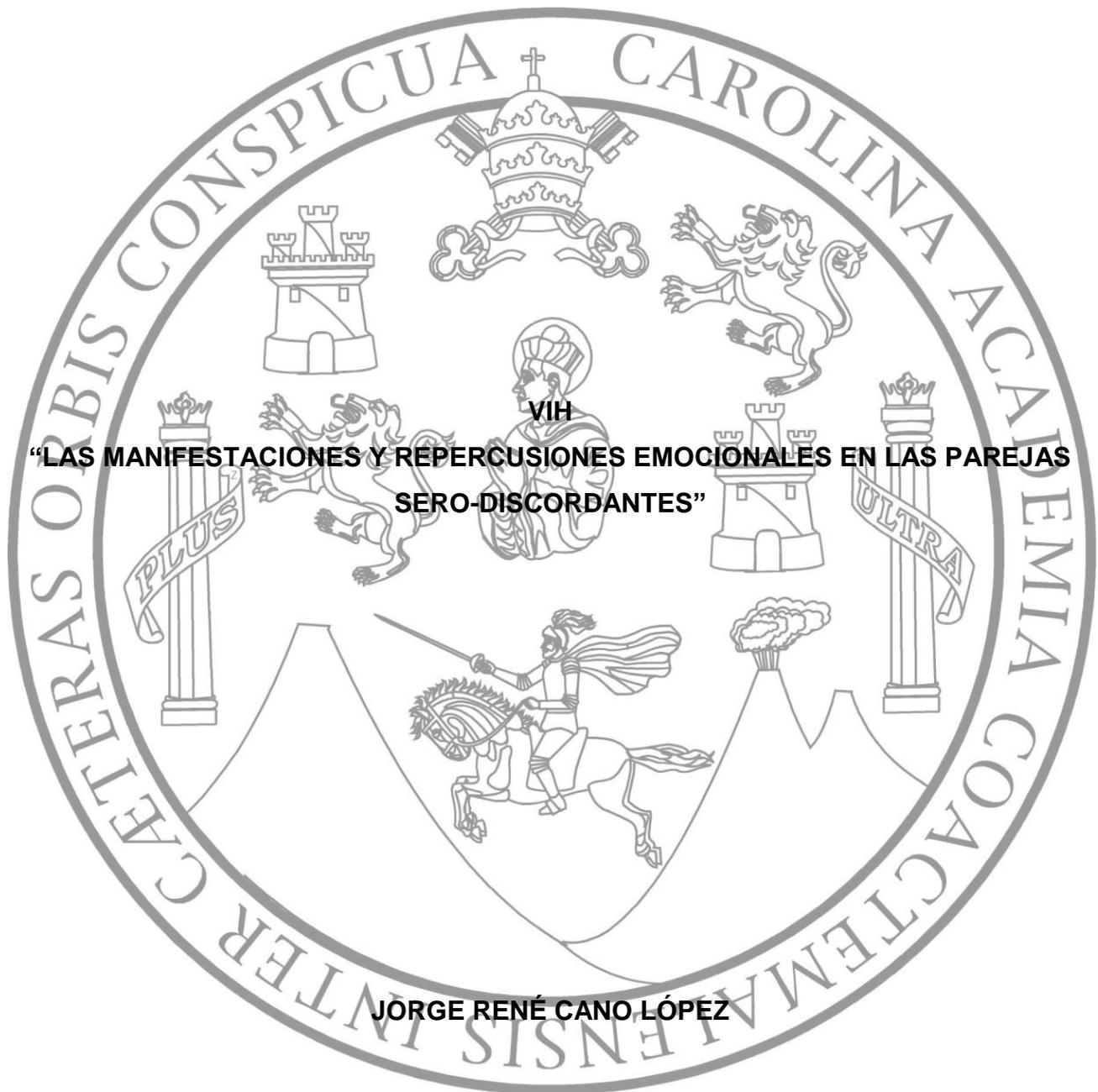


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
UNIDAD DE GRADUACIÓN
CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGÍA –CIEPs-
“MAYRA GUTIÉRREZ”



VII
“LAS MANIFESTACIONES Y REPERCUSIONES EMOCIONALES EN LAS PAREJAS
SERO-DISCORDANTES”

JORGE RENÉ CANO LÓPEZ

GUATEMALA, SEPTIEMBRE DE 2013

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
UNIDAD DE GRADUACIÓN
CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGÍA –CIEPs-
“MAYRA GUTIÉRREZ”**

**VII
“LAS MANIFESTACIONES Y REPERCUSIONES EMOCIONALES EN LAS PAREJAS
SERO DISCORDANTES”**

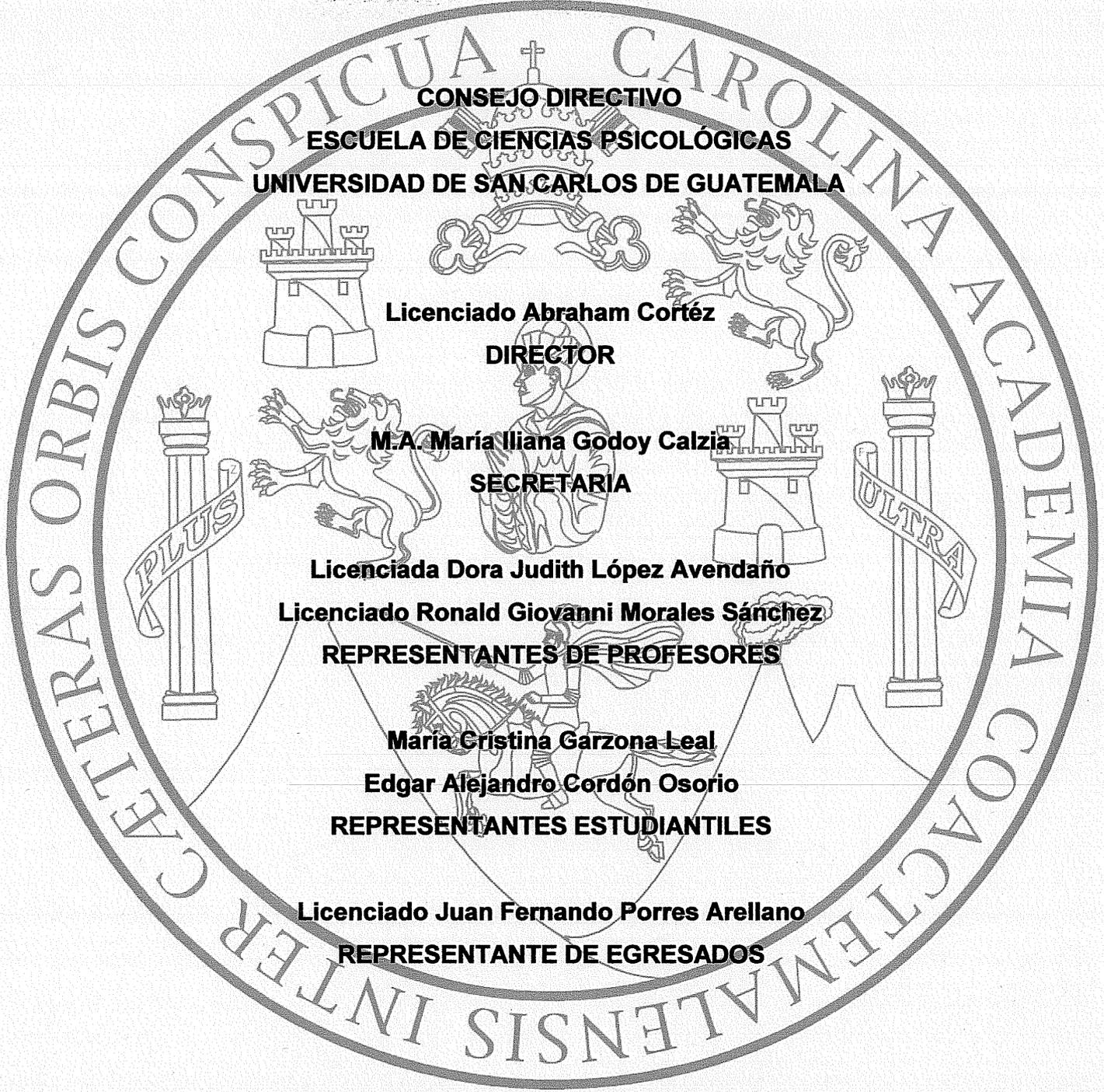
**INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN PRESENTADO AL HONORABLE CONSEJO
DIRECTIVO
DE LA ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS**

**POR
JORGE RENE CANO LOPEZ**

**PREVIO A OPTAR AL TÍTULO DE
PSICÓLOGO**

**EN EL GRADO ACADÉMICO DE
LICENCIADO**

GUATEMALA, SEPTIEMBRE DE 2013

The seal of the University of San Carlos of Guatemala is a large circular emblem. It features a central figure of a man in profile, likely a saint or scholar, surrounded by various symbols including a castle, a lion, and a column. The Latin motto "CETERAS ORBIS CONSPICUA CAROLINA ACADEMIA COACTEMALENSIS INTER" is inscribed around the perimeter. The text of the document is overlaid on this seal.

CONSEJO DIRECTIVO
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

Licenciado Abraham Cortéz
DIRECTOR

M.A. María Iliana Godoy Calzia
SECRETARIA

Licenciada Dora Judith López Avendaño

Licenciado Ronald Giovanni Morales Sánchez
REPRESENTANTES DE PROFESORES

María Cristina Garzona Leal
Edgar Alejandro Córdón Osorio
REPRESENTANTES ESTUDIANTILES

Licenciado Juan Fernando Porres Arellano
REPRESENTANTE DE EGRESADOS



C.c. Control Académico
CIEPs.
Archivo
Reg. 220-12
CODIPs. 1692-2013

De Orden de Impresión Informe Final de Investigación

23 de septiembre de 2013

Estudiante
Jorge René Cano López
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Estudiante:

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a usted el Punto VIGÉSIMO SEGUNDO (22º) del Acta TREINTA Y CUATRO GUIÓN DOS MIL TRECE (34-2013), de la sesión celebrada por el Consejo Directivo el 18 de septiembre de 2013, que copiado literalmente dice:

VIGÉSIMO SEGUNDO: El Consejo Directivo conoció el expediente que contiene el informe Final de Investigación, titulado: **“VIH LAS MANIFESTACIONES Y REPERCUSIONES EMOCIONALES EN LAS RELACIONES DE PAREJA SERO-DISCORDANTES”**, de la carrera de Licenciatura en Psicología, realizado por:

Jorge René Cano López

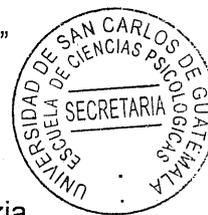
CARNÉ No.85-10641

El presente trabajo fue asesorado durante su desarrollo por el Licenciado Jorge Fernando Hernández Kiste y revisado por el Licenciado Estuardo Bauer Luna. Con base en lo anterior, el Consejo Directivo **AUTORIZA LA IMPRESIÓN** del Informe Final para los trámites correspondientes de graduación, los que deberán estar de acuerdo con el Instructivo para Elaboración de Investigación de Tesis, con fines de graduación profesional.”

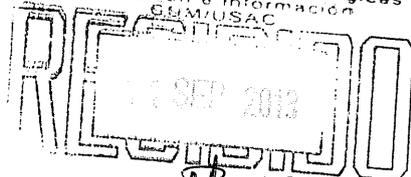
Atentamente,

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”

M.A. María Iliana Godoy Calzia
SECRETARIA



Gaby



CIEPs 639-2013
REG: 220-2012
REG: 220-2012

HORA 15:00 Registro: 220-12 INFORME FINAL

Guatemala 10 de septiembre 2013

SEÑORES
CONSEJO DIRECTIVO
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO

Me dirijo a ustedes para informarles que el Licenciado Estuardo Bauer Luna ha procedido a la revisión y aprobación del **INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN** titulado:

“VIH LAS MANIFESTACIONES Y REPERCUSIONES EMOCIONALES EN LAS RELACIONES DE PAREJA SERO-DISCORDANTES.”

