quita valor de decisión a las mujeres respecto a su cuerpo, salud, y procreación.

Considerando lo anterior, el personal de salud tiene la responsabilidad y compromiso en proporcionar atención integral y preventivo a toda mujer antes, durante y después del embarazo. Y en el caso de las mujeres embarazadas con VIH, darles la atención sin juzgarlas previamente, así como las herramientas y opciones (atención obstétrica o interrupción del embarazo ILE) considerando la opinión de la mujer.

Bibliografía

Organización Mundial de la Salud (2010) *VIH/Sida en Temas de Salud*. Recuperado 10 de Marzo del 201, de <http://www.who.int/es/>

Álvarez-Gayou JL, Bravo García E, Bronfman M y cols. SIDA: Aspectos de Salud Pública (2006). Cuernavaca, México, Salud Pública Méx, INSP. 206 pp

CENSIDA (2009) *El VIH/ SIDA en México*. Revisado el 22 de diciembre del 2011, de <http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/2009/VIHSIDAenMexico2009.pdf>

Laplantine Françoise (1999) *La antropología de la enfermedad*. Buenos Aires, Argentina, Ediciones del Sol S.R.L. 394 pp