

Feminización del VIH/Sida en Chile.

Consuelo Díaz Barrera.

Cita:

Consuelo Díaz Barrera (2019). *Feminización del VIH/Sida en Chile. XXXII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología. Asociación Latinoamericana de Sociología, Lima.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-030/1146>



Feminización del VIH/Sida en Chile

Consuelo Díaz Barrera

Resumen

La siguiente ponencia da a conocer los resultados de un estudio realizado a once mujeres de 35-55 años viviendo con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) de la Región Metropolitana de Chile durante el periodo de Marzo del 2014 a Diciembre del 2015. Para esta investigación se utilizó como marco conceptual las nociones de género, sexualidad, estigma y discriminación, y se recolectó la información mediante entrevistas cualitativas semi-estructuradas. Los resultados indican que las mujeres adquieren el VIH a través de parejas estables heterosexuales, están expuestas a distintas vulnerabilidades en relación a la infección, experimentan cambios en su sexualidad y relaciones con familiares y amigos(as), las agrupaciones de mujeres que viven con VIH son importantes en la aceptación de la infección y hay un reordenamiento de la vida de la mujer luego de la adquisición y notificación de VIH/Sida.

Palabras clave

Chile, mujeres, VIH/Sida, vulnerabilidad.

Breve introducción

Esta investigación surge a partir de las problemáticas existentes entre las mujeres que viven con VIH/Sida en nuestro país debido al aumento sostenido de casos notificados de VIH/Sida en mujeres heterosexuales durante los últimos años. Esto ha provocado una feminización de la infección, es decir, la disminución de la brecha de casos notificados entre hombres y mujeres chilenos(as).

Esta feminización trae consigo una serie de consecuencias para las mujeres que adquieren el virus, como por ejemplo la manifestación de infecciones oportunistas que producen cambios en su cuerpo, trastornos psicológicos y emocionales, aceptación propia y familiar, aprender a vivir una nueva sexualidad, discriminación y/o rechazo de la sociedad, etc. Buscando conocer estas problemáticas, la propuesta de este estudio se enfocó principalmente en identificar y analizar los distintos cambios que ocurren en las mujeres seropositivas de 35 a 55 años como resultado de la adquisición y notificación de VIH/Sida en la Región Metropolitana.

En este sentido las problemáticas que afectan a las mujeres seropositivas son más frecuentes ya que ha habido un aumento importante en la cantidad de mujeres que



adquieren el VIH en Chile, siendo necesario el conocimiento de las consecuencias y cambios que se producen al interior de sus vidas, para poder generar en un futuro cercano distintas estrategias de prevención de VIH/Sida en mujeres y de esta forma ayudar a la disminución de casos de adquisición de VIH en la población.

Fundamentación del problema

A partir del año 1985 en donde se notificó a la primera mujer VIH positivo en nuestro país, la infección ha ido evolucionando a través de los años. Las tasas de personas que viven con VIH han ido variando, pero lo que llama la atención es que a partir de los 90' la adquisición del VIH por parte de las mujeres ha ido en aumento considerablemente (CONASIDA, 2005). Esta situación no ocurre solo en nuestro país sino que también a nivel mundial, en donde cada vez son más las mujeres que adquieren el virus a través de relaciones coitales heterosexuales (MINSAL, 2013b).

A esta progresión de MVVIH se denomina feminización de la infección, la cual ha surgido a través de la transmisión del virus desde los varones hacia las mujeres. Este fenómeno en muchos casos tiene como consecuencia el diagnóstico tardío en etapa Sida en mujeres. En estos casos las desigualdades de género se vinculan a partir del impacto directo sobre las mujeres en la sociedad, así pasan a ser parte de grupos en situación de vulnerabilidad (MINSAL, 2013b).

La construcción del género y la sexualidad influye en que se acreciente el riesgo de las mujeres a adquirir el virus del VIH, y además estos mismos factores confluyen en las distintas vulnerabilidades que afectan a la mujer frente a la infección del VIH/Sida, como lo son la biológica, social y económica y cultural. El estigma y la discriminación que se suscita alrededor del VIH/Sida también explican la situación de vulnerabilidad que tienen algunas personas que viven con VIH en el mundo, debido a las ideas erróneas, prejuicios y estereotipos que se tienen del VIH/Sida en las distintas sociedades (ONUSIDA, 2008).

