

GÉNERO, GENERACIÓN Y ESTIGMA

Discursos (multi)mediáticos sobre el VIH¹

SARA BANI

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI "G. D'ANNUNZIO" CHIETI-PESCARA

Abstract - The study analyses a corpus of multimedia journalistic discourses featuring people living with HIV in Spain, with the aim of exploring patterns in the use of deictic forms as markers of identity, agency and enunciative distance. The analysis is based on the theoretical frameworks of stigma (Goffman 1963; Link & Phelan 2001) and discursive positioning (Davies, Harré 1990) and pays special attention to gender and age variables. The results reveal significant differences in the use of deictic forms according to the group: older women tend to narrate their experience from a biographical 'I' and to use the identity-marking 'you' as a form of empathic generalisation with the normative role of woman and mother, as well as to achieve deictic distancing; older men articulate a 'I' that oscillates between the emotional and the testimonial, incorporating stigmatising social voices; young men, on the other hand, resort to 'I' as a form of critical self-affirmation and 'we' as a strategy of narrative politicisation. The analysis of the use of the third person shows how stigma is externalised through the evocation of medical, social or family voices, which function as agents of judgement or discrimination. These external voices, integrated into dynamics of discursive polyphony, allow us to observe how speakers negotiate, internalise or resist dominant representations of HIV status. Finally, the absence of testimonies from young women with HIV raises questions about the mechanisms of invisibility and self-exclusion in the public sphere.

Keywords: HIV; deixis; news discourse; stigma; multimedia.

1. Introducción

El presente estudio analiza un corpus de discursos periodísticos multimedia protagonizados por personas que viven con VIH, centrándose en el uso de la deixis personal (Bühler 2011 [1934]; Jungbluth & Da Milano 2015) como herramienta clave para explorar los procesos de posicionamiento identitario frente al estigma que rodea esta enfermedad (UNAIDS 2024).

El corpus en el que se fundamenta el análisis (que describimos en detalle en la sección 3) presenta una doble dimensión periodística y testimonial: se trata de relatos en primera persona que, si bien emergen de vivencias íntimas, se articulan frente a una cámara y un micrófono y se dirigen a una audiencia amplia y heterogénea. Por un lado, los hablantes son plenamente conscientes del marco comunicativo en el que se insertan y ajustan sus elecciones discursivas y lingüísticas en función de la imagen que desean proyectar; por otro lado, el producto final es resultado de un proceso de montaje por parte

¹ El trabajo que presentamos se enmarca en la investigación del proyecto PRIN DISBIOCOM: Biomedical discourse and communication in multicultural societies (financiado por la Unión Europea - NextGenerationEU en el ámbito del "Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza", C.P. 20227FWEZ5, CUP D53D23009430006, Misión 4 "Istruzione e ricerca" Comp. C2 Inv. 1.1 - Bando PRIN 2022 D.R. n. 104 del 02-02-2022) en el que participan las universidades de Bérgamo, Milán y "G.D'Annunzio" de Chieti-Pescara. En el ámbito del proyecto, la unidad de la universidad "G. D'Annunzio" de Chieti-Pescara se ocupa principalmente de estudiar el discurso biomédico periodístico.

del medio periodístico, que puede haber editado o recortado ciertos fragmentos en función de sus propios criterios editoriales. La representación que llega al público constituye, por tanto, una construcción discursiva híbrida, que refleja tanto las estrategias de auto-representación adoptadas por los hablantes como los mecanismos de edición propios del medio periodístico.

El análisis parte del concepto de estigma como categoría estructural que configura un horizonte de desigualdad y se apoya en el enfoque del posicionamiento discursivo para examinar cómo, en el plano lingüístico, se asignan, negocian o disputan derechos, deberes e identidades. Estos fundamentos teóricos, junto con las preguntas de investigación, se desarrollan en la sección 2. La sección 3 está dedicada a la descripción del corpus. La deixis personal, objeto central de la sección 4, constituye el hilo empírico que vertebra estos niveles y permite observar, desde una perspectiva lingüística, la construcción de posiciones enunciativas y formas de agencia frente al estigma. En la sección 5 se sintetizan los principales hallazgos del estudio, que se cierra en 6 con una reflexión conclusiva sobre su alcance.

2. Marco teórico y preguntas de investigación

El estigma es un proceso social relacional que desacredita a la persona, transformando su identidad en una marca de desviación o inferioridad (Goffman 1963). Surge en contextos estructurados por relaciones de poder, donde ciertas diferencias son etiquetadas negativamente, generando una división simbólica entre un “nosotros” normativo y un “ellos” excluido que legitima la discriminación (Link, Phelan 2001).

Desde una perspectiva sociológica, la literatura especializada identifica distintas dimensiones del estigma (Scambler 1998; Earnshaw y Chaudoir 2009; Nyblade 2006; Parker y Aggleton 2003; Malcolm *et al.* 1998): el *estigma percibido*, vinculado a la expectativa de rechazo; el *estigma experimentado*, relacionado con situaciones reales de exclusión; el *estigma internalizado*, que implica la adopción subjetiva de discursos negativos; y el *estigma doble o interseccional*, donde un estigma (como el asociado al VIH) se superpone a otras formas de marginación (por ejemplo, por orientación sexual, género o clase social).

El estigma vinculado al VIH no se limita a una cuestión médica o sanitaria, sino que se construye y se reproduce a través del lenguaje. Las representaciones sociales se articulan discursivamente mediante asociaciones reiteradas entre la seropositividad y valores negativos como la culpa, la irresponsabilidad o la desviación moral (Sontag 1989), y se apoyan en oposiciones simbólicas como puro/impuro, normal/anormal o nosotros/ellos, que refuerzan estructuras sociales de exclusión (Gilmore y Somerville 1994; Parker y Aggleton 2003; Treichler 1999).

Desde una perspectiva discursiva, el estigma no solo es impuesto, sino que también puede ser rechazado por quienes lo padecen. Las personas afectadas pueden hacer uso del lenguaje para redefinir y posicionarse activamente frente a las categorías que buscan deslegitimarlas. En este marco, resulta útil el concepto de posicionamiento discursivo (Davies y Harré 1990; Harré y van Langenhove 1999; Kayı-Aydar 2019) que estudia cómo cada hablante asigna, asume o rechaza papeles identitarios en el discurso. Hablamos de posicionamiento reflexivo o *self-positioning* cuando los propios hablantes se sitúan en la narración para reivindicar su perspectiva, y de posicionamiento interactivo o *other-positioning* para aludir a los roles atribuidos a los hablantes por parte de otros interlocutores o del contexto discursivo.