ESTUDIANTE:
Jorge René Cano López

CARNÉ No.
85-10641

CARRERA: Licenciatura en Psicología

El cual fue aprobado por la Coordinación de este Centro el 09 de septiembre del presente año y se recibieron documentos originales completos el 10 de septiembre, por lo que se solicita continuar con los trámites correspondientes para obtener ORDEN DE IMPRESIÓN

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”

X

M.A. Mayra Friné Luna de Álvarez
COORDINADORA, UNIDAD DE GRADUACIÓN
Centro de Investigaciones en Psicología CIEPs. “Mayra Gutiérrez”



c.c archivo
Arelis

CIEPs. 640-2013
REG 220-2012
REG 220-2012

Guatemala, 10 de septiembre 2013

**SEÑORES
CONSEJO DIRECTIVO
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS”
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO**

De manera atenta me dirijo a ustedes para informarle que he procedido a la revisión del INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN, titulado:

**“VHI LAS MANIFESTACIONES Y REPERCUSIONES EMOCIONALES EN LAS
RELACIONES DE PAREJA SERO-DISCORDANTES.”**

**ESTUDIANTE:
Jorge René Cano López**

**CARNÉ No.
85-10641**

CARRERA: Licenciatura en Psicología

Por considerar que el trabajo cumple con los requisitos establecidos por el Centro de Investigaciones en Psicología, emito **DICTAMEN FAVORABLE** el 19 de agosto del año en curso, por lo que se solicita continuar con los trámites respectivos.

Atentamente,

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”


**Licenciado Estuardo Bauer Luna
DOCENTE REVISOR**



Areli./archivo

Guatemala, 16 de agosto de 2,013

Licenciada
Mayra Luna de Álvarez
Coordinadora de la Unidad de Graduación
Centro de Investigaciones en
Psicología CIEPs. "Mayra Gutiérrez"
CUM

Estimada Licenciada Álvarez:

Por este medio me permito informarle que he tenido bajo mi cargo la asesoría de contenido del Informe Final de Investigación titulado VIH "Las manifestaciones y repercusiones emocionales en las relaciones de pareja sero-discordante" realizado por el estudiante JORGE RENÉ CANO LÓPEZ, CARNÉ 85-10641.

El trabajo fue realizado a partir DEL 31 DE MAYO DEL 2,012 HASTA EL 16 DE AGOSTO DEL 2,013.

Esta investigación cumple con los requisitos establecidos por CIEPs por lo que emito DICTAMEN FAVORABLE y solicito se proceda a la revisión y aprobación correspondiente.

Sin otro particular, me suscribo,

Atentamente,



Licenciado Jorge Fernando Hernández Kiste

Psicólogo
Colegiado No. 057
Asesor de contenido

Lic. Jorge F. Hernández K.
Psicólogo
Colegiado No. 057



SUB.DIR 049/2013

Antigua Guatemala 13 de marzo de 2013

Licenciada
Mayra Luna de Álvarez
Coordinadora Centro de Investigación de Psicología
-CIEPs- "Mayra Gutiérrez"
Escuela de Ciencias Psicológicas
CUM

Licenciada Luna:

Le manifiesto un atento y cordial saludo deseándole éxitos al frente de sus labores.

Por este medio le informo que el estudiante JORGE RENE CANO LÓPEZ, carné No. 85-10641 realizó en esta Institución cincuenta y un (51) cuestionarios de opinión por medio de entrevistas a pacientes de la Unidad de Atención Integral y setenta y un (71) cuestionarios de opinión en Consulta Externa como parte del trabajo de Investigación titulado: "VIH LAS MANIFESTACIONES Y REPERCUSIONES EMOCIONALES EN LAS RELACIONES DE PAREJA SERO-DISCORDANTES", en el periodo comprendido del 07 de enero al 07 de marzo del año 2013, en horario de 07:00 a.m a 12:00 del medio día.

El estudiante en mención cumplió con lo estipulado en su proyecto de Investigación, por lo que agradecemos la participación en beneficio de esta Institución.

Sin otro particular me suscribo atentamente,




DR. LUIS ENRIQUE CUYUN DE LEON
SUB-DIRECTOR MEDICO

PADRINOS DE GRADUACIÓN

MARIO ERNESTO BARRIOS MARROQUÍN

MÉDICO Y CIRUJANO

COLEGIADO 8032

JORGE FERNANDO HERNÁNDEZ KISTE

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

COLEGIADO 057

ACTO QUE DEDICO

A:

**La Santísima Trinidad,
Dios Padres, Dios Hijo y
Espíritu Santo:**

Por su protección y bendición en darme la vida para ver este triunfo, por estar presente y sostenerme en cada momento.

Virgen María:

Ejemplo de virtud, bondad y humildad.

Mi Madre:

Por el esfuerzo incansable por haber sido para mí un modelo a seguir, por el apoyo emocional, moral y respaldo económico en los momentos difíciles.

Mi Padre:

Por darme la vida, que Dios lo tenga en su gloria.

Mi Familia Materna:

Por su presencia y consejos para la vida en especial, a mis abuelitos Candelario (+) y Felicita de López (+), mi tía María Margarita, hija, nieta, bisnietos.

Las Familias:

Barrios Marroquín, Apel Barrios, Barrios Valladares, Gonzáles Grazioso, en especial a Ing. Rainer Apel (+), mis padrinos Blanca Alicia Marroquín Castillo (+) y José Luis Barrios Marroquín (+), por sus rogativas a Dios en beneficio de mi persona.

Mis compañeros de estudios y amigos:

Por su incondicional cariño y apoyo, los que están y los que ya se adelantaron a la gloria del señor.

Mi patria:

Guatemala de la Asunción, tierra que me vio nacer y Chiantla, Huehuetenango que vio nacer a mis padres.

AGRADECIMIENTOS

Universidad de San Carlos de Guatemala y Escuela de Ciencias Psicológicas

Fuentes de conocimiento donde adquirí mi formación profesional.

Centro de Salud El Milagro “El Hospitalito” y profesionales que lo conforma

Centro de práctica donde recibí el apoyo necesario para formarme como profesional y terminar mi carrera.

Hospital Nacional “Pedro de Bethancourt” San Felipe de Jesús, Antigua Guatemala

Por abrir las puertas para llevar a cabo mi proyecto de investigación.

Unidad de Atención Integral del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt y profesionales que lo conforma

Por brindar el espacio necesario para la culminación de mi proyecto.

Licenciado Jorge Hernández Kiste

Por la amistad, apoyo, comprensión y contribución en la asesoría de esta investigación. Principalmente por haber servido como guía en mi formación profesional.

Asociación Salesiana Don Bosco

Por darme la oportunidad de culminar esta meta y haberme brindado la confianza de pertenecer a esta institución, para ser una persona productiva al servicio de la comunidad salesiana.

Compañeros de trabajo

Por su apoyo incondicional

Licenciados Glenda Aracely Sosa, Meli Cárcamo y Estuardo Bauer

Por su contribución en la elaboración de esta investigación.

ÍNDICE

Págs.

RESUMEN

PRÓLOGO

CAPÍTULO I INTRODUCCIÓN

1.1	Planteamiento del problema	3
1.2	Marco teórico	
1.2.1	Antecedentes	5
1.2.2	Generalidades respecto al VIH/SIDA	7
1.2.3	Actividades de riesgo y alto riesgo	10
1.2.4	Las opciones sexuales en la era del SIDA	11
1.2.5	Conducta peligrosa	12
1.2.6	Sexualidad y madurez personal	14
1.2.7	Responsabilidades frente al anonimato	15
1.2.8	Sexualidad y VIH	16
1.2.9	El impacto psicológico del VIH	17
1.2.10	Relaciones de pareja y VIH	23
1.2.11	Parejas sero-discordantes	25
1.2.12	Reacciones emocionales y repercusiones en las parejas Sero-discordante	27
1.2.12.1	Cómo decir que se es sero positivo a la pareja	29
1.2.12.2	Impacto psicológico relevante en la relación de pareja sero-discordante	31

1.2.13 Directrices para el tratamiento y la prevención en parejas Sero-discordante	31
1.2.14 El vacío existencial en la relación de parejas Sero-discordante	33
1.2.3 Hipótesis	36
1.2.4 Delimitación	36
CAPÍTULO II TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	
2.1 Técnicas	37
2.2 Instrumentos	38
CAPÍTULO III PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	
3.1 Características del lugar	41
3.2 Características de la población	44
3.3 Análisis de resultados	56
CAPÍTULO IV CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
4.1 Conclusiones	65
4.2 Recomendaciones	66
BIBLIOGRAFÍA	69
ANEXOS	71

RESUMEN

“VIH. LAS MANIFESTACIONES Y REPERCUSIONES EMOCIONALES EN LAS PAREJAS SERO-DISCORDANTES”

Jorge René Cano López

Esta investigación buscó identificar las manifestaciones y repercusiones emocionales de las parejas sero-discordantes pacientes de la Clínica Integral del Hospital Nacional Pedro de Betancourt ubicado en Ciudad Vieja Antigua Guatemala, debido a que cuando las personas son diagnosticadas con VIH tienen diversas reacciones; así como consecuencias en sus relaciones de pareja. Cuando una persona mantiene una relación con una persona con VIH, ésta se enfrenta con la necesidad de asumir cómo va a vivir la infección, tanto en la intimidad como fuera de ella, por consiguiente se hace necesario conocer sus reacciones emocionales a nivel individual y en pareja.

El objetivo general de este trabajo fue identificar el tipo de reacción emocional que enfrenta la persona diagnosticada con VIH en el manejo de una relación de pareja, y los objetivos específicos fueron: distinguir el tipo de reacción existente ante el diagnóstico de VIH y qué lo motiva a actuar de una manera específica en forma individual y en pareja; constatar la forma de abordaje al decir u ocultar el diagnóstico positivo ante una pareja estable o nueva y los sentimientos que esto conlleva; los cuales surgieron de interrogantes ¿Cómo afronta una persona el diagnóstico sero positivo, ante una relación de pareja? ¿Cuáles son los sentimientos que se encuentran inmersos en una relación de pareja al momento de recibir el diagnóstico de VIH? ¿Cuáles son las posibles reacciones o manifestaciones que recibe por parte de su pareja si la tuviera en el momento de indicar su diagnóstico?

El trabajo de campo se realizó con una muestra no aleatoria de 67 pacientes, comprendidos entre las edades de 24 a 35 años, la investigación fue de tipo cuantitativo y para llevarla a cabo se manejó como técnica la observación directa y la entrevista, como instrumentos guía de observación, guía de entrevista semi estructurada para pacientes VIH positivos y un cuestionario de opinión de preguntas abiertas para pacientes de consulta externa del a la del Hospital Pedro de Bethancourt. Al concluir el trabajo de campo se hizo el análisis estadístico el cual se dividió en dos partes: la primera consistió en la revisión de las entrevistas y la tabulación de datos por cada categoría correspondiente, como educación sobre el VIH/SIDA, estado emocional; percepción de la relación entre parejas; conocimiento de métodos anticonceptivos y expectativas de vida; la segunda por elaboración de tablas y gráficas de barras por ser una investigación descriptiva las cuales mostraron las generalidades de la población, se logró obtener información sobre las reacciones emocionales de los pacientes ante el VIH/SIDA, así como sus manifestaciones y repercusiones emocionales ante una relación de pareja.

PRÓLOGO

Al abordar lo relativo a la investigación de “Las manifestaciones y repercusiones emocionales en las parejas sero-discordantes”, se partió de hacer presencia en la Clínica Integral del Hospital Pedro de Betancourt en horario de 7:00 a 12:00 horas, horarios de ingreso y egreso, período que sirvió para indagar por medio de la observación no participativa y participativa las actitudes de los pacientes en su medio ambiente, con el propósito de identificar las diferentes reacciones e interrelaciones con las personas que los acompañan y los demás pacientes, así como sus comportamientos en horarios de citas, en base a esto se realizó una selección de 33 pacientes con diagnóstico positivo de VIH para ser la muestra de estudio.

Se realizó un análisis profundo de los antecedentes existentes sobre el VIH/SIDA y sus generalidades, así como de la existencia de este problema en Guatemala y en el Hospital en general; su influencia en las reacciones emocionales de los pacientes y sus parejas durante el trabajo de campo, para lo que fue de vital importancia la información extraída de las observaciones de los pacientes en su medio ambiente. Además durante el trabajo se realizó una entrevista semi estructurada administrada individualmente a los pacientes que constan de 17 ítems de fácil resolución con el objetivo de obtener información sobre las formas en que se manifiestan los pacientes con el diagnóstico positivo y las repercusiones de éste en su relación de pareja, así como de su concepción del fenómeno y la forma en que lo han adoptado en su cotidianidad.