Por estas razones el propósito de esta investigación fue identificar y analizar desde una perspectiva de género los cambios que se producen como resultado de la adquisición y notificación de VIH/Sida en mujeres seropositivas y las consecuencias que esto trae para sus vidas en el ámbito familiar, sexual, laboral, etc. Para ello se elaboró un diseño metodológico que se enfoca en el rango etario de 35-55 años de la Región Metropolitana.

La distribución de factores que ponen en riesgo a hombres y mujeres no es igual para ambos, ya que para los hombres la principal vía de transmisión es la homosexual con



un 51% y un 12% vía homobisexual, en cambio para las mujeres corresponde la vía heterosexual con un 97% (MINSAL, 2015). Además el porcentaje de confirmación en mujeres aumentó de un 21,6 % en el año 2009 a un 23,6% en el año 2012 (MINSAL, 2013a). En los últimos años los casos de mujeres han aumentado, disminuyendo la razón hombre:mujer que en el año 2015 fue de 7 hombres por cada mujer y en el 2018 a 5 hombres por mujer (Goldstein, 2019).

Metodología

Para esta investigación se utilizó el concepto de género el cual según Scott (1996) se define como:

(...) una forma de denotar las “construcciones culturales”, la creación totalmente social de ideas sobre los roles apropiados para mujeres y hombres. Es una forma de referirse a los orígenes exclusivamente sociales de las identidades subjetivas de hombres y mujeres. Género es, según esta definición, una categoría social impuesta sobre un cuerpo sexuado (1996:7).

Además Scott (1996) señala que es una forma primaria de relaciones de poder que se puede expresar en distintas dimensiones: nivel simbólico, normativo (que se manifiesta en doctrinas religiosas, educacionales, científicas, etc. que afirman el significado de varón y mujer y masculino y femenino).

La sexualidad en conjunto con la categoría de género es algo más y requiere ir a la búsqueda de sentido del comportamiento de hombres y mujeres como seres socialmente sexuados. En relación a ésta Weeks la define como:

(...) una construcción histórica, que reúne una multitud de distintas posibilidades biológicas y mentales –identidad genérica, diferencias corporales, capacidades reproductivas, necesidades, deseos y fantasías- que no necesariamente deben estar vinculadas, y que en otras culturas no lo han estado. Todos los elementos constitutivos de la sexualidad tienen su origen en el cuerpo o en la mente (...) (1998:20) y se construye históricamente.

Por estas razones existen grupos más proclives a riesgos que según ONUSIDA éste se refiere a “(...) la probabilidad o posibilidad de que una persona contraiga la infección por el VIH” (2008:65) en el cual ciertos comportamientos crean y aumentan los riesgos de adquirir el virus. En el caso de las mujeres son vulnerables a adquirir el VIH por distintos factores y además algunas conductas de riesgo están determinadas y/o influidas por normas culturales y sociales.

En el caso de las mujeres encontramos 3 tipos de vulnerabilidades, primero



encontramos la Vulnerabilidad Biológica que se refiere a que la mujer es más propensa al VIH que el hombre debido a razones biológicas, donde ella es de 2-4 veces más vulnerable a la infección porque durante la relación sexual hay mayor superficie expuesta y hay más carga viral en el semen que en los fluidos de la mujer (Campero & Herrera, 2002: s/p).

También encontramos la Vulnerabilidad Social y Económica, donde podemos hallar múltiples factores por los cuales las mujeres dependen económicamente de sus parejas como: “(...) el subempleo femenino, la nula o baja capacitación laboral, la baja escolaridad o analfabetismo y la pertenencia al sector más débil de la fuerza laboral (...)” (Donoso & Vírveda, 2002:17). Es por esto que las mujeres tienen menos probabilidad de poder terminar una relación peligrosa, violenta o abusiva, negociar el uso del preservativo con su pareja, tener acceso a información sobre ITS y más probabilidades de recurrir a comportamientos riesgosos para conseguir fuente de ingresos (OPS, 2002).