Harré y van Langenhove (1991) distinguen, además, tres órdenes de

posicionamiento que se articulan de forma secuencial. El *first-order positioning* designa la atribución primaria de identidades o roles durante un acto comunicativo. En nuestro caso, se refiere al posicionamiento que agentes externos —individuos, medios o instituciones— imponen y proyectan sobre las personas que viven con VIH, encasillándolas en narrativas dominadas por el estigma, la culpabilización o el riesgo social. El *second-order positioning* tiene lugar cuando la persona estigmatizada cuestiona o rechaza activamente la asignación identitaria recibida. Finalmente, el *third-order positioning* se da cuando la persona vuelve sobre la experiencia vivida, reelaborando el episodio cognitiva y discursivamente.

Los posicionamientos (y re-posicionamientos) se insertan en una dinámica enunciativa más compleja, caracterizada por la coexistencia de múltiples voces en el interior del discurso narrado (*polifonía discursiva*, Ducrot 1984). En el caso del *second* y *third-order positioning*, esta dimensión resulta especialmente relevante: al reconfigurar una experiencia pasada, las personas no solo reinterpretan lo vivido desde su propia perspectiva, sino que también integran, reformulan o disputan voces ajenas (de tipo médico, institucional o normativo). La gestión de esta pluralidad enunciativa constituye en sí misma un acto de (re)posicionamiento identitario.

Estas maniobras lingüísticas muestran que el estigma no es una categoría fija, sino un campo discursivo en constante disputa: a través de posicionamientos estratégicos y deliberados (Harré y van Langenhove 1999), los relatos pueden oscilar entre la victimización pasiva y la resistencia activa, manifestando formas de agencia individual y denuncia colectiva.

Las personas con VIH que relatan su historia pueden entenderse como integrantes de una comunidad de práctica (*community of practice*, Eckert y McConnell-Ginet 1992), constituida en torno a la experiencia compartida de la seropositividad, la negociación del estigma y una cierta forma de activismo o visibilidad pública, que se expresa, en el caso que nos ocupa, en la decisión de prestarse a participar en entrevistas o testimonios periodísticos dirigidos a una audiencia amplia y heterogénea. Este marco comunitario favorece la emergencia de repertorios lingüísticos en parte comunes, que permiten a los hablantes reconocerse mutuamente como pares dentro de una identidad compartida.

Sin embargo, el hecho de formar parte de una misma comunidad discursiva no implica una total homogeneidad: dentro de esta red de prácticas comunicativas siguen operando variables identitarias que inciden de forma significativa en la forma de narrar la experiencia. Dado que el VIH es una enfermedad marcada por el estigma vinculado a la sexualidad (Kowalewski 1998; Chong y Kvasny 2007), el sexo biológico, el género y la orientación sexual cobran un papel especialmente relevante a la hora de narrar la experiencia con el VIH. Así, mientras que en las narrativas femeninas la vivencia de la enfermedad puede articularse en torno a experiencias relacionadas con la maternidad —ya sea realizada, deseada o frustrada—, en las narrativas masculinas suele emerger con mayor frecuencia una conexión con la homosexualidad.

En el ámbito general del discurso sobre la salud, diversos estudios han puesto de manifiesto que mujeres y hombres tienden a construir relatos diferenciados en torno a la experiencia de la enfermedad. Las narrativas femeninas se caracterizan habitualmente por una mayor expresividad emocional, mientras que los discursos masculinos se inscriben con más frecuencia en marcos de lucha y superación (Jaworska, Ryan 2018). En esta línea, Charteris-Black y Seale (2010), en su análisis sobre lenguaje, género y enfermedad, identifican el distanciamiento deíctico —junto con la reificación y el recurso a abstracciones— como una de las estrategias lingüísticas predominantes en el discurso masculino. Esta forma de distanciamiento implica el uso de estructuras lingüísticas que evitan una implicación subjetiva directa, como la segunda persona genérica (“tú”), que

permite desplazar la experiencia individual hacia un plano más generalizable o colectivo. Asimismo, se observa un uso más frecuente de la primera persona del plural, lo que sugiere una tendencia a construir identidades compartidas, diluyendo así la agencia individual. Por el contrario, las mujeres emplearían de forma más frecuente las formas deícticas de primera persona del singular. Esta preferencia indicaría una mayor inclinación a situarse subjetivamente en el centro de la experiencia de la enfermedad, adoptando una posición discursiva visible y reconocible como sujeto afectado.

Estas tendencias no deben entenderse como una regla fija ni universal: ni todos los hombres ni todas las mujeres se expresan de manera homogénea (Galasiński 2004; Charteris-Black y Seale 2010), y dentro de cada grupo existen importantes variaciones individuales y sociales vinculadas con otros factores como la edad, el estatus social o la orientación sexual. Los estilos discursivos asociados tradicionalmente a uno u otro género en la literatura constituyen referentes normativos que operan como punto de comparación frente a los cuales los hablantes negocian y configuran otras formas posibles de expresión y construcción identitaria.

Por otro lado, los avances terapéuticos han transformado la experiencia del VIH en una condición crónica, alterando la manera en que se vive y se relata la seropositividad. Por tanto, junto al género, la edad se perfila como una de las variables más relevantes en la configuración del discurso sobre el VIH (Beuthin *et al.* 2014; Emlet *et al.* 2015).

A partir de este marco teórico, la investigación se propone examinar el uso de la deixis personal como recurso de posicionamiento discursivo en los relatos de personas seropositivas, con especial atención a las variables de género y edad. Las preguntas que orientan el análisis son las siguientes:

- ¿Cómo emplean las personas que viven con VIH en España la deixis personal para articular estrategias de posicionamiento discursivo, y de qué manera se modula este uso según el género y la edad?
- ¿Qué manifestaciones del estigma —percibido, experimentado, internalizado e interseccional— emergen en sus relatos, y cómo se relacionan con las elecciones deícticas y los contenidos temáticos que las acompañan?

Finalmente, antes de proceder al análisis, es pertinente recordar que, si bien existen respuestas biomédicas globalizadas para hacer frente al VIH/sida, los discursos asociados al estigma y a la seropositividad se configuran de manera diversa según el contexto geográfico y sociocultural (Higgins, Norton 2009). En este sentido, el presente estudio se enmarca específicamente en el contexto español, atendiendo a las particularidades discursivas de las personas que viven con el VIH en este entorno.