Otro aspecto que se abordó durante la entrevista fue el conocimiento que los pacientes tienen acerca de los métodos anticonceptivos y del medicamento TRUVADA como métodos de prevención de menor contagio tras mantener relaciones sexuales con su pareja, debido a que está comprobado que la evolución y pronóstico de la infección por VIH en la actualidad está relacionado con la terapia antirretroviral de alta eficacia y el reconocimiento de los derechos de las personas, los cuales plantean nuevos dilemas en el tema en parejas sero-discordantes.

Con el fin de obtener información acerca de la percepción sobre las personas con VIH de personas no positivas se realizó un cuestionario de opinión que incluyó 33 ítems que se paso individualmente a personas que no asisten a la clínica pero que son pacientes de otras áreas dentro del Hospital.

Las experiencias que se vivenciaron durante el desarrollo del trabajo de campo permitieron observar la existencia de una serie de manifestaciones que los pacientes positivos adoptan como mecanismos de defensa; negación, frustración, tristeza, ira para sobrellevar la enfermedad, las cuales influyen directamente en su conducta, psiquis, familia y sociedad; así como de la perspectiva que tienen las personas no infectadas, las cuales en su mayoría revelaron preocupación de estar en una situación semejante, debido al escaso conocimiento que poseen, confirmando que en nuestra sociedad el tema es de suma importancia porque sigue siendo un tabú.

Dentro de los alcances obtenidos se logró concientizar a los pacientes positivos, personal administrativo, médico y personas que asisten a otros servicios del hospital sobre la necesidad de recibir capacitación sobre el tema y que su abordamiento es multidisciplinario debido a que un mayor conocimiento aumenta las probabilidades de manejar adecuadamente la condición, de generar pronósticos efectivos, en calidad de vida de los pacientes, así como en prevención.

Jorge René Cano López

CAPÍTULO I

I. INTRODUCCIÓN:

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

La clínica integral del Hospital Nacional Pedro de Betancourt fue diseñada con el objetivo de brindar consejería, exámenes, pruebas rápidas del VIH y tratamiento para hombres y mujeres que han tenido una relación de riesgo y que su diagnóstico llega a ser sero-positivo. En el proceso de evaluación, diagnóstico y consejería la persona que solicita el servicio regularmente va sola o a veces acompañada de un amigo pero se observa que nunca o casi nunca van acompañados de un familiar o de la pareja cuando la tienen, por lo que al salir de la clínica con un diagnóstico de sero-positividad se observó durante la investigación que la autoestima y sentido de vida se dañan y que en ese momento las personas carecen de las herramientas necesarias para enfrentar el tema en todos los ámbitos en que se desenvuelven, familia, pareja y sociedad, durante el estudio muchos de los pacientes diagnosticados de VIH manifestaron tener temor a la reacción de las personas que componen sus diferentes círculos, *miedo al qué dirán*.

El problema de actitud ante un diagnóstico de VIH es la incertidumbre y el temor a ser descubierto debido a la discriminación existente, los pacientes tratan de justificar, entender y encontrar una causa, para que sea aceptada esta nueva condición de vida sin que sean juzgados, postura que un individuo sero-negativo no acepta y excluye de igual manera, creándole a la persona con diagnóstico positivo, ideas equivocadas ante su sexualidad y la muerte, por lo que prefieren romper los lazos de una relación y aislarse de todo a su alrededor.

La poca información y educación sobre el VIH no los deja ver que esta enfermedad no es en la actualidad una limitante, no saben que es posible realizar un nuevo proyecto de vida en base a su nueva condición. Pero se evidencia que uno de los pensamientos más difíciles de asumir y volver a experimentar es la relación sexual

con su pareja, quién a su vez puede tener miedo de infectarse evitando situaciones de intimidad lo que afecta de manera directa el deseo sexual de ambos.

Uno de las dificultades principales ante el diagnóstico del VIH, es la perspectiva de sentencia de muerte, porque implica el desarrollo de una serie de nuevas habilidades y capacidades por parte de la persona que es diagnosticada y de su pareja, lo cual se confirmó durante la investigación ya que la mayoría de pacientes evidenció tener pocas expectativas del futuro no sólo en pareja sino también a nivel individual.

Según Engelmajer, Luicen J., la pérdida del anonimato, la afirmación de una identidad seropositiva, la acción a rostro descubierto, el compromiso de no contagiar de ningún modo va en contra de las ideas generalmente emitidas por nuestras sociedades.

La segregación y la discriminación en la mayor parte de casos es la forma de actuar de las sociedades que prefieren ignorar, marginar y no ocuparse del problema, causando una condición estresante a través del anonimato en los pacientes, esta actitud deja a la persona con diagnóstico positivo, aislado, solo y sin apoyo, por consiguiente los pacientes, no afrontan esta situación en forma positiva y pierden las ganas de vivir, de luchar, la esperanza como camino, el entorno y el comportamiento de este entorno.

La idea de abordar el tema sobre las manifestaciones y repercusiones emocionales en las parejas sero-discordante surge de este anonimato que deja al individuo diagnosticado con VIH aislado, solo, sin apoyo de grupo ni de la sociedad, ya que éstos consideran que llevan consigo la vergüenza, la culpabilidad, el miedo a ser descubierto sintiéndose obligado por la necesidad de vínculos a un comportamiento que facilita el contagio de la persona más cerca a él, su pareja; así como también le expone a relaciones ocasionales, por miedo a decir la verdad, justificándose en su actuar como un medio de actitud auto destructiva; por todo lo anterior al inicio de la

investigación surgieron las siguientes interrogantes: *¿Cómo afronta una persona el diagnóstico de sero-positivo?, ¿Qué repercusiones de identidad se encuentra inmerso en el momento de recibir el diagnóstico de VIH?, Cuáles son las posibles reacciones o manifestaciones que recibe por parte de su pareja, en el momento de indicar su diagnóstico?, ¿Cómo reafirmar la confianza para enfrentar el diagnóstico ante la pareja estable o la nueva pareja?, ¿Cómo enfrentan las parejas el diagnóstico de VIH?*

La importancia de que se investigue este tema se da porque las parejas discordantes deben de ser orientadas en un adecuado proceso de reflexión y educación al respecto de su sexualidad, "ONUSIDA en el 2010 en Guatemala reportó 10 mil nuevos casos de pacientes con el virus de VIH," y otras estadísticas a nivel mundial reportan el incremento de personas diagnosticadas a consecuencia de conductas de riesgo,"¹ Es necesario puntualizar que en este país, treinta años después de haber sido diagnosticada la primera persona con VIH, esta enfermedad va en aumento afectando las distintas sociedades independiente de la preferencia sexual de cada uno.

Discutir sobre enfermedades terminales es despertar los temores de las mismas raíces de nuestra condición humana, el miedo a lo desconocido, por lo tanto es valioso descubrir el sentido de existencia ante una situación de sufrimiento.

1.2. MARCO TEÓRICO

1.2.1 Antecedentes:

Las investigadoras, Adela González e Isabel de la Cruz en la Investigación titulada "**REACCIONES EMOCIONALES DE LA PERSONA VIH...**", concluyeron que "las reacciones emocionales más frecuentes que presentan las personas infectadas por el virus del VIH son: *negación, tristeza, llanto, frustración, desesperación, temor, timidez, pasividad, inestabilidad emocional, inseguridad, cólera; siendo las más*

¹ ONUSIDA. Información sobre VIH y SIDA. Revista Uniendo al Mundo. 2010. Capítulo I, P. 1.

*significativas: Incredulidad, sentimientos de huida, aislamiento, evasión sentimientos de culpa y vergüenza, desconsuelo, temor al rechazo, inseguridad e incertidumbre respecto al futuro laboral, económico y familiar como medio de evitar el dolor.*² Dadas las condiciones que anteceden, estas reacciones son evidentes en los pacientes que formaron parte de la muestra de dicha investigación.

Una de las investigaciones realizadas en El Centro de Capacitación y Apoyo Sexológico Humanista (CECASH) A. C., de la ciudad de México; organización de la sociedad civil (OSC), se basa en la teoría humanista y se encaminan a apoyar a aquellas personas que desean empoderarse, es decir tomar el control de su vida en sus manos; se oriento en el estudio titulado “Las posibilidades de las parejas sero-discordantes ante el VIH-SIDA” en la posibilidad de que dos personas homosexuales deciden compartir sus vidas y tienen que considerar que por lo menos uno de ellos viva con VIH/SIDA. Esta posibilidad crece a medida que más personas seropositivas sobreviven con buena calidad de vida gracias a los medicamentos antirretrovirales y cualquiera puede verse involucrado en una pareja discordante.

En el estudio “prevención en parejas sero-discordante” de la FUNDACIÓN HUESPED (en acción contra el SIDA) en Buenos Aires Argentina, 2001 actualiza en el año 2009; el objetivo del estudio de esta guía se basó en la prevención y ayuda en el manejo de las relaciones de pareja, elaborado con ayuda de parejas sero-discordantes planteándose para su propio beneficio la guía para cuidarse en pareja.

En la publicación efectuada por la Licenciada Paula R. Bilder; con afiliación institucional IEC (Instituto de Estudios Sociales de la ciencia y la Tecnología) Universidad de Quilmes, con el título “VIH-SIDA y Parejas sero-discordantes: Una aproximación a las percepciones y prácticas de los miembros seronegativos, orientada a explorar las transformaciones que vivencia los miembros negativos de las parejas

² Gonzáles, Adela y María Isabel de la Cruz. Reacciones Emocionales de la Persona con VIH adultos de ambos sexos, ante el desconocimiento de su infección. Tesis: Escuela de Ciencias Psicológicas, USAC, Guatemala, 2010. P. 66.

sero-discordantes desde que se enteran que su pareja convive con VIH-SIDA; concluyo: Esta nueva “normalidad” vivencia cierta disolución de su propio yo y una pérdida de autonomía, ya que la persona que convive con VIH-SIDA es quien dispone los tiempos y necesidades de la pareja, quedando las del no infectado relegadas o bien directamente invisible. Los individuos no portadores del virus del VIH necesitan construir una nueva normalidad en torno a su cuerpo y las posibilidades de infectarse.

La pareja de una persona que convive con VIH-SIDA es una condición individual, pero el imaginario social iguala a ambos miembros de la pareja sero-discordante a tal punto que sin tener la presencia del virus en su cuerpo, los miembros negativos igualmente padecen las consecuencias de la enfermedad, lo cual se evidenció en la investigación porque la mayoría de pacientes positivos no llegaban a sus citas acompañados de su pareja y rara vez lo hacían por un familiar.

Para los propósitos de esta investigación los resultados anteriores sirvieron como aporte documental para fundamentar y ampliar los conocimientos del tema que se investigó.

1.2.2 Generalidades respecto al VIH/SIDA:

“El virus de inmunodeficiencia humana VIH infecta las células del sistema inmunológico principalmente las células T CD4 positivas y los macrófagos, componentes clave del sistema inmunológico celular que destruye o daña su funcionamiento. La infección por este virus provoca un deterioro progresivo del sistema, lo que deriva en inmunodeficiencia, o sea que no puede cumplir su función de combatir las infecciones y las enfermedades conocidas como infecciones oportunistas.

El síndrome de inmunodeficiencia adquirida SIDA es la deficiencia del sistema inmunológico que resulta de la infección por el VIH.”³ Ante la situación planteada, la

³ ONUSIDA. Información sobre VIH y SIDA. Revista Uniendo al Mundo. 2010. Capítulo I, P. 2.

deficiencia inmunológica dificulta el combate de ciertas infecciones que son causantes del SIDA.

Al inicio de la enfermedad la persona infectada no lo sabe debido a que los síntomas no se manifiestan inmediatamente y puede desarrollarlos después de 10 años, sin embargo, algunos pacientes desarrollan el síndrome retroviral agudo que causa fiebre, erupciones, dolor articular e inflamación de los nódulos linfáticos; las etapas clínicas son: infección primaria, etapa clínica I (portador sano o asintomático), II (Síndrome de la linfadenopatía (SLA)), III (El complejo relacionado con el SIDA) y IV (El SIDA o SIDA manifiesto o completo, con células T CD4 menor de 200 mm cúbico.) El virus se encuentra en fluidos como la sangre, semen, fluidos vaginales y leche materna, se transmite por relaciones sexuales sin protección, exposición a sangre infectada, transmisión o infección por secreciones vaginales y por vía materno infantil.