También encontramos la Vulnerabilidad Cultural que se relaciona con las creencias y representaciones simbólicas que sitúan a hombres y mujeres a desarrollar distintos roles, en donde la mujer nuevamente se encuentra en un lugar de inferioridad. Estas representaciones actúan en todo ámbito de la vida y sobre todo en la sexualidad y los patrones de comportamiento sexual. Como señala Donoso & Vírveda:

“La socialización de género tradicional en materia sexual pone a las mujeres no sólo en riesgo de adquirir el VIH/SIDA y otras ETS, sino que también impide el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos, incluido el acceso a la salud sexual y reproductiva” (2002:18).

De esta forma, las vulnerabilidades de las mujeres ante el VIH/Sida en Chile siguen arraigadas a paradigmas y a roles de género que reproducen el modelo patriarcal de relación entre mujeres y hombres y de sexualidad de ambos, que se expresa en la subordinada posición de la mujer, la violencia que se ejerce contra ellas, el femicidio, y una visión heteronormativa de la sexualidad (Maillard, Ochoa, Solar & Tabilo, 2012).

Por otro lado encontramos la presencia de estigmas y discriminación hacia personas que viven con el VIH. El estigma según Goffman (2003) es un atributo desacreditador que se presenta en defectos de la personalidad del individuo y aquellos que tienen que ver con la raza, la nación y la religión, etc. La discriminación por su parte según Campo-Arias & Herazo *“aparece en el momento en que se institucionaliza la exclusión o la marginación de las personas que llevan el estigma y sobre quienes persiste un prejuicio. La discriminación en sí misma implica una negación de los derechos de las personas”*



(2013:9).

Algunas causas que encontramos para la presencia de estigmas y discriminación es la ignorancia que se tiene de la infección, la falta de conocimiento de las maneras de adquisición del VIH/Sida, miedo a contraer el virus del VIH, que es una infección incurable (solo se trata con medicamentos para toda la vida), y que se relacione con la sexualidad por lo que pasa a ser un tema tabú (Peixoto, s/a).

Diseño

Se construyó un modelo de investigación cualitativo y exploratorio con perspectiva de género, donde se recogió la experiencia de 11 mujeres viviendo con VIH de la Región Metropolitana mediante entrevistas semi-estructuradas.

Muestra

El trabajo investigativo se desarrolló entre marzo del 2014 y diciembre del 2015 en conjunto con las agrupaciones de mujeres viviendo con VIH (en adelante MVVIH) BELONA, SERVIHR e ICW Latina capítulo Chileno. Las mujeres participantes fueron seleccionadas de acuerdo a los siguientes criterios: mujeres que vivan con VIH/Sida y hayan sido notificadas hace 2 años o más, que tengan edad entre 35-55 años y que residan en la Región Metropolitana.

Análisis

Para analizar los datos se utilizó el análisis de contenido por ser una técnica de investigación que consiste en proporcionar conocimiento y representar los hechos (Krippendorff, 1990). Esta herramienta permite generar conocimiento desde las entrevistas cualitativas obtenidas directamente de la realidad de las mujeres.

Consentimiento informado

Luego de una presentación de los objetivos de la investigación que fue adecuada al contexto social y cultural de las mujeres, se resolvieron las dudas y después que se aceptó voluntaria y libremente, luego se dio inicio a la recolección de datos. La identidad de las participantes fue preservada no utilizando sus nombres reales.

Resultados y discusión

Luego de realizar las 11 entrevistas semi-estructuradas se procedió al análisis de contenido utilizando la malla temática y dividiendo la información recolectada en 4 grandes temas con sus respectivas categorías.