3. Descripción del corpus

Para llevar a cabo el análisis hemos recopilado un corpus de textos periodísticos de carácter multimodal, seleccionados por su relevancia temática mediante una búsqueda por palabra clave (VIH y sida) en el título. Aunque de dimensión limitada (la lista de los textos se presenta en el apéndice al final del estudio), este corpus reúne los únicos materiales multimodales de tipo periodístico producidos en España sobre el VIH que hemos podido localizar a partir de 2021, tras una búsqueda centrada en medios de gran alcance, excluyendo emisoras locales o prensa de ámbito reducido, con el objetivo de analizar contenidos dirigidos a una audiencia amplia.

La duración de los materiales es variable, oscilando entre 1 minuto y 5 segundos (video de ABC) y 35 minutos y 20 segundos (programa televisivo de TVC). El período de

recolección se extiende entre 2021 y 2024. La mayoría de los textos del corpus están vinculados al 1 de diciembre, Día Mundial del Sida, lo que sugiere una cobertura mediática de carácter conmemorativo, más que sostenida o sistemática a lo largo del tiempo.

En lo que respecta al tipo de discurso, se observa una oscilación entre el discurso informativo tradicional y uno centrado en el valor humano, cercano a formas de medicina narrativa abordadas desde una lógica periodística. En muchos casos la figura del entrevistador permanece fuera de campo o directamente ausente. Al no disponer de información sobre las preguntas formuladas por los entrevistadores, no siempre resulta fácil reconstruir el marco interaccional de los testimonios. A pesar de ello, en algunos videos se observa una estrategia editorial que consiste en formular una misma pregunta a todas las personas con VIH (“¿Has experimentado estigma?” o “¿Cómo te sentiste cuando te diagnosticaron?”). Esta homogeneidad en el punto de partida permite observar con claridad cómo las formas de narrar varían significativamente en función del género y la edad de los hablantes, revelando diferencias en la relación entre las diferentes formas deícticas y el contenido de la narración.

Los audios y videos fueron transcritos utilizando Whisper, un sistema de reconocimiento automático del habla de código abierto que permite obtener transcripciones precisas a partir de grabaciones multilingües. Identificamos en primer lugar el rol comunicativo de los hablantes (activista de una asociación civil, entrevistado/a, experto/a, personal médico, periodista, político/a, personas con VIH). En algunos casos, la delimitación entre categorías no resulta del todo nítida, ya que pueden superponerse roles como el testimonio y el activismo. La asignación de cada participante a una u otra categoría se realizó teniendo en consideración tanto la forma en que son presentados en los videos —mediante los rótulos con nombre y función— como el contenido de su intervención. En este estudio nos centramos exclusivamente en los testimonios de las personas con VIH, aunque esta clasificación deja abierta la posibilidad de futuros estudios centrados en el análisis de otros actores discursivos presentes en el corpus.

Posteriormente, clasificamos los testimonios según el género y la edad aproximada de los y las hablantes. Establecimos un umbral generacional en torno a los 40 años, atendiendo tanto a la edad en el momento del testimonio como en el momento del diagnóstico o contagio (reciente vs. ocurrido al menos hace 10–15 años). Sin embargo, esta distinción no siempre resulta nítida: el corpus incluye, por ejemplo, el testimonio de un hombre joven seropositivo por transmisión vertical que, a pesar de su juventud, convive con el virus desde su nacimiento. Por este motivo, las categorías generacionales se han aplicado de forma flexible y orientativa, con el objetivo de facilitar la identificación de patrones discursivos sin dejar de atender a la complejidad de las trayectorias individuales.

La muestra analizada se compone de 32 testimonios, distribuidos de la siguiente manera: 9 pertenecen a mujeres adultas mayores con VIH, 15 a hombres jóvenes y 8 a hombres adultos mayores (el género se asignó teniendo en cuenta el pronombre usado por la propia persona durante el testimonio y su nombre de pila; a efectos analíticos, la variable se trató como dicotómica, dado que en el corpus no aparecieron autoadscripciones de género no binario). Un primer aspecto significativo que emerge del proceso de recolección del corpus es la ausencia de testimonios de mujeres jóvenes con VIH, que podría deberse a diversos factores. En primer lugar, dicha ausencia podría estar vinculada a la distribución epidemiológica del virus en contextos desarrollados como el español, donde la prevalencia entre mujeres jóvenes es comparativamente baja en relación con otros grupos poblacionales, como los hombres jóvenes o las mujeres de mayor edad (UNAIDS 2024, Ministerio de Sanidad 2024). En segundo lugar, las mujeres jóvenes sufren formas específicas e intensificadas de estigmatización (Scofield, Moseholm 2021)

que podrían incidir en la escasa presencia pública de este grupo. Por último, cabe considerar también el papel de las lógicas de visibilidad selectiva que operan en los medios: en el caso de hombres jóvenes homosexuales, la visibilidad asociada a la orientación sexual puede reforzar o facilitar su exposición mediática como personas seropositivas.

4. Análisis

Siguiendo el enfoque del posicionamiento discursivo descrito en la sección 2, entendemos que las identidades enunciativas no son entidades fijas, sino construcciones dinámicas que emergen en la interacción, configurándose en función de los interlocutores, del contexto social y de los marcos culturales de referencia (Davies y Harré 1990; Harré y van Langenhove 1999). A partir de este marco y mediante una aproximación inductiva de corte cualitativo, hemos llevado a cabo una lectura en profundidad de los testimonios, centrándonos en el análisis del uso de la deixis personal como dispositivo privilegiado para observar cómo se posicionan los hablantes a la hora de narrar su experiencia como individuos seropositivos.

4.1. Primera persona del singular

En los testimonios de personas que viven con el VIH, la primera persona del singular se usa ante todo para narrar acontecimientos biográficos. El “yo biográfico” puede centrarse en aspectos más íntimos y personales de la trayectoria vital o adquirir una dimensión más social o pública, al relatar experiencias de discriminación, estigmatización o injusticia estructural. En segundo lugar, la forma “yo” actúa como vehículo para expresar emociones y sentimientos, haciendo visibles el miedo, la angustia, la esperanza o incluso el orgullo de haber atravesado situaciones adversas (“yo emocional”). Asimismo, el “yo” funciona como herramienta de autoafirmación, al construir identidades positivas o politizadas, marcadas por la decisión de hacerse visible (“yo autoafirmativo”). Finalmente, el uso de la primera persona también adquiere un valor interpretativo, al introducir juicios, reflexiones y posicionamientos críticos sobre los discursos sociales, médicos o institucionales que atraviesan la experiencia del VIH (“yo valorativo”). Estos usos del pronombre “yo” no son homogéneos, sino que varían en cantidad y tipología según el género y la edad.