Existen diversas formas de prevención como el uso correcto del condón en cada relación sexual, retraso del comienzo de las relaciones sexuales, reducción del número de parejas sexuales, someterse a pruebas de ITS y de ser positivas tratarlas, no usar drogas inyectables, el PPE profilaxis post exposición por la infección por el VIH.

Las pruebas de VIH detectan anticuerpos que produce el sistema inmunológico en respuesta al virus, dentro de ellas se encuentra la prueba Elisa y la prueba comprobatoria Western Blot. El sistema inmunológico produce anticuerpos como respuesta a una infección; dichos anticuerpos tardan tres meses en desarrollarse y en algunos casos puede tardar hasta 10 meses. Existe un periodo llamado silente, las donde las personas con VIH no tienen en su sangre anticuerpos que puedan detectarse mediante una prueba, sin embargo puede que los niveles en los flujos corporales sean altos y puedan transmitir el virus. El tratamiento es por medio de retrovirales que no curan la infección pero si previene que se desarrolle el SIDA, pueden evitar que el virus se siga reproduciendo en el cuerpo, por lo que deja de dañar el sistema inmunológico, esta terapia se combina con tres o más medicamentos para evitar que el virus se

adapte e intente mutar para que estos dejen de ser efectivos, los diferentes tipos de medicamentos son: inhibidores nucleósido de la transcriptasa inversa, inhibidores de la transcriptasa inversa no análogos de los nucleósidos, inhibidores de la proteasa y los que obstaculizan otras etapas del ciclo vírico.

Perfil epidemiológico de Guatemala según estimaciones y proyecciones con respecto al VIH.		
Variables	2010	2015
Población adulta con VIH	62,775	83,526
Niños/as de 0-14 con VIH	2,930	3,726
Población Total con VIH	65,705	3,726
Nuevas Infecciones de VIH	7,553	8,908
Población Adulta con VIH y necesita TARV	14,694	22,650
Niños/as de 0-14 años con VIH y necesita TARV	2,209	2,675
Población total con VIH y necesita TARV	16,903	25,325
Embarazadas con VIH que necesitan TARV	2,002	2,410

Fuente: Revista uniendo al mundo contra el sida ONUSIDA GUATEMALA, (s.p.i.), 2010

“Según estimaciones de ONUSIDA, alrededor de 14 millones de personas cumplen los requisitos para recibir tratamiento antirretroviral. Sin embargo, a finales de 2011 sólo 6,6 millones de personas recibían esos medicamentos vitales.”⁴ Es evidente en estos datos una relación directa con la condición socioeconómica de las personas donde una persona con mayores ingresos goza de un mejor estado de salud que aquellos de condición socioeconómica baja, que crea la necesidad de optimizar los esquemas retrovirales para las personas sero-positivas, esencial en su adherencia, que le permitirá una mejor calidad de vida.

⁴ ONUSIDA. Guatemala/Información estratégica de país. Guatemala, 2010. Disponible en www.onusida.org.gt. P. 3.

El Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida SIDA, es el resultado de un proceso infeccioso, transmitido por el VIH. Constituye además, un largo proceso de deterioro del organismo humano, que destruye el sistema inmunológico. René Bel, da a conocer que “el virus tan pronto entra al organismo humano, ataca al sistema nervioso central, el cerebro y la médula espinal. Aún antes de inutilizar a las células T4 encargadas de controlar el sistema de inmunidad y defensa que el cuerpo posee para luchar contra las infecciones, convierte a dichas células en sus aliadas, diseminando la enfermedad a través de todo el organismo. El virus destruye las células del cerebro causando un deterioro mental progresivo. Todos los órganos importantes son blancos de este virus mortal. El virus muta 1,000 veces más rápido que los genes hasta entonces conocidos. Otra característica es que una vez dentro del cuerpo nunca permanece inactivo, sino que desde el principio se mantiene mutando y replicándose, constantemente a través de todas las fases de la enfermedad.

1.2.3 Actividades de riesgo y alto riesgo:

“El grupo de riesgo es una predisposición mental, se creía remotamente que esta incidencia sólo afectaba a trabajadoras del sexo, homosexuales y drogadictos, si tomamos esta premisa con hincapié la mayor incidencia del VIH es en éstos grupos”⁵, sobre la base de la consideración anterior hace suponer que mientras se sea heterosexual y no adicto a las drogas no tendrá que preocuparse aunque sea promiscuo, lo cual llega a ser un constructo equivocado, comprobado en esta investigación porque un gran porcentaje de pacientes tiene relaciones con sus parejas sin usar condón, siendo esta una clara conducta de riesgo.

Dentro de las actividades de alto riesgo se encuentran las transfusiones sanguíneas, sexo anal sin protección, sexo entre parejas homosexuales con protección y sexo urogenital y las de riesgo serían: la lactancia materna, sexo anal con

⁵ Irwin, Alexander, et.al. *SIDA GLOBAL. VERDADES Y MENTIRAS*. 6ta. Edición. Trad. Fernando Águilar. Editorial PAIDOS. España, 2004. P. 63.

preservativo, sexo entre parejas heterosexuales con preservativo y sexo urogenital con preservativo.

1.2.4 Las opciones sexuales en la era del SIDA:

Se sabe que la enfermedad del SIDA toca las raíces de cualquier persona, el miedo a lo desconocido, a la sangre, al sexo, a la enfermedad, al desamparo abandono y soledad, son temores que no son del todo irracionales porque el SIDA no tiene cura.

La falta de educación sobre el SIDA provoca en un gran porcentaje de la sociedad actos de intolerancia, discriminación, insensibilidad, destrucción, estigmatización, sólo el reconocimiento de la dignidad de los demás nos permite conservar nuestra propia dignidad humana.

Las opciones sexuales en la era del SIDA requieren tomar decisiones responsables acerca de nuestro comportamiento sexual; “una de ella es la abstinencia, no es lo mismo elegir la abstinencia como acto mental y ser abstinentes completo como acto de comportamiento, cuando se toma esta decisión con respecto al SIDA el denominador común es el miedo,”⁶ según se ha visto el hecho de descubrir que se es portador del virus del VIH es atemorizante, la toma de decisiones para combatir los miedos es obtener tanta información como sea posible sobre la enfermedad.

El sexo seguro es una opción donde hay una combinación de circunstancias entre las que cabe mencionar que ninguno de los compañeros haya tenido contactos sexuales anteriores, la preocupación con respecto a esto sería lo siguiente, como tener la certeza sobre si la pareja está diciendo la verdad con respecto a su pasado sexual, debido a que a las personas les es más fácil contar sobre sus decepciones que la revelación de la historia ya que podría ser el fin de la relación o cuando menos quebrantar gravemente la confianza en la misma. Los análisis de anticuerpos en periodos de seis meses con abstinencia es lo que nos permite una mayor confiabilidad

⁶ Bel, René. SIDA: Vida y Familia. Editorial Casa del Libro. España, 1998. P. 2.

en el sexo ya que la apariencia física no nos da esa seguridad; las parejas probablemente no estén dispuestas a abstenerse de la actividad sexual porque sería fácil según ellos perder la pasión reemplazándola con la precisión fría y calculadora, por lo mismo a veces ocultan deliberadamente esta información o niegan la exactitud del informe o bien como esto se basa en la confianza, como estar seguro que la pareja será monógama después de la prueba; nuevamente encontramos que la razón es el miedo a perder a la pareja, y si a esto se le suma que el condón en aspectos de seguridad es un método que nunca ha sido infalible.

“La revolución sexual se basa en el comportamiento, la pregunta es si este cambio es suficiente para disminuir el riesgo, existe un grado de fatalismo si tiene que suceder, sucederá, existe la convicción que no debe repudiarse la propia identidad sexual mediante la abstinencia, es posible que las actitudes sirvan la mayor parte del tiempo para disfrazar el temor, pero este mismo temor incrementa el sentido de emoción de entregarse a lo que es prohibido, como un episodio casi maniático de actividad sexual.”⁷ Lo que resalta esta cita es la necesidad de orientar a los pacientes sobre el valor de su dignidad y de dirigir su vida hacia el respeto de sí mismo y de sus semejantes sin vulnerar su existencia.

1.2.5 Conducta peligrosa:

La lucha por la justicia, la magnitud de las desigualdades, la vulnerabilidad, la amenaza y la devastación son formas de promover la concientización y fomentar la actividad solidaria en respuesta al SIDA.

El SIDA no amenaza sólo a personas, sino a sociedades enteras y a la idea misma de un orden mundial basado en el respeto, la dignidad y los derechos humanos. La forma en que se propaga el VIH no es un misterio y la única forma de detener esta propagación es renunciar a las relaciones promiscuas; pero ésta continúa debido a que

⁷ Master, William, et al. Las opciones sexuales en la era del SIDA, más allá de la revolución sexual. Editorial Diana. México, 1989. P. 7.

se niega alterar las tradiciones y el estilo de vida en respuesta a la crisis. La necesidad de buscar culpables y responsables ha sido un rasgo permanente, enmarcar la discusión en términos de promiscuidad o elección del estilo de vida es un error cuando se trata de explicar la rápida propagación, entonces es preciso conocer las estructuras socioeconómicas, culturales, así como las decisiones personales imprudentes, que restringen las opciones de las personas para evitar exponerse al virus y ver el porque se niega el cambio de vida y la toma de decisiones acertadas sobre las practicas sexuales, todo esto lleva hasta el punto de considerar que la persona que padece SIDA es causante de su propia miseria, se han portado de forma hedonista o temeraria y están sufriendo ahora las consecuencias.” Vivir del sexo no es una elección del sentido de vida, sino la última estrategia para sobrevivir en una situación en la que las vías de escape posible están cerradas. La pobreza endémica, combinada con los efectos del racismo, alimenta el fatalismo y una profunda ira que ánima a asumir riesgos personales y a mostrarse indiferentes ante el bienestar ajeno. Por eso, para algunos hombres protegerse y proteger a su pareja durante las relaciones sexuales no es ninguna prioridad.

El antropólogo Bourgois “infiere que las raíces de las conductas peligrosas es una combinación de discriminación étnica institucionalizada y un mercado de trabajo rígidamente segmentado, con todo el daño implícito que ello implica para la dignidad humana, la ira que sienten estos hombres sin derechos no es producto de una desviación psicológica individual sino que es más bien, el reflejo de la desesperación objetiva y estructural, de una población que se enfrenta a las barreras de la discriminación sistemática y la marginación. A menudo, esa frustración se canaliza hacia prácticas culturales autodestructivas. Las personas económica y socialmente dependiente de la pareja no pueden negociar de forma efectiva el tipo de relación sexual que deban tener, por lo mismo sus relaciones siempre están sujetas al riesgo”⁸.

⁸ Bourgois, Philippe. La antropología como inmersión en mundos ajenos. Periodico La Nación Argentina, 2010. Disponible en: <http://www.lanación.com.ar/1298307>. P. 3

Se debe acentuar que los patrones de conducta, los estilos de vida y los hábitos adquiridos pueden constituir en sí mismos factores de riesgo para la salud.

1.2.6 Sexualidad y madurez personal:

La sexualidad es un elemento básico de la persona y está íntimamente ligada al desarrollo físico-psíquico del ser humano, nace y desaparece con él, se desarrolla y prolonga a lo largo de toda la vida. La sexualidad en cuanto la fuerza se orienta en 3 direcciones: la primera trata de lograr la madurez y la integración personal, un comportamiento sexual es bueno o positivo si ayuda a que el hombre sea más persona; la segunda tiende a realizar la apertura de la persona al mundo del Tú, la sexualidad es la que posibilita la relación interpersonal debiéndose evitar vivirla de modo egocéntrico; y, la tercera dirección es la apertura de un nosotros, dentro de un clima de relaciones interpersonales.

La responsabilidad inicial de la educación sexual recae sobre los padres, por ser los primeros educadores del niño y por ser la familia el lugar más adecuado para la creación del clima afectivo que difícilmente puede lograrse en otros ambientes y esto constituirá la escuela ideal para la formación en los sanos valores morales.