1. La notificación de VIH Positivo

Al momento de enterarse del diagnóstico las mujeres lo hacen de 2 maneras. La primera es a través de un(a) profesional de la salud y la segunda mediante su familia. Para el primer caso encontramos una comunicación del diagnóstico con poca sensibilidad y discriminación, como nos cuenta Raquel:

(...) ¿el papá de tu guagua es Florentino? Si porqué? no sabís lo que Florentino Araneda tiene? No porque? Porque él está diagnosticado hace un año con el Sida (...) así me lo dijeron, tu sabís que te vai a morir ahora? Me mandaron de inmediato a una interconsulta, así embarazá gorda así de 7 ya iba a cumplir los 8 meses ya y yo pero que yo creía que me estaban haciendo una broma (...) (Raquel, 44 años).

En el caso de la familia ellos(as) se enteran primero por una falta de confidencialidad de la institución de salud, de esta forma la familia oculta cierta información a la mujer para evitar el shock inicial o buscar el mejor momento para comunicarle.

En 6 casos las mujeres se enteraron de su adquisición de VIH al momento de la manifestación de infecciones oportunistas como: adenopatías, citomegalovirus, esofagitis, micosis generalizada, herpes, tuberculosis. Además en 10 casos hubo casos de depresión luego de la notificación al igual que otras reacciones emocionales, como ansiedad, crisis de pánico, intentos de suicidio, etc. el impacto que produce la noticia del diagnóstico depende por las características sociales de la persona, y también por la manera en que se lo hayan comunicado (Greve, 2009).

Es importante destacar que luego de la notificación no todas las mujeres tenían conocimiento de lo que significaba tener VIH. Además ninguna de las entrevistadas se enteró de su estado mediante el Test para VIH, esto puede ocurrir por la baja percepción que existe dentro de la pareja estable, por falta de comunicación o conocimiento sobre las ITS que se pueden transmitir teniendo relaciones sexuales desprotegidas, etc.

2. Aprendiendo a vivir con el VIH

De las mujeres entrevistadas 7 de ellas adquirieron el virus del VIH a través de la pareja estable, considerando que para esta investigación la pareja estable significa más de 10 años de compromiso con una persona y eventualmente es padre de uno(a) de los(as) hijos(as); 1 mediante pareja no estable, 1 por una violación y 2 dudan sobre su forma de adquisición. Como podemos evidenciar, la mayoría de ellas adquirió el virus a través de relaciones sexuales desprotegidas con la pareja estable y única, lo cual se da por un lado por la vulnerabilidad biológica que tienen las mujeres y también por la vulnerabilidad cultural en la que se encuentran. Esta última hace que las normas de género actúen en



todo ámbito de la vida de la mujer, por lo que muchas veces no les permite decidir cómo, cuándo y con quien tener relaciones sexuales, negociar el uso del condón o simplemente no tener relaciones sexuales (OPS, 2002).

Todas las parejas estables que transmitieron el virus a las mujeres entrevistadas fallecieron, no obstante nunca siguieron tratamiento sino que se refugiaron en drogas y/o alcohol. Además a pesar de que las mujeres se enteraron que fue su pareja quien les transmitió el virus, nunca los abandonaron y siguieron con ellos hasta la muerte, tal es el caso de 6 de las mujeres. Esto puede ocurrir por la vulnerabilidad económica que tenían las mujeres por la poca educación, lo que no les permitía tener una independencia económica ni tampoco un lugar propio donde vivir. Otra razón para explicar esta situación es el rol de mujer madre que como señala Lagarde (2005) está preparada para el cuidado de enfermos.

A pesar de que las mujeres tienen acceso a información y a los preservativos, las normas de género hacen que el papel de las mujeres sea más pasivo en la toma de decisiones lo que no les permite exigir la utilización del preservativo o evitar tener relaciones sexuales con su pareja (ONUSIDA, 2008).

Luego de la notificación, los cuestionamientos, las reacciones psicológicas y emocionales, etc. viene el comienzo del Tratamiento Antiretroviral (en adelante TARV). Al empezar el TARV todas las mujeres manifestaron síntomas como vómitos, náuseas, diarrea, etc. También 3 de ellas sufrieron efectos no deseados del TARV como la lipodistrofia (aumento de grasa abdominal) que las afecta en el bienestar físico y mental ya que para ellas es importante sentirse a gusto con su cuerpo.