En los testimonios de mujeres mayores que viven con el VIH, la primera persona del singular se emplea principalmente para narrar experiencias personales, tanto del pasado como del presente:

- (1) Tuve problemas con la droga y me pinché con jeringuillas de compañeros. [11]²
- (2) Yo he llegado a tomarme hasta ocho pastillas. Ahora solamente me tomo una por la mañana y dos por la noche. [9]

En algunos fragmentos del discurso de las mujeres mayores se observa una alternancia entre distintos posicionamientos deícticos, como en (3). La narración en primera persona se entrelaza con formas impersonales o colectivas, y con comentarios metadiscursivos que introducen distancia o reflexión sobre lo dicho:

² Los números entre corchetes remiten al vídeo del que se ha extraído el ejemplo. La lista completa de los vídeos se incluye en el apéndice del estudio.

(3) Yo no lo conté, a parte de que era otra época en la que tener sida —vuelvo a decir porque era tener sida— era que ibas a contagiar a los demás. [8]

En el discurso de las mujeres mayores el empleo del “yo emotivo” y del “yo valorativo” es escaso: la primera persona del singular se centra preferentemente en la reconstrucción cronológica de los acontecimientos vividos, sin incluir valoraciones explícitas sobre los marcos sociales o institucionales. La expresión de emociones se desplaza al uso del “tú”, con el cual las hablantes se identifican como madres y como mujeres (véase 4.3).

El “yo biográfico” también se encuentra en los testimonios de hombres mayores que viven con el VIH, para reconstruir momentos clave al diagnóstico:

(4) Yo recibí el diagnóstico cuando tenía 26 años, en aquel momento, y tengo que reconocer que mi conocimiento respecto al VIH era muy pobre, yo en aquel momento ni siquiera sabía qué era la diferencia entre VIH y el sida. [18]

Además de esta dimensión más personal, el “yo biográfico” también se emplea para denunciar situaciones de discriminación vividas en distintos ámbitos —laboral, médico, familiar o social—, otorgando a los relatos una dimensión testimonial de carácter público:

(5) Yo, personalmente, perdí el trabajo por seropositivo y enfermo, y por gay. [7]

A diferencia de lo observado en mujeres mayores, en el discurso de los hombres mayores la primera persona del singular presenta también una carga introspectiva (“yo emocional”):

(6) [...] en aquel momento, mi hermana está embarazada de su primera hija y yo tenía muchísimo miedo de qué pasaría...si mi familia me dejaría tocar a esta criatura, acariciar a esa persona. [17]

(7) Me quedé super hecho polvo, porque en aquellos tiempos no como ahora que ya está bastante controlado el VIH, me quedé super hecho polvo y yo pensé que me quedaban nada, dos telediarios, que estaba más muerto que vivo pensé. [20]

A través de una oscilación entre diferentes posicionamientos deícticos que coexisten dentro de una misma enunciación, como en el caso de las mujeres mayores (3), en (8) el hablante transita entre la evocación de vivencias personales (“yo biográfico”³) y la incorporación de una perspectiva colectiva o social con la segunda persona del singular y la primera persona del plural:

(8) Tenía muchos problemas con los médicos, no me querían operar, ibas al dentista y no te quería sacar una muela, a mí me pusieron en la cama del hospital SIDA con esparadrapo, nos ponían un punto rojo en la historia. [18]

En los testimonios de los hombres jóvenes, en cambio, es muy frecuente el uso de la primera persona orientado a la afirmación identitaria (“yo autoafirmativo”):

(9) Después de mi diagnóstico de VIH, me acepté y me socializaba abiertamente como un hombre gay —cosa que antes me costaba—, acepté que tenía VIH, creo que me quiero, me acepto, me valoro e intento transmitírselo al resto para que haga lo mismo. [19]

³ Las etiquetas para clasificar los usos deícticos son de elaboración propia.

En (10), el hablante no solo rechaza el posicionamiento inicial que lo asocia con la culpa, sino que se reposiciona discursivamente (Van Langenhove y Harré 1999), reclamando el derecho a redefinir su identidad en términos de responsabilidad y agencia:

(10) Seré responsable de ello, pero no culpable nunca. [3]

Asimismo, es en el discurso de los hombres jóvenes donde se observa con mayor frecuencia el uso de la primera persona del singular con función interpretativa (“yo valorativo”). El “yo” se emplea como herramienta argumentativa que legitima la voz del hablante en tanto sujeto reflexivo, capaz de posicionarse ante discursos médicos, sociales o familiares desde su propia experiencia:

(11) Yo pienso que es lo que mueve a la sociedad: el miedo. [9]

(12) Creo que sigue habiendo un problema de tabú. [12]

(13) Y yo creo que se sigue manteniendo un poco ese antiguo diagnóstico de hace tantos años. [12]

4.2. Primera persona del plural

El posicionamiento discursivo no se limita al nivel individual, sino que implica la construcción de una identidad común (Hydén 1997). Al posicionarse como parte de un colectivo —ya sea de personas seropositivas, activistas, pacientes o ciudadanos—, los hablantes no solo comparten una experiencia, sino que también reclaman voz, pertenencia y legitimidad dentro del espacio discursivo en calidad de miembros de dicho grupo.

En el discurso de las mujeres mayores, la primera persona del plural se emplea principalmente para inscribir el relato en un marco íntimo y familiar:

(13) Es algo que hemos decidido mi marido y yo. Lo hemos decidido así, si sale el niño o la niña, pues lo asumiremos. [11]

(14) [...] a partir de entonces, la doctora —se llamaba la doctora León—, mi marido y yo le decíamos la doctora Rugidos, porque era horroroso. [11]

En los relatos de hombres mayores o jóvenes que viven con VIH, por otro lado, los usos del “nosotros íntimo” son muy escasos.