La edad de las oscilaciones de los 14 a los 19 años son disposiciones periódicas que conducen a los adolescentes de un extremo al otro, porque el adolescente es un gran idealista que puede sacrificarse por otros, con la búsqueda de lo verdadero, de lo auténtico y de lo absoluto, pero también se entrega a sus instintos como la obediencia ciega y rebelión contra la autoridad, pasando del optimismo más alegre a la melancolía más triste.

“En esta etapa el adolescente tiene sentimientos cambiantes, entusiasmos, tormentas afectivas que poco a poco se irán apaciguando para dar entrada al amor adulto orientado ya hacia una persona del sexo opuesto, que muchas veces los llevan a las experiencias sexuales precoces que se deben a la curiosidad sexual que puede

unirse a la búsqueda de satisfacciones inmediatas, siendo esto una expresión de inmadurez afectiva, dificultad o incapacidad para establecer vínculos dialógicos, estables y responsables con los demás; y que aún no han superado un determinado umbral de maduración psicológica, conjunto de procesos de crecimiento, en especial los del sistema nervioso central, que van a proveer un soporte para nuevas conductas; “autonomía”, “conductas apropiadas a las circunstancias, “ponderación y equilibrio, estabilidad, responsabilidad, etc.” y que no han gozado de una educación adecuada”⁹. Por las consideraciones anteriores la educación es importante como medio para alcanzar la madurez, equilibrio personal, entre sus facultades intelectuales, su cuerpo y sus relaciones sociales.

Estas relaciones que aunque inmaduras pueden tener consecuencias en todos los aspectos de los adolescentes, regularmente no son duraderas y con frecuencia causan traumas psíquicos y físicos.

Todo ser humano tiene derecho a vivir su sexualidad independientemente de su orientación sexual, pero al mismo tiempo se deben de respetar los derechos de la pareja a estar informado sobre el estado de la salud física y mental de la persona con la que convive.

1.2.7 Responsabilidades frente al anonimato:

La pérdida del anonimato, la afirmación de una identidad seropositiva, la acción a rostro descubierto, el compromiso de no contagiar de ningún modo van en contra de las ideas generalmente emitidas por nuestras sociedades occidentales. Este tipo de gestión ha sido llevado a cabo por homosexuales, los primeros que fueron interesados y ultrajados históricamente por estas epidemias.

⁹Master, William, et al. Las opciones sexuales en la era del SIDA, más allá de la revolución sexual. Editorial Diana. México, 1989. P. 30.

El anonimato sirve a la sociedad para no ocuparse sanitariamente de las situaciones difíciles o dramáticas, el SIDA y sus fenómenos preparatorios visibles forman parte de una epidemia o pandemia de la que la sociedad (incluidos los seropositivos sanos o no) debe ocuparse totalmente. Es decir, evaluar, conocer, comprender, analizar y crear una acción global eficaz para resolver el problema.

Las responsabilidades de las sociedades en el mundo frente a las personas con VIH están vinculadas con la falta de educación sexual. En Guatemala el Estado no ha logrado eliminar la discriminación hacia las personas con esta enfermedad, a pesar de que existen leyes específicas que garantizan el respeto, promoción, protección y defensa de las personas contagiadas, por lo que para muchos enfermos de VIH/SIDA invisibilizarse resulta la mejor opción porque temen encontrar rechazo al revelar su condición o temen que se les identifique como tales al hacer uso de los bienes y servicios de prevención y atención.

1.2.8 Sexualidad y VIH:

Vivir la sexualidad en cualquier momento histórico con mayor o menor libertad y bienestar es siempre una experiencia mediada por el cuerpo, que incluye sensaciones, emociones, pensamientos y en el que tiene lugar la sexualidad/erotismo y la reproducción, asunto que lo convierte en uno de los ámbitos substantivos del yo. El origen de "Cuerpo y Sexualidad" en las personas con VIH/SIDA es una motivación personal e institucional en la búsqueda de dar respuesta a algunas interrogantes: ¿por qué la preocupación de estos cuerpos, vulnerados por el VIH/SIDA?; ¿por qué estos cuerpos se hacen cargo, más allá de sí mismos y de su propia sexualidad?; ¿cómo y por qué se instala desde una organización social, esta necesidad y esta motivación?; ¿por qué establecer un vínculo desde lo social y comunitario con lo académico y lo teórico?; ¿cómo poder instalar voluntades de trabajo, más allá de los intereses particulares, gremiales y/o personales?; ¿cómo contribuir al desarrollo de una conciencia colectiva que dé cuenta de nuestros cuerpos y de nuestra sexualidad real,

en lo social?, la importancia de estas preguntas radica en que todos los seres humanos tenemos en nuestra naturaleza la importancia de comunicarnos y socializar con otras personas.

Mejorar la calidad de vida y brindar información sobre las formas para fomentar la salud en los pacientes positivos de VIH es una responsabilidad del Ministerio de Salud, el cual debe fortalecer la salud integral por los medios de apoyo social y desarrollo comunitario orientado hacia la generación de espacios para la interacción social, la reducción de la discriminación y la promoción del respeto social.

Para la persona con VIH vivir una sexualidad sana les demanda reflexionar sobre las formas en que se configuran los individuos, las personas y los sujetos en el espacio público. El rol de la persona en la relación no es su contenido sino su sentido de pertenencia, la identidad como síntoma de crisis social; lo que importa dentro de este contexto es la conducta afectiva que tienen los sujetos hacia estas personas y la necesidad de que se le reconozca como sujeto de auto cuidado y cuidado del otro, pero para las personas contagiadas es mucho más difícil debido a los prejuicios que se han hecho de estas personas como que: esa enfermedad es sólo para homosexuales, ellos se lo buscaron, ellos tienen la culpa, si me le acerco se me pega el SIDA, vivir esta tipificación les limita el reconocimiento de la necesidad que tienen de hacerse cargo de sus propios cuerpos y vidas.

1.2.9 El impacto psicológico del VIH:

El diagnóstico de VIH produce sobre los enfermos, idénticos trastornos psicológicos que cualquier otra enfermedad que lleva evidentemente a la muerte: primero una reacción de negación e incredulidad, seguida de ansiedad y depresión, incluso con ideas suicidas. El trastorno psicológico más frecuente en el SIDA es la depresión, difícil de distinguir del complejo demencia/SIDA; en muchos casos la infección VIH, afecta el sistema nervioso central, disminuyendo las funciones superiores

del individuo y la capacidad de afrontar la enfermedad. Esto da como resultado una frecuencia de alteraciones psiquiátricas y neuropsiquiátricas muy elevadas.

Las implicaciones psicológicas del paciente con SIDA según Mac Creaner, incluyen:

Depresión: Se caracteriza por un estado de ánimo bajo fluctuante, reacciones retardadas y a veces acompañados de síntomas físicos. Es uno de los sentimientos más dolorosos que una persona pueda tener, básicamente parece ser la ausencia de la esperanza, dejan de creer que la vida es buena.

Ansiedad: Estas reacciones suelen ir acompañadas de ataques de pánico los que son frecuentes; sufren de una sensación de impotencia e incapacidad de enfrentarse a eventos amenazantes y se caracteriza por el predominio de tensión física e incertidumbre ante el pronóstico de vida, el riesgo de infección a otras enfermedades, el riesgo de infectar con VIH a otras personas, la hostilidad y el rechazo, el abandono, el aislamiento afectivo y social, dolor físico, miedo a morir, incapacidad o impotencia, pérdida de intimidad.

Pensamientos suicidas: Piensan frecuentemente que si de todos modos se van a morir porque esperar, es importante que todos los miembros del equipo al cuidado del paciente tomen en serio cuando éste haga comentarios en torno al suicidio.

Problemas psicosexuales: Son los que se dan en su forma de ver la sexualidad, estos problemas no deben tratarse como parte aislada de la base de la relación.

Fantasía, egocentrismo y retraimiento: Algunas personas se refugian en la fantasía y parecen estar fuera de contacto o de la realidad, tornándose algunos muy introspectivos a pesar del esfuerzo por atenderlos, otros tienden a pensar que no es posible que tengan la enfermedad, que a ellos no les puede pasar; y el retraimiento puede manifestarse al desinteresarse por todo lo que le rodea.

Problemas psicossomáticos: Cualquier cambio sufrido en estas personas puede ser considerado psicossomático, se deben de estudiar cada caso en particular para verificar que las enfermedades que les afligen sean reales y no mecanismos de defensa por su diagnóstico.

Dentro de los estados y trastornos emocionales que manifiestan las personas tanto en la entrega del resultado positivo del VIH, como a lo largo del proceso de aceptación de la seropositividad del VIH, se encuentran:

La ira (síntoma) es una respuesta natural y justificable a esta infección y encierra una inmensa cantidad de energía. Algunas personas admiten su ira y la expresan con facilidad. Otras pueden que la sientan, pero no lo admiten y algunas ni siquiera estén enojadas.

Las razones para sentir ira: Lo injusto de la situación al ser uno el (la) elegido (a) ya que nadie busca ser infectado, frustración al percibir la pérdida del control de la propia vida por delante, la poca delicadeza y/o maltrato y la confidencialidad que pudiera haber tenido orientador (a) en relación a su seropositividad, la posible traición y/o abandono de la pareja, por haber infectado a su pareja e hijos (as).

La expresión de la ira: puede expresar de manera directa y abierta o menos directa-encubierta; las manifestaciones son: Estallidos en llanto por la rabia que se siente, pérdida de la paciencia demostrada al tirar objetos, dando golpes a puertas, gritando, golpear los muebles para producir ruidos fuertes, correr sin sentido, etc., descarga de su ira en las personas que tienen más cerca, dirigir su rabia contra los sistemas de salud. Manifestación de la ira encubierta: Enfurecerse por la más mínima cosa, dirigir la ira contra sí mismo (a) constituyéndose así como una forma de depresión, generalizar esta emoción y sentirse permanentemente irritados.

El trabajo de técnicas para descargar los distintos estados de ira son: afrontarla, aprender a canalizarla y expresar adecuadamente, por medio de los siguientes pasos: Ayudar a la persona a separar la ira del blanco, guiar a la persona a encontrar un mecanismo para descargar la ira, canalizar la energía hacia donde produce bienestar.

La Negación (mecanismo de defensa): Es una maniobra adaptativa que consiste en anular aspectos de la realidad externa para sobrevivir, dormir, soñar o fantasear. Causas de la negación: shock emocional, confusión momentánea, miedo a lo desconocido, miedo a la muerte, no aceptación de la limitación, miedo al rechazo, alienación religiosa. Manifestaciones de la negación: comentarios tales como *“esto no me puede estar sucediendo a mí”*, *“debe ser un error en las pruebas del laboratorio”*, *“esto no es cierto, seguro confundieron mi papelería”*, *“cualquier cosas tengo, menos SIDA”*, *actitud confusa, uso y abuso de drogas, desentenderse del problema, negarlo rotundamente, pretender que se ha sido sanado por un milagro de Dios.*

En la negación se trabajan técnicas como: Técnicas Supresivas: (pretenden evitar o suprimir los intentos de evasión del usuario/a del aquí / ahora y de su experiencia) dichas técnicas son: Experimentar la nada o el vacío, tratando de que el vacío estéril se convierta en vacío fértil, no huir del sentimiento de vacío, integrarlo al sí mismo, vivirlo y ver que surge de él. Evitar “hablar acerca de”. Detectar los “deberías”. Detectar las diversas formas de manipulación y los juegos de roles “como si”. Técnicas Expresivas: Se busca que la persona exteriorice lo interno; se buscan tres conductas básicamente: expresar lo no expresado, terminar o completar la expresión, buscar la dirección y hacer la expresión directa por medio de: Repetición, exageración y desarrollo, traducir y actuación e identificación. Técnicas Integrativas: Se busca que la persona incorpore o reintegre a su personalidad por medio de: El encuentro intrapersonal, asimilación de proyecciones.