Con respecto a la atención en los centros de salud cabe destacar que la mayoría de ellas han sido vulneradas en sus derechos mediante discriminaciones, malos tratos, diagnósticos equivocados, etc. Un caso a revisar es el de Raquel a quien le realizaron una esterilización química sin su consentimiento, motivando la decisión de ella al decirle que se iba a morir pronto y que era una infecciosa. Luego de un tiempo ella tuvo un embarazo ectópico (fuera de las trompas de Falopio) donde la volvieron a esterilizar sin su consentimiento. Esto último no es alejado en nuestro país ya que según un estudio realizado por el Centro de Derechos Reproductivos (2004), es un problema sistémico. Por otro lado se destaca que la atención ha mejorado y que existen más profesionales disponibles.

Las mujeres al estar más tiempo en los centros de salud por exámenes, controles, etc. conocen a otras personas en su misma situación, lo que de alguna u otra manera las



hace llegar a una agrupación de mujeres con VIH. Todas las entrevistadas han participado de una agrupación y han destacado los beneficios que tiene como empoderarse, conocer sus derechos, entender sobre la infección, y poder contar sus experiencias a personas que han pasado por lo mismo.

3. La familia: el pilar fundamental para las mujeres VIH positivo

La familia es un gran apoyo luego de la notificación, sin embargo en algunos casos ocurre que la familia no está enterada del diagnóstico o lo sabe y no quiere comunicárselo.

En 4 casos las mujeres vuelven a vivir con sus padres, Marta por ejemplo esconde su diagnóstico para que su familia no se preocupe en un futuro y a Bernardita su familia le ocultó su diagnóstico:

“(...) ellos me decían que tenía tuberculosis que se me había pegado porque no me alimentaba bien, (...) como te digo te tratan de tapar las cosas para que no te sientas mal y aparte para que puedas recuperarte luego (...)”

Las mujeres volvieron a vivir en la casa de sus padres por el fallecimiento de la pareja y/o por la delicada situación de salud en la que se encontraban. Algunas de ellas hasta el día de hoy ocultan su diagnóstico a la familia para evitar preocupaciones, por vergüenza y/o para impedir discriminaciones que se puedan generar por la falta de información que maneja la familia sobre la infección.

Por otro lado encontramos que 7 de ellas han recibido el apoyo de sus familiares, pero por otro han sido discriminadas y algunas no confían en ellos para contarles su diagnóstico. Esto ocurre porque las reacciones de la familia frente a la comunicación del diagnóstico, pueden variar desde el apoyo hasta el rechazo y aislamiento (Greve, 2004). Sin embargo estas situaciones pueden cambiar con el tiempo ya que la familia también debe pasar por un periodo de aceptación de la infección al igual que la mujer, y luego al asimilar la situación se espera que ofrezcan apoyo y fortalezcan los vínculos familiares.

4. Rehacer su vida: ¿Se puede vivir con VIH?

Con respecto a la maternidad, las mujeres que tienen hijos(as) no le han ocultado el diagnóstico, los(as) han educado y dejado participar en actividades de la agrupación. Actualmente solo una de ellas manifestó el deseo de embarazarse siguiendo todos los tratamientos para evitar una transmisión vertical.

En el ámbito de la sexualidad se producen cambios, sin embargo llama la atención que 7 de ellas tiene actualmente una relación de pareja estable con un hombre, pero siguen



teniendo relaciones sexuales desprotegidas porque ellas están seguras de que no transmiten el virus, Camila señala: *“No, nunca me he cuidado con mi pareja porque en ese sentido yo estoy segura, o sea yo sé que nosotras no infectamos a los hombres, los hombres nos infectan (...)”* (Camila, 40 años).

La utilización del preservativo sigue estando obstaculizada por las relaciones de género, porque muchas veces estas relaciones limitan el empleo del condón porque entran en conflicto los deseos de ambos, debido a la existencia de la creencia de que el preservativo reduce el placer, la intimidad y la confianza (OPS, 2002). Por otro lado las demás mujeres han decidido no tener pareja ya que significaría coartar sus tiempos, viajes, etc.