En el caso de los hombres mayores, la primera persona del plural suele aparecer como una expresión de pertenencia a un grupo marcado por una experiencia biográfica común (“nosotros histórico”):

(15) Ya habíamos tenido algún amigo, ya habíamos tenido algún entierro. [20]

(16) En aquella época cayó mucha gente, a mí me estaban cayendo por un lado los yonkis y por otro lado los gays, pero salíamos a duelo semanal, y eso te afecta. [18]

A diferencia de otras narrativas de enfermedad como las del dolor, centradas en la necesidad de ser escuchado, las narrativas sobre el VIH y el sida suelen tener una dimensión marcadamente colectiva y politizada, donde el “yo” individual se entrelaza con un “nosotros” colectivo. Diversos estudios han mostrado cómo las personas seropositivas reconstruyen sus identidades incorporando referentes culturales compartidos —por ejemplo, en el caso de hombres homosexuales— y otorgan un peso central a las consecuencias sociales del diagnóstico (Carricaburu y Pierret 1995; Viney y Bousfield 1991). Así, la narrativa deja de ser un testimonio estrictamente íntimo para convertirse en una herramienta de articulación colectiva.

Es en los discursos de hombres jóvenes que viven con VIH donde el pronombre

“nosotros” opera con más frecuencia como un recurso de politización narrativa:

(17) Que yo estoy aquí para poder demostrar que ya no estamos en los años 80 y 90, que el VIH es una enfermedad crónica, que podemos llevar una vida perfectamente normal como una persona seronegativa, y que tenemos que dar cara y mostrarnos al mundo de que somos uno más del montón. [7]

(18) La visibilidad es la mejor manera que tenemos de pelear con esto. [8]

En sus discursos, la primera persona del plural funciona también como un “nosotros universalizador”, con un posicionamiento inclusivo que diluye las fronteras entre seropositivos y seronegativos, revelando una voluntad de integración, de empatía colectiva y de transformación social:

(19) Nos hablan de este mal barrio, de esta mala ciudad, por el miedo a qué nos puede pasar en ella, o esto que nunca hemos experimentado... pero hasta el día que lo probamos, hasta el día que tenemos la información, hasta el día que vemos que no pasa nada. [9]

(20) Me gustaría que la gente no juzgara a quien tiene al lado, ya no solo por el VIH sino en general, porque si no llegamos a ese punto habremos fracasado un poquito como sociedad. [16]

4.3. Segunda persona del singular

El uso del pronombre “tú” permite al hablante expandir su vivencia individual hacia una identidad compartida o proyectable, desplazando la referencia personal hacia un “otro” generalizable.

En los testimonios de mujeres mayores con VIH, el “tú identitario” funciona como forma de generalización experiencial no desde la seropositividad, sino desde el rol de madre o mujer. Al recurrir a la segunda persona se universalizan las implicaciones sociales, afectivas y morales del estigma:

(21) Y luego, claro, cuando tienes hijos, todavía tienes más cuidado porque por aquel entonces si rechazaban a mis hijos ya era distinto porque eran niños y no quería que les mirasen mal, que no quisieran ir al colegio con ellos. [8]

(22) Por supuesto, ser mujer implica más responsabilidad todavía, porque cuando no se sabía de dónde venía el VIH y cómo se contagiaba, sobre todo había un grupo de mujeres que eran consideradas las personas más promiscuas, o prostitutas, o drogadictas, que eran las que lo contagiaban o lo tenían. El hecho hacía que te sintieras todavía muchísimo más estigmatizada. [11]

(23) Siempre hay hijos y personas a las que tienes miedo a dañar por comunicar tu seropositividad. [7]

El uso del “tú” no solo proyecta una identidad compartida en tanto que mujeres o madres, sino que funciona como estrategia discursiva para articular dimensiones moralmente sensibles como la culpa y la responsabilidad. A través de esta forma de enunciación, las hablantes desplazan a un “otro generalizable” experiencias profundamente marcadas por el temor a dañar a los seres queridos —especialmente a los hijos— y por la presión social de cumplir con expectativas de cuidado, autocontrol y silencio. El “tú” permite así expresar emociones difíciles, como el miedo a la transmisión, la vergüenza ante el juicio ajeno o la carga del silencio, sin que estas queden completamente expuestas como sentimientos individuales.

Por el contrario, en los discursos tanto de los hombres mayores como de los hombres jóvenes que viven con el VIH, el “tú identitario” remite directamente a la

seropositividad, y no a otras dimensiones personales como la orientación sexual u otros aspectos del “yo”:

- (24) Te dicen que te vas a morir, o sea, “disfruta de la vida que te quedan de tres a cinco años”, que no pueden hacer nada contigo. [7]
 (25) En ese momento no hay medicación, te dan unos años de vida de 3 a 5 años, pero la cosa evoluciona de otra manera, lo único que podían hacer ese momento era mes a mes controlarte el número de defensas que tenías y poco más, en función de eso podías tener una serie de enfermedades oportunistas que se llamaban. [9]
 (26) Que muchas veces te pueden echar del trabajo, que tu familia a lo mejor no lo va a recibir bien. Que te va a costar encontrar pareja. [12]

4.4. Tercera persona y polifonía

Las formas de tercera persona en los testimonios de mujeres mayores que viven con el VIH operan como vehículo del juicio social y biomédico. Figuras como médicos, pediatras o ginecólogas, así como entidades impersonales —“la gente”, “el entorno”— son evocadas en el discurso como agentes de estigmatización:

- (27) Por aquel entonces te daban una fecha de vida, decían 5, 6, 10 años. [8]
 (28) [...] la gente no sabía si podías contagiarte así tomando un café. [8]

Las enunciatoras incorporan voces ajenas que representan el discurso dominante, evocando su efecto performativo como fuente de temor, restricciones o desinformación. Estas voces externas, integradas en una dinámica polifónica (en calidad de *first-order positioning*), contribuyen a reforzar y reproducir el estigma social que rodea al VIH. En este marco se evidencian formas de infantilización de la mujer por parte del personal sanitario (*chiquilla*, en 32), en particular cuando esta desea ejercer su maternidad:

- (29) Lo peor es el juicio público. “Cómo una mujer que tiene VIH quiere ser madre”. [3]
 (30) La primera pediatra que fui donde nació, nada más nacer, me dijo: “Ya sabe que estos niños no llegan a los cinco años”. [8]
 (31) El único problemilla que he podido tener fue con mi ginecóloga, que cuando yo me quedé embarazada, claro, aquello era un riesgo tremendo. Ella se echó las manos a la cabeza como diciendo: “¿Tú sabes lo que vas a hacer, chiquilla? ¿Que puedes traer un hijo al mundo que tenga algún problema?” [11]
 (32) Vuelves a sentirte como madre juzgada: “esta mujer está loca porque ha querido traer, ella que está enferma, ¿cómo es que quiere tener un bebé?”. [18]

Este patrón discursivo confirma lo señalado por Charlesworth (2003), quien indica cómo a las mujeres con VIH se las ha representado predominantemente como responsables de la transmisión del virus —especialmente en contextos vinculados a la maternidad—, reproduciendo patrones de culpabilización y reforzando estereotipos de género.