Temor (síntoma): Las personas, con VIH/SIDA suelen manifestar temor a la muerte, a la demencia por SIDA, a la pérdida de control y a la incapacidad para tomar decisiones. El

temor es una reacción natural al peligro sin que paralice a la persona. Causas del temor: La muerte, el rechazo (discriminación), falta de acceso a los medicamentos, los efectos secundarios de los tratamientos, la reacción de la familia, infectar alguien más con el virus, perder sus habilidades cognitivas, dejar solos a sus hijos, dependencia afectiva y material de quienes los cuidan, iniciar una nueva relación de pareja y tener que dar a conocer su seropositividad, tener relaciones sexuales aún con condón por miedo de infectar a otras personas que de alguna manera limita el placer sexual. Manifestaciones del Temor: Evitar hablar con alguien del tema, demostrar actitudes derrotistas, autodestructivas, auto convencimiento, acercamiento compulsivo a la religión, no a la espiritualidad.

El temor utiliza técnicas que tiene como objetivo proporcionar información real y clara acerca de lo que se tiene miedo; si hay miedo a los medicamentos, pruebas y procedimientos se debe informar a fondo sobre ellos para desensibilizar, si hay miedo a morir, se debe hablar sobre ello, el hablar sobre la muerte hace que lo desconocido se vuelva mucho menos atemorizante, si se teme al rechazo y la deserción, la persona debe hablarlo con quienes ama, haciendo comentarios como: "Esto va a sucederme, ¿vas a poder afrontarlo?"

Culpa (síntoma): La culpa es un dolor causado por la preocupación, originada en el daño que se han hecho a sí mismos, a otros o por el temor de dañarlos. Causas de la culpa: La creencia de haberse infectado por su propia culpa, asociar la infección como castigo, haber llevado el VIH a la vida de otras personas, ver a la familia llorar por el diagnóstico, hacer que los más cercanos a ellos pasen por el trauma de cuidarlos, tener prácticas que la sociedad rechaza, no haber usado condón, haber compartido jeringas, ser vistos y sentirse, en ocasiones, como una persona sucia, provocar que los cuidadores se sientan culpables. Manifestaciones de la culpa: Evadir el problema (uso de alcohol y drogas), negarse a buscar ayuda, inhabilidad de reconocer, expresar y controlar sentimientos negativos, fracaso en explorar la naturaleza de la crisis y buscar soluciones alternas, proyectar en otros la mayor responsabilidad por causar o curar la

crisis, evitar relaciones con amigos, amigas, familiares y otra gente que les pueda ayudar en la crisis, incrementar actividades.

Fatiga (síntoma): Usualmente la fatiga acompaña a la depresión, ya que es una pérdida de energía física. Causas de la Fatiga: desgaste emocional, resultado indirecto de la infección por VIH, por la depresión inmunológica, los medicamentos antirretrovirales pueden causar fatiga y somnolencia. Manifestaciones: Fatiga física, irritación.

“Casi todo el mundo ha tenido experiencias impactantes en su vida, estas experiencias producen intensos sentimientos: stress, emociones, miedos e inseguridades, miedo al futuro, culpabilidad, paranoias, rabia e impotencia, que si no se superan pueden degenerar en trauma. Una experiencia terrible es cuando dicen *lo siento pero su prueba ha salido positivo* después de eso se viene a la psiquis muchas cosas, no se puede pensar más que en eso, lo único que suele sentirse es la frase de *ha dado positivo*, después se atormentan con cuestiones que no se atreven a decir a nadie y que si no lo logran superar pueden degenerar en trauma”¹⁰, como uno de los puntos a realzar es que la persona con diagnóstico reciente de VIH/SIDA, haga uso del counselling, para que exprese sin inhibiciones su problema y adquiera un nuevo enfoque o modo de verlo.

“Una de las formas más útiles de ayudar a las personas con problemas psicológicos a causa del VIH es motivarlos a participar en la educación para la salud con otras personas ya sea que estén infectados o no, muchos pacientes encuentran consuelo en la capacidad de ayudar a otros a través de su condición, claro como en toda situación algunos no, pero quienes lo hacen pueden contribuir por medio de grupos de auto ayuda.”¹¹ En este propósito, la capacidad de aprender a considerar que

¹⁰ Toso, Marcela. Disponible en: <http://www.gt.glomedia.com/inmadurez-emocional-inseguridad-eterna-adolescencia>, consultado el 30 de junio de 2012. P. 25.

¹¹ Bedolla, Pérez, Juan. Et.al. Tanatología y cuidados paliativos VIH/SIDA. Disponible en http://www.paginasprodigy.com.mx/xuan_bp/vih_sida.htm iintervención personal e individual, soluciones precisas en momentos críticos. P. 45.

somos diferentes en cuanto a nuestro modo de percibir el mundo, la empatía como habilidad social permite al individuo anticipar, comprender y experimentar el punto de vista de otras personas.

Otros aspectos que se pueden trabajar con personas que viven con VIH o SIDA son: la Autoestima que es la que expresa el concepto que cada persona tiene de sí misma, según cualidades que son susceptibles de valoración. También se puede trabajar en la autoimagen de sí mismo como un ser físico, emocional, social y espiritual; la orientación y educación a la familia (contexto social), bajo los siguientes aspectos: empatía y preocupación, desamparo, dependencia y control, sentimientos sobre el sexo (con respecto a los problemas relacionados con sexo, algunas personas, comparan la relación sexual con la enfermedad, sienten culpa por tener relaciones sexuales, no disfrutan de las relaciones sexuales que son más seguras debido a que parecen cortar la espontaneidad y la sensación de relajación y, en ocasiones, parecen añadir una barrera de represión o de artificialidad entre la pareja. Otros ven la ocasión de vengarse seduciendo muchas personas para transmitirles el VIH; se dejan llevar por pensamientos como: *Si a mi me lo hicieron yo también lo haré o no voy a morir solo, conmigo se irán muchos más, tienen relaciones de alto riesgo con hijos y con usuarios de drogas.*

1.2.10 Relaciones de pareja y VIH:

Una relación de pareja es aquella que tiene un vínculo sentimental, es un sistema que tiene propiedades únicas que le pertenecen, por encima de las características de los elementos que se combinan para formarla. Es decir, la realidad de una estructura de pareja es diferente a la de los miembros individuales. Es una red intrincada de interacciones en las que cada uno influye y es influido por el otro y así sucesivamente, en forma de causalidad circular. De esta manera uno de los individuos no sólo expresa su propio sentir, sino que manifiesta sensaciones, emociones y percepciones a partir del otro, esto quiere decir que si hay un miembro con problemas dentro del grupo o sistema, no puede pensarse que sus efectos se encuentran

únicamente en él mismo, como generalmente se cree; también influyen en forma indirecta en ese miembro los problemas del otro.

El funcionamiento de la pareja debe incluir la familia, porque son sistemas que tiene como base para su funcionamiento las interacciones de los miembros que lo conforman, las dificultades afectan a todos los familiares, en mayor o menor grado, y es allí donde pueden apreciarse las diferentes formas de interactuar unos con otros, sin embargo, cuando un integrante de la pareja o de la familia se siente perturbado emocionalmente, la mayoría de las veces sus *síntomas* son la expresión de un problema contextual. Observamos con frecuencia que un miembro de la pareja figura como el *sano* y el otro como el *enfermo* lo que es aparente en realidad, pues los elementos satisfactorios y conflictivos son compartidos por ambos. Porque el que está *bien* lo está a costa del que está *mal*, en ocasiones el vínculo llega a ser una defensa en contra de la desintegración del yo de uno de los individuos o de ambos, debida a su extrema dependencia. Partiendo de la forma más simple la relación entre dos personas, es el punto de partida hacia la forma más compleja de organización social y colectiva.

La relación de pareja como vínculo social se basa en la confianza y comunicación por lo tanto en la transición de afrontar un diagnóstico de VIH, encontrarle sentido a la relación es un factor de importancia.

La sexualidad es una fuerza que no sólo favorece a la unión entre los dos sexos sino también es un estímulo poderoso que lleva al individuo a independizarse y crear una vida de adulto. Cuando dos personas participan de un acto sexual con consentimiento, funden la totalidad de sus cuerpos. Durante la entrega, se abre el alma a la pareja: la parte más elevada de sí mismo. De ahí el riesgo de daño psíquico, a menos que cada uno mantenga una actitud de afecto e interés por el bienestar del otro. Si uno de los dos tiene una actitud negativa, hostil, indiferente, o si desea aprovecharse de su pareja, se produce una herida en el plano energético. Con frecuencia, sino hay

afecto verdadero entre las dos personas sexualmente involucradas, ambas operan por algún grado de motivación negativa, y por tanto las dos se perjudican.

1.2.11 Parejas sero-discordantes:

Las parejas sero-discordantes son aquellas en la que uno de sus integrantes vive con VIH, Seropositivo (el que tiene VIH) y el otro Seronegativo, por lo tanto una persona que tiene esta característica debe aprender a canalizar sus miedos, angustias y dudas, este impacto dentro de la vida de pareja les obliga a considerar y enfrentar situaciones como la certeza de la muerte de uno de ellos, necesidad de pensar en los apoyos para sostener a ambos cuando exista una crisis de salud y decidir a quién o no se lo dicen y si deben mantener una vida sexual activa y bajo qué condiciones.

La comunicación es un factor importante en toda relación y, en las parejas sero-discordantes, es la clave que permite liberar tensiones e intentar la comprensión del otro y de uno mismo. El miedo, el enojo, la tristeza, pueden paralizarse, sin embargo forma parte de un proceso mediante el cual la pareja aprende a convivir con el VIH.

El sexo en una pareja sero-discordante es uno de los aspectos que se puede vivir como el más conflictivo, sin embargo, esto no necesariamente es así. Tal vez los primeros encuentros amorosos después de obtener el diagnóstico estén llenos de miedos y dudas, debido a los temores del miembro VIH negativo a contraer el virus y del miembro que vive con VIH a transmitirlo. El miedo es sin duda un sentimiento humano que muchas veces se oculta para no herir a el/la compañero/a, este puede paralizar y disminuir o anular el deseo sexual.

El reencuentro sexual entre una pareja, es una oportunidad de incorporar nuevas conductas, encontrando nuevas y variadas maneras de conectarse, incrementando la propia auto-estima para ayudar a afianzar el lazo de unión y encuentro de la pareja. Dentro de los métodos más efectivos para evitar el contagio del VIH a través de una

relación sexual esta el preservativo el cual se debe de aprender a utilizar si tienen una vida sexual activa, pero con el tiempo luego de la etapa de adaptación es posible que aparezcan señales de debilitamiento de los hábitos de prevención, es en este momento donde se debe reafirmar la necesidad y la voluntad del método de protección. Dentro del proceso de adaptación la pareja sero-discordante debe reafirmar la confianza mutua para enfrentar la problemática tanto en la esfera íntima como en el marco de las relaciones sociales ya que existe un fuerte estigma social, observado en rechazo y discriminación los que repercuten en la relación de pareja.

En los diferentes casos de infección dentro de una pareja lo que se piensa es lo que ayudará a asumir la decisión de si se continua o no en la relación, es importante que las parejas encuentren un balance y no pensar en cómo llegó la infección, sino como vivir con el VIH, con la pareja y permanecer juntos o cómo iniciar una nueva relación basada en la confianza.

Existen diferentes etapas por la que las parejas sero-discordantes deben pasar según la Licenciada Paula R. Bilder a lo que llama "El ritual de pasaje; qué es cuándo irrumpe el VIH/SIDA en la vida de estas personas, provocando distanciamiento, ya que deben afrontar una enfermedad que hasta el momento del diagnóstico de la pareja parecía lejano. Dicho ritual lleva consigo tres etapas; la primera es la iniciación, anoticiamiento, shock, la sexualidad y el uso del preservativo; la segunda es aprendiendo a con-vivir con el VIH/SIDA, sexualidad y uso del preservativo II y la tercera renacimiento y "Normalización" de la vida cotidiana, sexualidad y uso del preservativo III.

Desde el momento en que una persona sero-negativa convive con un individuo con diagnóstico de VIH/SIDA se convierte en una condición individual, ésta no puede ser pensada por fuera de las relaciones que las personas mantienen con la medicina, los médicos, la familia, el entorno, el trabajo y las diferentes instituciones sociales. "El imaginario social existente sobre el VIH/SIDA iguala a ambos miembros de la pareja

sero-discordante a tal punto que sin tener la presencia del virus en su cuerpo, las personas no portadoras del virus igualmente padecen las consecuencias sociales de la enfermedad¹². Tal como se ha visto la discriminación es la etapa más vulnerable del VIH/SIDA, que afecta a ambos miembros en una relación de pareja, dejándolos sin recursos para afrontar el nuevo estilo de vida.