Actualmente la mayoría de ellas se encuentra estable de salud, solo existen 3 casos de depresión que está en tratamiento. En otros 2 casos las mujeres deben realizarse exámenes cada 6 meses producto de las consecuencias de las infecciones oportunistas.

En relación a la educación y el trabajo 7 de las entrevistadas tienen enseñanza media completa, otras 2 no lo terminaron y solo 2 se especializaron en técnico dental y peluquería. Esto provoca que no puedan acceder a trabajos estables y bien remunerados. Por otro lado 5 de ellas reciben pensión de invalidez por parte del estado, sin embargo este dinero no alcanza para independizarse por lo que recurren a trabajos informales como comerciantes, empleadas domésticas, etc.

Todas las mujeres han vivido discriminación en familia, pares, pareja, hospital, etc. situaciones que se han generado por la falta de información y los modos de transmisión del VIH. Esto se produce por la creación de un estereotipo de personas que han adquirido el virus, el cual se ha elaborado por la falta de educación con respecto a la transmisión y por el estigma que se les asocia. Esto provoca que las personas no se realicen el test de detección por temor al resultado positivo y/o ser rechazados por la sociedad. Además por esto las personas con VIH suelen no buscar tratamiento ni atención, oculten su diagnóstico, se aíslan socialmente y tengan problemas para la inclusión social (Cortés, 2018).

Conclusiones o reflexiones finales

La mayoría de las mujeres de este estudio adquirieron el VIH mediante su pareja estable, esto se produce porque en nuestra sociedad el tener pareja estable es sinónimo de fidelidad y confianza, por lo que el uso del preservativo sería visto con desconfianza y además produce una baja percepción del riesgo. Asimismo por la vulnerabilidad cultural a la que están expuestas las mujeres no pudiendo exigir el uso del condón por



temor a represalias, exponiéndose al virus biológicamente y también aceptando situaciones riesgosas por temor a la pérdida del sustento económico. El VIH ha dejado de ser una infección ligada solo a hombres homosexuales y/o consumidores de drogas inyectables, sino que ahora también a mujeres con pareja heterosexual estable y a veces única.

Las relaciones de género existentes en nuestra sociedad hacen que la mujer adopte un papel secundario, lo que no le permite ejercer poder ni tampoco exigir el uso del condón durante la relación sexual, por temor a violencia, abandono, etc.

Se constata mediante los relatos distintas situaciones de discriminación de parte de profesionales de la salud en la comunicación del diagnóstico, malos tratos y esterilización no consentida. Esta discriminación que existe hacia personas que viven con el virus se mantiene por los prejuicios y estigmas asociados a ellos(as), generado por la falta de información y creencias erróneas. Esto provoca que las personas eviten realizarse el test de detección y no busquen tratamiento ni atención.

La adquisición de VIH en la mujer produce profundos cambios en su vida, teniendo que reestructurarse completamente desde cambios cotidianos y prácticos hasta nuevas formas de vivir y relacionarse.

Se constata una gran importancia de las agrupaciones de mujeres con VIH donde hay empoderamiento, conocimiento, educación, acceso a información, lugar de encuentro y crecimiento en comunidad.

A partir de estos hallazgos se propone la realización de un cambio en la manera de prevenir el VIH en mujeres chilenas. Se espera que en un futuro pueda haber educación sexual tempranamente para evitar el aumento de adquisición de VIH en la población femenina. Se espera además que haya más comunicación entre instituciones de salud y agrupaciones de mujeres para incentivar la realización de proyectos en conjunto.

Agradecimientos

A todas las mujeres que participaron de este estudio, a las agrupaciones ICW Latina capitulo chileno, BELONA; SERVIHR y Positivamente Positivos Talcahuano.

Bibliografía

- Balandrán, D. Rodríguez De Viana, A. Volkow, P. (2012). La vulnerabilidad femenina frente al VIH en América Latina. Disponible en: <https://bit.ly/3iIL6LL>
- Campero, L.; Herrera, C. (2002). La vulnerabilidad e invisibilidad de las mujeres ante el VIH/SIDA: constantes y cambios en el tema. *Scielo*, 44 (6), s/p.