En los testimonios de los hombres mayores es frecuente la referencia a un “otro” difuso, generalizado, que aparece formulado a través de expresiones como “la gente” o mediante construcciones impersonales. Este “ellos” no remite a interlocutores concretos, sino que funciona como síntesis de un imaginario social colectivo, cargado de prejuicios, miedos y desinformación. Al aludir a “la gente”, los hablantes mayores construyen una figura social abstracta que encarna el estigma persistente, especialmente el vinculado a las representaciones heredadas de los años ochenta:

- (33) La gente todavía está un poco con la idea de los años 80 cuando ya precisamente uno de los avances de la medicación es que al conseguir llevar la carga a niveles indetectables no se puede transmitir el virus. [1]

(34) [...] la gente se cree que vas contagiando por ahí, eso no está bien. Información, por favor, información. [20]

Los discursos de los hombres mayores que viven con VIH alternan distintos planos enunciativos. Se observa, por un lado, la incorporación de voces ajenas —médicas, familiares, sociales— que reproducen verbalizaciones estigmatizantes o banalizadoras del diagnóstico; y, por otro, la emergencia de diálogos internos o pensamientos del propio sujeto hablante, que expresan sorpresa, rabia o vulnerabilidad ante esas mismas voces (*second-order positioning*):

(35) “No quiero a ese maricón enfermo en mi casa”. [7]

(36) Y ya te digo, a nivel psicológico por todos lados te vienen hasta que se lo comentas a un amigo y puede que hasta automáticamente le salga así de repente una especie de rechazo. “Ah sí eres VIH”. Y ver cómo la relación se va deteriorando. “¿Por qué, tío, si te he dicho encima que soy VIH, por qué huyes?”. Es que la paranoia...no, paranoia cero, tío, paranoia cero [...] [20]

En los discursos de los hombres jóvenes, las referencias a la tercera persona son poco frecuentes y, cuando aparecen, suelen funcionar como marco introductorio para una reflexión subjetiva, más que como una descripción detallada de episodios específicos de estigmatización. En términos de polifonía, predomina la incorporación de pensamientos propios, centrados en la vivencia personal, más que en la evocación de voces ajenas:

(37) Esto es como... yo lo comparo a veces con cuando era gay. Hay un punto que en el cole lo pasé muy mal, y hay un punto que dije: “Bueno, sí, soy maricón. ¿Y? “Es que no entiendo...ya lo sabemos todos”. “Yo también. Gracias”. [15]

(38) Y yo dije: “Mira, si me va a pasar algo, que por lo menos me pase siendo auténtico y siendo yo mismo, y aceptándome tal como soy”. [19]

5. Discusión

A partir del análisis de la deixis personal como marcador de posicionamiento discursivo, es posible identificar patrones diferenciados en la forma en que mujeres y hombres que viven con VIH construyen sus relatos, negocian su identidad y se sitúan frente al estigma.

El análisis de las formas deícticas revela que la primera persona del singular aparece de forma recurrente en los discursos de los tres grupos analizados, aunque su función discursiva varía en función del género y la edad. En los relatos de mujeres mayores, el “yo” se inserta en una lógica biográfica, orientada a la reconstrucción cronológica de experiencias personales, a menudo vinculadas al ámbito doméstico y familiar. En el caso de los hombres mayores, esta forma deíctica amplía su campo de acción para incluir tanto la expresión emocional como la denuncia de situaciones de discriminación vividas, dando lugar a un “yo” que transita entre la intimidad y la dimensión pública. En los testimonios de hombres jóvenes, en cambio, el uso del “yo” adquiere un carácter más performativo y argumentativo: se convierte en un instrumento de autoafirmación identitaria, visibilización pública y reposicionamiento crítico frente a discursos normativos o estigmatizantes, en línea con lo que Harré y van Langenhove (1999) definen como *third-order positioning*. Estos usos matizan —y en algunos casos contradicen— la hipótesis del distanciamiento deíctico, según la cual los discursos masculinos tenderían a evitar la exposición subjetiva directa mediante el uso del “tú” genérico o de expresiones impersonales (Charteris-Black y Seale 2010): en los discursos analizados, son los hombres —especialmente los de mayor edad— quienes utilizan la

primera persona del singular para hablar abiertamente de emociones como el miedo, la angustia o la tristeza, sin desplazar estas vivencias al plano de un “otro” abstracto; las mujeres, en cambio, recurren con más frecuencia a la segunda persona del singular (“tú”) para proyectar sus experiencias y emociones, no tanto desde la identidad seropositiva, como en el caso de los hombres, sino desde roles normativos de género como el de madre o cuidadora. Este “tú identitario” de las mujeres permite generalizar experiencias subjetivas asociadas a la responsabilidad, la culpa o el miedo a dañar a los seres queridos, especialmente a los hijos, evitando una exposición individual directa.

La primera persona del plural también evidencia diferencias en la forma de construir identidades colectivas. En el caso de las mujeres mayores, su uso se restringe al ámbito íntimo y afectivo, en relación con vínculos familiares o conyugales. En los hombres mayores, el “nosotros” se activa como marcador de memoria colectiva, evocando el sufrimiento compartido en los primeros años de la epidemia del VIH. Este patrón coincide parcialmente con las observaciones de Charteris-Black y Seale (2010), quienes señalan que los hombres tienden a emplear la primera persona del plural para construir identidades compartidas que atenúan la exposición individual. Por su parte, en los discursos de hombres jóvenes, esta forma deíctica adopta una doble función: por un lado, opera como recurso de politización narrativa, al colectivizar la experiencia seropositiva y proyectar una voz de denuncia frente al estigma; por otro, se emplea como forma de identificación con la sociedad en su conjunto, desde un posicionamiento inclusivo que diluye la frontera entre personas seropositivas y seronegativas.