1.2.12 Reacciones emocionales y repercusiones en las parejas sero-discordantes:

Cada vez hay más parejas en las que uno vive con VIH y el otro no. Algunas llevan más de 20 años juntas, teniendo sexo seguro y permaneciendo sin transmisión entre ellos. Actualmente el VIH/SIDA se ha convertido en una enfermedad crónica, gracias a los tratamientos cada vez más eficaces. Esto permite vivir una relación larga, sin estar obsesionados por las consecuencias de la enfermedad, y teniendo un sexo bastante completo, excepto por el mantenimiento de las precauciones para evitar una transmisión.

El hecho de que una persona sea seropositiva y el otro no, hacen que se viva la relación de forma diferente. Quizás el que es seronegativo, puede sentir culpa, o sentirse responsable de cuidar al otro, y tenga miedo de que pueda desaparecer antes de tiempo; también puede sentir rabia, si su pareja se contagió en una relación con otro, y darle vueltas al riesgo de haberse podido contagiar al no haber usado preservativos en sus relaciones.

La pareja (aunque principalmente el seropositivo) van a tener que vivir las fases del duelo al conocer que uno está contagiado. Esto implica múltiples fases como momentos de negación, rabia, falta de aceptación, confusión, depresión, y por fin, de aceptación de la nueva situación. El compañero tiene que estar al lado de su pareja y tolerar momentos malos, hasta que se pasen; dar cariño, comprensión y participar de

¹² Bilder, Paula. VIH y Parejas Sero Discordante. Instituto de Estudios sociales de la Ciencia y la Tecnología Universidad Nacional de Quilmes. P. 15.

todos los pasos que tiene que dar su pareja para enfrentarse a la infección: visitas al médico, análisis, búsqueda de información, contacto con grupos o asociaciones de apoyo, etc.

La persona seronegativo tiene que informarse para tener muy claro los riesgos de contagio y no exagerarlos, pero tampoco negarlos, es muy normal que a causa del amor que tenga la pareja, tienda con el tiempo, a familiarizarse con el tema y no quieran asumir que hay riesgos, y que tienen que estar protegiéndose de ellos. La infección es como un tercero que estorba permanentemente los encuentros sexuales, pero que no va a dejar de estar ahí porque no se piense en ello. Hay que automatizar los hábitos de protección, para actuar responsablemente, siempre negociando; realizando sexo seguro; o negociando en todo caso los riesgos. Que no haya excusas, como que *estábamos bebidos o fue sólo un momento o ya estamos cansados de tantos cuidados.*

En el caso de la persona sero-negativo, puede haber un deseo inconsciente de contagiarse, como una forma de estar más unido al otro. En otros casos puede ser para eliminar el temor al contagio y la tensión. Pero, si ambos fueran seropositivos, deberían evitar el contagiarse con otras cepas del virus (re-infección), que pueden activar la enfermedad, o contagiarse de otras infecciones de transmisión sexual, por lo cual siempre tendrían que estarse protegiendo.

En una pareja utilizar una barrera protectora no impide una entrega total. Esta entrega no tiene que incluir el riesgo a infectarse. Se puede desarrollar una vida sexual plena a pesar de no realizar prácticas de riesgo, es cuestión de cuidar la vida erótica, desarrollarla con fantasía y responsabilidad, de hecho es lo que hay que hacer con cualquier posible pareja, pues de entrada no sabemos su estado serológico, e incluso la posibilidad de contagio de otras ETS.

1.2.12.1 Cómo decir que se es sero-positivo a la pareja:

¿Cuándo? ¿Cómo se lo digo? Son preguntas clásicas que surgen al abordar esta parte del tema, hay personas que lo dicen en el primer encuentro con un desconocido, arriesgándose a que el otro le deje plantado. Pero muchos otros esperan a ver si la relación se consolida, pues no quieren divulgar esta información. De hecho muchos homosexuales han tenido la mala experiencia de ver cómo se difundía que eran seropositivos en su ambiente, sin poder ejercer ningún control sobre dicha información. Y han visto cómo esto les causaba muchos perjuicios. Pero el dilema es cuándo decirlo a la pareja, al ver cómo pasa el tiempo y no se hace nada y cada día que pasa se ve que se complica la cosa, pues ¿Qué va a pasar cuando se le diga al otro? ¿Cómo va a reaccionar? El temor fundamental es al rechazo y que se corte la relación. Quizás el otro lo pueda tomar como una traición, o una falta de confianza, o que no se le tuvo en cuenta y no se le consideró con derecho a esa información, que se le puso en peligro de contagio. Si el otro tiene unos sentimientos positivos, amor por esta pareja, y es medianamente maduro, cuando se entere generalmente lo aceptará. A veces basta un *¿y qué?*, como dando a entender que ya tenía claro que si se daba esa posibilidad no iba a tener ningún problema; o puede que pase por una fase de sorpresa y de confusión, pero que pronto lo digiera y lo asuma como algo que está ahí, pero que no va a perjudicar esa relación amorosa.

En general habrá que buscar el momento y la situación que permita poder controlar la posible reacción del otro, ya que para cada pareja es un momento único e individual, pero se pueden considerar los siguientes aspectos: que haya tiempo para hablar en profundidad, que el sitio permita desahogarse emocionalmente (no hacerlo en un sitio público), haberse preparado bien sobre la información médica a dar y sobre todo del pronóstico real de la situación, si ya hay que tener tratamientos, si existen otras infecciones añadidas, qué precauciones tomar. Pero sobre todo tranquilizar, y aclarar al máximo que excepto por algunos pequeños cambios, la vida en común puede seguir casi igual.

La infección por VIH se cronifica y se puede llevar una vida plena con una buena calidad de vida, no bastará con una declaración, sino que habrá que continuar hablando durante mucho tiempo de los temores mutuos, sean respecto a la enfermedad, a la relación, a la familia, o a lo que sea. Ver posibles cambios en la vida de cada uno. Y estar preparados a ciertas tensiones hasta que la situación se encaje de nuevo.

Áreas de soporte para las parejas sero-discordante:

Área de la sexualidad:

Anulación / auto anulación de la vida sexual.

Miedo a transmitir el VIH.

Decir o no su situación a la pareja sexual o a las nuevas relaciones.

Dificultad para aceptar la necesidad de protegerse, sin que ello limite su legítima búsqueda de placer.

Dificultad en plantear y negociar el “sexo más seguro”.

Riesgo de re-infección y prevención de otras ETS.

Uso adecuado y consistente del condón.

Área de la relación de pareja:

Anulación/auto anulación en la búsqueda de pareja.

Dificultad para la toma de decisiones con respecto a la paternidad o maternidad, asociado a sentimientos de pérdida o limitación a la hora de tener descendencia, necesidad de orientación sobre planificación familiar y anticoncepción, partiendo de la decisión del (la) consultante.

Miedo al abandono o ruptura de la relación.

Sentimientos de culpa o “ser una carga” de la pareja.

Dificultad para aceptar y respetar las decisiones y temores de la pareja.

Necesidad de información sobre medidas de prevención, tanto si ambos son PVVS o si es una pareja sero discordante (sólo uno vive con VIH).

En la actualidad, con los avances de la medicina, se puede tener hijos sin que haya contagio entre los miembros de la pareja sero-discordante. Y una mujer embarazada, con tratamiento, puede tener a su hijo sin que este contraiga el virus.

1.2.12.2 Impacto psicológico relevante en la relación de pareja sero-discordante:

La depresión es un estado del ánimo y no una señal de debilidad del carácter, puede hacer que las personas se olviden de tomar las dosis de los medicamentos y puede fomentar conductas de alto riesgo que permitan la transmisión del VIH; además puede activar ciertas infecciones virales que estaban latentes. En términos generales, la depresión puede hacer que el VIH evolucione más rápido, ya que afecta la capacidad de disfrutar la vida y la relación de pareja.

El trauma psicológico es otro factor cada vez más asociado al aumento de la prevalencia del VIH, y su forma inadecuada de abordaje predispone a la infección, con consecuencias de comportamientos de riesgo de transmisión, poniendo en peligro la relación.

1.2.13 Directrices para el tratamiento y la prevención en parejas sero-discordantes:

Para las parejas sero discordantes es importante que investiguen sobre las formas adecuadas para canalizar sus miedos, angustias y dudas; como una forma efectiva de tratamiento en el periodo de adaptación, es necesario que los pacientes reafirmen la confianza mutua de la pareja, debido a que en muchas ocasiones se enfrentan a interrogantes como: *¡Tengo Miedo! Se nos viene el mundo abajo; ¿Por qué a nosotros?, ¿Qué hacemos de ahora en adelante?, ¿Nos separamos?, ¿Seguimos juntos?, ¿Por dónde empezar?* Las parejas deben saber que lo más saludable es hablar sin prejuicios sobre los deseos, necesidades y fantasías que cada uno de los

integrantes tiene. Es preciso el apoyo que permita generar un entorno confiable para poder promover como método más efectivo de protección el preservativo.

Seguido de la etapa de adaptación los debilitamientos de los hábitos de prevención suelen aparecer, es en estos momentos donde se debe reafirmar la necesidad y sostener la voluntad de usar el preservativo y que la persona sero-negativa realice análisis de rutina cada 6 meses; este control puede generar angustia, debido al temor por un resultado positivo, pero es un rol fundamental de la pareja que con una adecuada orientación puede superar.

La profilaxis es la prevención o conjunto de medidas que evitan una enfermedad. A pacientes en fase SIDA se les suelen prescribir muchos fármacos para prevenir infecciones llamadas oportunistas, como fiebres, neumonía, herpes bucal, genital. Dentro de los métodos profilácticos se encuentra el medicamento TRUVADA, el cual bloquea la acción de una proteína que el VIH necesita para infectar al cuerpo, se recomienda administrar este medicamento antiviral a personas sanas pero con un elevado riesgo de contagio por VIH como consecuencia de sus prácticas sexuales, lo cual lo hace ideal para la pareja de una persona VIH positiva.

Durante la investigación se pudo constatar que el conocimiento que los pacientes tienen sobre el medicamento es muy bajo, el 52% dijeron no conocer el medicamento y el 48% si lo conocen pero, no saben exactamente para que sirva, además manifestaron no tenerle ninguna confianza. En la entrevista con los pacientes se aprovecho el momento para orientar a los pacientes explicándoles que TRUVADA es para utilizar en profilaxis previa a la exposición en combinación con prácticas de sexo seguro para prevenir las infecciones de VIH adquiridas por vía sexual en personas de alto riesgo.

En los estatutos de Ginebra, Abril 2012, se establece y se incentiva a que las parejas acudan juntas a hacerse las pruebas del VIH para conocer su estado serológico, debido que al alentar a las parejas a que se hagan las pruebas juntos, se

puede proporcionar una opción global para la prevención y tratamiento del VIH, que ellos pueden discutir y gestionar de manera conjunta.

Los datos más recientes muestran que el tratamiento antirretroviral reduce el riesgo de transmisión del VIH de una persona que vive con el VIH a sus parejas sexuales. La OMS recomienda que se ofrezca dicho tratamiento a las personas que viven con VIH en relaciones sero-discordantes incluso aunque no lo necesiten para su propia salud, porque las parejas pueden seguir siendo sero-discordantes indefinidamente si practican siempre relaciones sexuales seguras usando preservativos.

Dentro de las directrices del tratamiento de la pareja sero discordante es importante la adherencia, también conocida como observancia, se basa en un estricto seguimiento del régimen de tratamiento recetado. Exige que un paciente tome la dosis correcta de un medicamento, en el momento preciso, exactamente como se ha recetado. La inobservancia de un régimen de tratamiento contra el VIH puede ocasionar fracaso virológico y farmacoresistencia. En el caso del VIH/SIDA una buena adherencia consiste en el cumplimiento de más de un 90% de la dosis prescrita o lo suficiente para lograr una supresión de la carga viral y no generar resistencia por mal cumplimiento terapéutico, lo cual en los pacientes VIH en Guatemala muchas veces no pueden cumplir por la falta de medicamentos ya que el Estado no provee los recursos necesarios para cumplir con esta obligación. La mayoría de pacientes mostraron gran preocupación porque ya ha pasado que en el Hospital se quedan sin medicamentos y no pueden cumplir con su régimen de adherencia, esta situación les crea mucho estrés.