- Campo-Arias, A.; Herazo, E. (2013). Estigma, prejuicio y discriminación en Salud Mental. *Revista ciencias biomédicas*, 4 (1), 9-10.
- Comisión Nacional del Sida (2005). Caracterización Epidemiológica de la infección por VIH SIDA en Chile. Diciembre del 2003. *Revista Chilena de Infectología*, 22 (2), 169-202.
- Cortés, A. (2018). Aspectos psicológicos en VIH. En: SIDA 5a Edición. Santiago: Mediterráneo.
- Centro de Derechos Reproductivos. (2004). Dignidad Denegada, violaciones de los derechos de las mujeres VIH-positivas en establecimientos de salud chilenos. Santiago: VIVO POSITIVO, 2011.
- Donoso, C. & Vírveda, C. (2002). *Diagnóstico socioeconómico de mujeres viviendo con VIH SIDA de la Región Metropolitana*. Santiago: VIVO POSITIVO.
- Giddens, A. (2000). Género y Sexualidad. En: Sociología. Madrid: Alianza Editorial; 2000. p. 131-160.
- Gonzalez, E.; Leyton, C.; Martinez, V.; Molina, T., Montero, A. (2007). Comportamientos sexuales y diferencias de género en adolescentes usuarios de un sistema público de salud universitario. *Revista Médica Chile*, 135(10): 1261-1269. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872007001000005
- Goffman, E. (2003). *Estigma, la identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Goldstein, E. (2019). Evolución de VIH/SIDA en Chile y países seleccionados de America Latina. Santiago: Biblioteca del Congreso Nacional de Chile.
- Guzman, P. (s/a). Listado de regiones con mayor alza de casos de VIH en Chile. Disponible en: <https://pousta.com/alza-vih-regiones-chile/>. Recuperado el 28 de agosto del 2019.
- Greve, C. (2009). Aspectos psicosociales del VIH. En C. Sepúlveda & A. Afani (4ta edición). *SIDA (252-253)*. Santiago: Mediterráneo.
- Krippendorff, K. (1990). *Metodología de análisis de contenido: teoría y práctica*. Barcelona: Paidós.
- Lagarde, M. (2005). *Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Maillard, C., Ochoa, G., Solar, X., Tabilo, K. (2012). Mujeres y vulnerabilidades ante el VIH/SIDA en la Región de Arica y Parinacota, Diálogos participativos 2011. Germina. Conocimiento para la Acción: Santiago de Chile
- Ministerio de Salud (MINSAL) (2013a). Boletín vol. 3. Santiago: Instituto de Salud Pública.



Ministerio de Salud de Chile (MINSAL) (2013b). *Informe nacional Evolución VIH/SIDA, Chile 1984-2012*. Santiago: Departamento de Epidemiología.

Ministerio de Salud de Chile (MINSAL) (2013c). Casos y tasas de enfermedades de notificación obligatoria año 2013. Santiago: Secretaría Regional Ministerial de Chile (SEREMI).

Ministerio de Salud de Chile (MINSAL) (2015). *Informe nacional parte I Evolución VIH/SIDA, Chile 1984-2013*. Santiago: Departamento de Epidemiología.

Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA) (2008). Informe sobre la epidemia mundial del SIDA.

Scott, J. (1996). El género: una categoría útil para el análisis histórico. En: *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*. México: PUEG.

Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2002). El UNGASS, género y la vulnerabilidad de la mujer al VIH/SIDA en América Latina y el Caribe. Washinton DC.

Peixoto, J. (s/a). Estigma y discriminación laboral por VIH/Sida: un problema de salud pública.

Programa conjunto de las naciones unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA) (2013). Informe Mundial sobre la pandemia mundial del SIDA.

Sontag, S. (2003). El sida y sus metáforas En: *La enfermedad y sus metáforas*. Buenos Aires: Taurus Pensamiento.

Weeks, J. (1998). *Sexualidad*. México: Editorial Paidós Mexicana, S.A.