Finalmente, las referencias a la tercera persona marcan la externalización del estigma. En los dos grupos de personas mayores, la tercera persona del singular y del plural representan figuras de poder (médicos, instituciones, entorno social) asociadas al juicio, la discriminación o el desconocimiento. No obstante, su frecuencia y función varían: es central en los relatos de las mujeres mayores, donde reproduce voces biomédicas o sociales interiorizadas; tiene un peso testimonial en los hombres mayores, donde aparece asociada a situaciones concretas de exclusión.

6. Conclusiones

Los enunciados polifónicos dan cabida a voces ajenas que condensan las representaciones sociales, médicas o familiares que reproducen el estigma. En los testimonios de mujeres mayores, predomina la evocación de voces externas —médicas, sociales o familiares— que encarnan el juicio normativo (*first-order positioning*), especialmente en relación con la maternidad, lo que refuerza una vivencia marcada por la vulnerabilidad frente a figuras de autoridad. En los hombres mayores, la polifonía se manifiesta en la alternancia entre voces sociales estigmatizantes, expresadas a través de “la gente” o construcciones impersonales, frente al cual emergen respuestas que oscilan entre la interiorización, la sorpresa y la confrontación (*second-order positioning*). Por su parte, los hombres jóvenes recurren menos a voces ajenas y centran su narración en una reflexión subjetiva sobre la experiencia del diagnóstico, en la que las intervenciones de terceros (médicos, familiares) son retomadas para expresar sus propios procesos de comprensión, aceptación o resistencia (*third-order positioning*).

Tal como planteamos en el marco teórico, el estigma no es un fenómeno estático ni exclusivamente individual, sino una práctica social estructurada por relaciones de poder y vehiculada a través del lenguaje (Parker y Aggleton 2003). En conjunto, el análisis revela que el estigma que prevalece en los tres discursos no es unívoco, sino que se presenta de forma compleja y multifacética. Las mujeres mayores parecen estar más marcadas por el

estigma internalizado, asociado a una narrativa de culpabilización y autoexclusión. En los hombres mayores, destaca la vivencia del estigma experimentado, vinculado a discriminaciones explícitas en contextos sanitarios, laborales y familiares. En los hombres jóvenes, en cambio, se evidencia con mayor claridad una conciencia del estigma percibido e interseccional, lo que favorece el desarrollo de estrategias discursivas orientadas al empoderamiento y la transformación social.

Aunque el análisis desarrollado en este estudio aporta claves interpretativas interesantes sobre las formas en que las personas seropositivas configuran su identidad frente al estigma en contextos de visibilidad mediática, sus resultados deben interpretarse a la luz del marco metodológico que ha orientado la investigación. El corpus se ha construido de manera deliberada a partir de materiales periodísticos multimodales sobre el VIH producidos en España en los últimos años, con el objetivo de explorar las dinámicas discursivas específicas que emergen en este tipo de testimonios públicos. La dimensión acotada del corpus — resultado tanto de la disponibilidad de materiales como de los criterios de selección aplicados— nos ha conducido a optar por una aproximación cualitativa, centrada en la exploración detallada de los posicionamientos enunciativos más que en la obtención de datos generalizables. Esta decisión metodológica ha permitido identificar patrones significativos en el uso de la deixis personal, si bien limita el alcance comparativo del estudio. Investigaciones futuras podrían ampliar el corpus incorporando testimonios audiovisuales procedentes de otros contextos hispanohablantes, o bien adoptando una perspectiva interlingüística. Asimismo, resultaría interesante integrar a otros actores discursivos identificados en la fase inicial del análisis (como profesionales de la salud, activistas o periodistas), diversificar los géneros textuales estudiados — incluyendo redes sociales, campañas institucionales o relatos autobiográficos— o abrir una dimensión diacrónica que permita observar la evolución del discurso sobre el VIH a lo largo del tiempo, mediante el análisis de materiales producidos antes de 2021.

Cabe destacar, finalmente, la completa invisibilización de mujeres jóvenes con VIH en los testimonios recogidos. Esta carencia plantea interrogantes relevantes sobre los factores que dificultan la enunciación pública de este grupo que podrían atribuirse, como indicábamos en la sección 3, tanto a cuestiones epidemiológicas como a dinámicas específicas de estigmatización e invisibilidad mediática. Dicha ausencia podría obedecer también a procesos de autoexclusión motivados por un fuerte estigma internalizado, siendo las propias mujeres quienes, anticipando rechazo o discriminación, evitan ocupar el espacio público. Dado que el corpus reúne, hasta donde ha sido posible identificar, la totalidad de los materiales periodísticos multimodales sobre el VIH producidos en los últimos años por los principales medios de comunicación en España, esta ausencia no puede considerarse como una limitación metodológica, sino que sugiere un patrón de invisibilización debido a la existencia de barreras estructurales que limitan no solo el acceso a la palabra, sino también la posibilidad misma de ocupar un lugar en el espacio público desde el cual posicionarse discursivamente frente al estigma. ¿Dónde se encuentran las voces de las mujeres jóvenes que viven con el VIH? ¿Están presentes en otros formatos, espacios o registros testimoniales? Estas preguntas abren una línea de investigación pendiente sobre los mecanismos de silenciamiento y exclusión o autoexclusión que caracterizan la construcción pública del discurso sobre el VIH.

Bionota: Sara Bani è professoressa associata di Lingua, traduzione e linguistica spagnola presso l'Università degli Studi "G. D'Annunzio" Chieti-Pescara. Tra i suoi principali interessi di ricerca figurano il linguaggio dei giornali e quello dei nuovi ambienti digitali.

Recapito autore: sara.bani@unich.it

Bibliografía

- Beuthin R., Bruce A. and Sheilds L. 2014, *Storylines of Aging With HIV: Shifts Towards Sense Making*, in "Qualitative Health Research" 25 [5], pp. 612-621.
- Bühler K. 2011 [1934], *Theory of Language: The Representational Function of Language*, John Benjamins, Amsterdam.
- Carricaburu D. and Pierret J. 1995, *From Biographical Disruption to Biographical Reinforcement: The Case of HIV-Positive Men*, in "Sociology of Health & Illness" 17 [1], pp. 65-88
- Charlesworth D. 2003, *Transmitters, caregivers, and flowerpots: Rhetorical constructions of women's early identities in the AIDS pandemic*, in "Women's Studies in Communication" 26 [1], pp. 60-87.
- Charteris-Black J. and Seale C. 2010, *Gender and the Language of Illness*, Palgrave Macmillan, London.
- Chong J. and Kvasny L. 2007, *A Disease That 'Has a Woman's Face': The Social Construction of Gender and Sexuality in HIV/AIDS Discourses*, in "Intercultural Communication Studies" 16 [3], pp. 53-65.
- Davies B. and Harré R. 1990, *Positioning: The discursive productions of selves*, in "Journal for Theory of Social Behavior" 20 [1], pp. 43-63.
- Ducrot O. 1984, *Le Dire et le dit*, Les Editions de Minuit, Paris.
- Earnshaw V.A. and Chaudoir S.R. 2009, *From conceptualizing to measuring HIV stigma: a review of HIV stigma mechanism measures*, in "AIDS Behav" 13 [6], pp. 1160-1177.
- Eckert P. and McConnell-Ginet S. 1992, *Think practically and look locally: Language and gender as community-based practice*, in "Annual Review of Anthropology" 21, pp. 461-490.
- Emler C., Brennan D., Brennenstuhl S., Rueda S., Hart T. and Rourke S. 2015, *The impact of HIV-related stigma on older and younger adults living with HIV disease: does age matter?*, in "AIDS Care" 27 [4], pp. 520-528.
- Galasiński D. 2004, *Men and the Language of Emotions*, Palgrave, London and New York.
- Gilmore N. and Somerville M. 1994, *Stigmatization, scapegoating and discrimination in sexually transmitted diseases: Overcoming "them" and "us"*, in "Social Science & Medicine" 39 [9], pp. 1339-1358.
- Goffman E. 1963, *Stigma. Notes on the Management of Spoiled Identity*, Prentice-Hall, Englewood Cliffs, N.J.
- Harré R. and van Langenhove L. 1991, *Varieties of Positioning*, in "Journal for the Theory of Social Behaviour" 21 [4], pp. 393-407.
- Harré R. and van Langenhove L. 1999, *Positioning Theory: Moral Contexts of Intentional Action*, Blackwell Publishers, Oxford.
- Higgings C. and Norton B. (ed.) 2010, *Language and HIV/AIDS*, Multilingual Matters, Bristol, Buffalo, y Toronto.
- Hydén L. 1997, *Illness and narrative*, in "Sociology of Health & Illness" 19 [1], pp. 48-69.
- Jaworska S. and Ryan K. 2018, *Gender and the language of pain in chronic and terminal illness: A corpus-based discourse analysis of patients' narratives*, in "Social Science & Medicine" 215, pp. 107-114.
- Jungbluth K. and Da Milano F. (ed.) 2015, *Manual of Deixis in Romance Languages*, De Gruyter, Berlin y Boston.
- Kayı-Aydar H. 2019, *Positioning Theory in Applied Linguistics*, Palgrave Macmillan, London.
- Kowalewski M.R. 1988, *Double stigma and boundary maintenance: How Gay Men Deal with AIDS*, in "Journal of Contemporary Ethnography" 17 [2], pp. 211-228.
- Link B.G. and Phelan J.C. 2001, *Conceptualizing stigma*, in "Annual Review of Sociology" 27, pp. 363-385.
- Malcolm A., Aggleton P., Bronfman M., Galvão J., Mane P. and Verrall J. 1998, *HIV-related stigmatization and discrimination: its forms and contexts*, in "Critical Public Health" 8 [4], pp. 347-370.
- Ministerio de Sanidad 2024, *Vigilancia Epidemiológica del VIH y sida en España 2023: Sistema de Información sobre Nuevos Diagnósticos de VIH y Registro Nacional de Casos de Sida*, Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III/ División de control de VIH, ITS, Hepatitis virales y tuberculosis, Ministerio de Sanidad, Madrid. https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/docs/Informe_VIH_SIDA_2023_Nov_2024_def.pdf (14/07/2025).
- Nyblade L.C. 2006, *Measuring HIV stigma: Existing knowledge and gaps*, in "Psychology, Health & Medicine" 11 [3], pp. 335-345.
- Parker R. and Aggleton P. 2003, *HIV and AIDS-related stigma and discrimination: a conceptual framework and implications for action*, in "Social Science & Medicine" 57 [1], pp. 13-24.
- Scambler G. 2008, *Stigma and disease: changing paradigms*, in *The Lancet* 352, pp. 1054-1055.

- Scofield D. and Mosholm E. 2020, *HIV-related stigma and health-related quality of life in women living with HIV in developed countries: a systematic review*, in “AIDS care” 34 [1], pp.7-15.
- Sontag S. 1989, *AIDS and its Metaphors*, Penguin Books, New York.
- Treichler P. 1999, *How to have theory in an epidemic*, Duke University Press, Durham.
- UNAIDS 2024, *Fact sheet 2024. Global HIV statistics*. <https://www.unaids.org/sites/default/files/mediaasset/UNAIDSFactSheeten.pdf> (14/07/2025).

Apéndice - corpus

ID	Título	Fuente	Año
1	Tratamiento inyectable contra el VIH	ABC	2022
2	Este jueves 1 de diciembre se celebra el Día Mundial de la Lucha contra el Sida	ABC	2022
3	Con tratamiento el VIH no se transmite	ABC	2022
4	Abierta una vía para la curación funcional del SIDA tras el caso de una paciente	ABC	2022
5	Un 10% de los españoles no tendrían ninguna relación con alguien con VIH	ABC	2022
6	El Congreso acoge la X Jornada de Salud Pública sobre VIH	ABC	2022
7	Vivir con VIH	El País	2021
8	Día Mundial de la Lucha contra el Sida: Dos generaciones a través del VIH	El País	2024
9	VIH: una lucha de 40 años por la vida	EFE	2022
10	Iván Garrido nació con VIH: 'Mi historia puede ayudar a otros'	El Mundo	2022
11	María José: "Ser mujer con VIH te hace sentir más estigma"	EFE	2022
12	Médicos y pacientes cuentan cómo ha cambiado el VIH en estos 40 años	ABC	2021
13	Día mundial de la lucha contra el SIDA	ABC	2021
14	CESIDA avisa de que el Covid-19 pasará pero el VIH seguirá 'sin cura y sin vacuna	ABC	2020
15	VIH: Indetectable = Intransmisible	El Mundo	2021
16	No me moriré con el VIH	EFE	2024
17	VIH: un éxito de la ciencia, un fracaso social	Eldiario.es	2023
18	Cuatro décadas de VIH, de aprender a morir a aprender a vivir	Eldiario.es	2023
19	Oliver y el VIH	RNE Radio 5	2023
20	Viviendo con VIH	Informativos TVC	2021
21	Tercera persona que supera la infección por VIH	El País	2023