1.2.14. El vacío existencial en la relación de parejas sero-discordante:

La falta de sentido y sensación de vacío que refleja el estado de ánimo en el sentimiento de vida luego de haber alcanzado un nivel de vida, deja a la persona por algún suceso en una vacuidad definitiva, esa inconsistencia es la que corroe su vida.

El sentido de vida viene provocado no sólo por la frustración de las necesidades inferiores, sino por la satisfacción de dichas necesidades. Este no puede darse ni inventarse, sino que debe descubrirse. Lo que se inventa, o es un sentido subjetivo o un sentimiento de sentido o contrasentido. El hombre que no es capaz de descubrir este sentido en su vida, está huyendo del complejo de vacuidad. El sentido puede encontrarse; su búsqueda guía al hombre a la conciencia, o sea a la capacidad de rastrear el sentido único y singular oculto en cada situación.

En el análisis existencial lo que importa es la entrega a una tarea personal y concreta que no excluye la necesidad de un análisis de la libido; entonces se puede decir que en el vacío existencial la persona sólo satisface necesidades, pero no la voluntad de sentido.

Uno de los métodos de abordamiento terapéutico para las personas con VIH que han perdido su sentido de vida es la logoterapia porque “ésta asciende hasta la dimensión humana; no se dirige al síntoma, sino que intenta provocar un cambio de actitud, una modificación personal o sea una psicoterapia personalista, que intenta inducir al paciente a enfrentarse a lo que teme, es decir desear o aceptar anticipadamente.”¹³ Esta técnica es importante en el tratamiento del VIH/SIDA porque se necesita lograr que el paciente analice y profundice sobre la situación del ser humano, sobre la forma de existir, actuar y cuestionar, que es lo que se conoce por Triada trágica de Víctor Frank: culpa, sufrimiento y muerte, orillando al paciente a la búsqueda de significado de vida dentro de su condición.

Dentro de los instrumentos de la logoterapia está la intención paradójica, que consiste en desear aquello a lo que le tenemos miedo, a la de reflexión entendida como el antídoto a la hiperintención y a la hiperreflexión que es ignorarse a sí mismo y empezar a sentar las bases para poder ejercer el ejercicio de auto trascendencia

¹³ Frankl, Viktor. El hombre en busca de sentido. Edición 22, Editorial Herder. España, 2003. P. 25.

necesario para un correcto desarrollo humano. La voluntad de sentido invita a tener la iniciativa personal de encontrar el porqué de la propia vida.

Explicar la frustración existencial no es más que el sentimiento de falta de sentido de la propia existencia bajo el concepto de que su existencia no tiene sentido; no conoce nada con lo que se pueda llenar a lo que se llama vacío existencial, ya que desconoce el objetivo de su vida haciéndola más dinámica.

El sentido de sufrimiento es darle la capacidad a ese sufrimiento por medio de los valores de la actitud que dará sentido a la existencia, no importando cómo se soporta el destino, sino enfrentarlo con actitud acertada.

La teoría se puede definir como una pastoral donde se busca consolar el alma condenada muchas veces por algún complejo de culpabilidad, donde la religión sólo puede ser un objeto, no una posición, donde el paso realizado por la fe hacia la dimensión ultra humana se fundamenta en el amor. La logoterapia se basa en una voluntad de sentido, donde, sea cualquier condición o circunstancia buena o mala, la vida tiene un sentido.

“Descubrir el sentido de la existencia ante una situación de sufrimiento como es el VIH, donde el mismo padecimiento es el ingrediente para encontrar un sentido de vida y no caer en una vacuidad que nos haga perder la voluntad, es el camino de la auto trascendencia.”¹⁴ La cita refiere auto trascendencia en su forma más básica a la capacidad de buscar dentro de sí mismo las herramientas para solucionar el problema, con la capacidad de manejar las diferentes posibilidades ante diversas situaciones.

El enfrentarse a un diagnóstico de VIH es dar sentido a esa nueva existencia mediante una actitud acertada, porque no hay forma de cambiar el destino doloroso; la

¹⁴ Frankl, Viktor. Ante el Vacío Existencial. 9na Edición, Editorial Herder. Traducción Marciano Villa Nueva, España, 2003. P. 9.

persona debe dejar de ignorarse a sí mismo y desear eso que le da temor, como el amor de pareja por la concepción de que no podemos lograr un desarrollo pleno en nuestra vida; se debe motivar al paciente a introyectar que lo importante ahora no es lo que la vida les depare, sino que ésta de cualquier manera está llena de sentido. El hombre, y esto no excluye a una persona con VIH, en su auto trascendencia es una esencia en busca de sentido, dominada en el fondo por una voluntad que a veces se ve frustrada por el sufrimiento; pero dentro de ese sufrimiento, sin importar las circunstancias y condiciones de la vida, se debe encontrar ese sentido, despejando la mente de la enfermedad en sí y entregarse sin temor a una relación de pareja, como una meta en la vida. El sentido de existencia no da cabida a un vacío existencial.

1.2.3 Hipótesis:

El diagnóstico sero-positivo de un miembro de la pareja unida sentimentalmente, refuerza las emociones canalizando miedos, angustias y dudas, para encontrarle sentido a la relación y aprender a vivir con el VIH.

1.2.4 Delimitación:

La investigación abarcó varios ámbitos: ámbito geográfico; Ciudad Vieja, Antigua Guatemala, ámbito Institucional; Clínica Unidad Integral y consulta externa del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt; ámbito temporal enero a marzo del 2013 en horario de 7:00 a 12:00 horas, de donde se extrajeron muestras de 67 pacientes 33 con diagnóstico VIH positivo y 34 sin diagnóstico de VIH, comprendidos entre los 24 a 35 años de edad.

CAPÍTULO II

2. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

2.1 Técnicas:

La presente investigación proporciona datos cuantitativos obtenidos dentro del ambiente natural y cotidiano de los pacientes. Dentro del proceso de recolección de información, los pacientes de la Unidad Integral prefirieron mantener su anonimato por seguridad, por tal motivo no estuvieron de acuerdo en firmar ni dar su consentimiento para grabar el testimonio por temor a ser víctimas de discriminación, por lo que hubo que realizar una reprogramación de actividades.

La técnica de muestreo que se utilizó fue la no aleatoria llamada también intencional o de juicio, donde el criterio que prevaleció en la investigación, fue que la población fuera de primera intención o sea que los pacientes hayan sido diagnosticados con VIH, la población estuvo formada por 67 pacientes entre las edades de 24 a 35 años que asisten a la Unidad de Atención Integral y Consulta Externa del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt, las condiciones que permitieron elegir la misma, se obtuvo utilizando la observación del contexto educativo y de los eventos o sucesos vividos por los pacientes.

La primera fase de recolección de datos se obtuvo a través de la técnica de observación directa en la Unidad Integral que permitió obtener información conductual de los pacientes con otros de su misma condición, así como con población seronegativa, al mismo tiempo, se observó, el vínculo con personal médico y de apoyo durante las citas médicas, que incluye actividades de formación e información a nivel psicológico, educativo e institucional, dicha recopilación de datos se guardó en un diario de campo para su análisis.

En la segunda fase del proceso del trabajo de campo en la Unidad Integral, se tenía programada la firma de la Guía de consentimiento y la toma de testimonios por

medio de la técnica del método Socrático; pero ninguna de las dos actividades se pudo realizar porque los pacientes no estuvieron de acuerdo en firmar la Guía de Consentimiento para que se les pudiera grabar los testimonios, argumentando que luego todos iban a saber lo que les pasaba y que no querían que quedará evidencia de lo que ellos decían, ya que un gran porcentaje han sido víctimas, de estigmatización y discriminación, no sólo por parte de la familia, sino de las personas que forman su círculo social, debido a la actitud de los pacientes se realizó un cambio en la programación de técnicas e instrumentos.

La tercera fase del periodo de trabajo de investigación, constó de dos momentos, en el primero se aplicó una entrevista semi estructurada por medio de la técnica de guiones específicos a pacientes de la Unidad Integral diagnosticados con VIH y en el segundo un cuestionario de opinión para pacientes de consulta externa, no portadores del virus VIH, de otros servicios que presta el Hospital Nacional Pedro de Bethancourt, en esta fase se obtuvo la mayor parte de la información que sustenta esta investigación.

La técnica de análisis de datos también constó de dos momentos, en el primero se utilizó la inducción analítica y comparativa, se desarrollaron y clasificaron categorías; en el segundo momento a partir del análisis de la información se realizó una tabulación, organización y presentación de resultados donde se utilizaron porcentajes representados en gráficas de barras. Además se confrontó esta investigación con estudios e investigaciones realizadas a nivel nacional e internacional.

2.2 Instrumentos:

Los instrumentos que se utilizaron fueron:

Guía de observación:

La observación jugó un papel importante en la investigación porque proporcionó elementos fundamentales como los hechos, que se traducen en un registro visual de lo

que ocurre en un ambiente real dentro del contexto de los pacientes, sus interrelaciones con otros pacientes y con personal médico o de apoyo, en la sala de espera de la Clínica de Unidad Integral y en otras situaciones. La Guía de Observación estuvo compuesta por 13 aspectos a observar como: ingreso del paciente a la Clínica, atención del personal médico, acompañamiento de pareja o familia y cantidad de pacientes que asisten al servicio, la información obtenida se guardó en un diario de campo (Ver Anexo 1).

Guía de entrevista semi-estructurada:

La entrevista, se basa en una guía de asuntos o preguntas sobre VIH/SIDA y condiciones de vida, donde el investigador tiene la libertad de introducir ideas adicionales con respecto a la pregunta, para precisar conceptos u obtener mayor información sobre el tema deseado. La entrevista constó de 24 ítems de acuerdo a la extensión del tema, los ítems que se asignaron a cada categoría fueron: datos generales 8 ítems; educación sexual sobre el VIH 3 ítems; estado emocional 3 ítems; percepción de la relación de pareja 5 ítems; conocimiento de métodos preventivos 2 ítems, expectativas de vida 3 ítems, para un total de 24 ítems, con el objetivo de proporcionar una vista clara sobre el manejo de los conceptos de inmunodeficiencia humana y adquirida, su relación con el entorno (familia, grupo social, relación de pareja), adherencia y calidad de vida en pacientes de la Unidad de Atención Integral. (Ver anexo 2).

Cuestionario de opinión:

El cuestionario determinó el método de contacto con la muestra, que permitió el desarrollo del mismo que consta de un conjunto de 13 preguntas abiertas, sobre niveles de conocimiento e información sobre el virus del VIH/SIDA en la vida de una persona, así como la actitud y práctica personal en una relación de pareja con una persona diagnosticada VIH positiva. La finalidad es conocer la situación actual de

información o desinformación y reacción conductual ante el tema de VIH entre los pacientes que asisten al Hospital Nacional Pedro de Bethancourt, pero a otros servicios de salud, que no están en contacto con pacientes VIH positivos. (Ver Anexo 3).

CAPÍTULO III

3. PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS:

3.1 Características del lugar:

El Hospital Pedro de Betancourt se encuentra ubicado en Ciudad Vieja Antigua Guatemala, dentro de éste funciona la Unidad Integral para pacientes con VIH en la Clínica No. 18, que surge de la necesidad de atención a personas con diagnóstico positivo de VIH que tiene como objetivo brindar orientación y tratamiento a los pacientes que asisten.

El personal que atiende en la clínica está compuesto de 1 estadígrafo, 1 trabajadora social, 1 educadora, 1 psicólogo, 1 Jefa de enfermeras, 2 enfermeras, 2 personas de farmacia que se dedican únicamente a la distribución de medicamentos antirretrovirales y 1 médico general. Durante la investigación se pudo observar que el servicio que se presta es integral, sin embargo, este debe de complementarse con programas de compromiso en los servicios de salud y estima personal sobre el valor que tiene como ser humano la persona sero-positiva, porque aunque existe el personal sólo se trata de mantener la adecuada salud física y emocional, pero no se retroalimenta ni verifica confiablemente a los pacientes sobre métodos correctos de prevención para las parejas de los pacientes ya sean fijas u ocasionales; así como tampoco se le visualiza cómo valora su vida personal, esto se hizo evidente en los resultados de la investigación, por ejemplo los pacientes no saben con certeza la diferencia entre el VIH y SIDA, y si no saben exactamente qué es, no podrán alcanzar una adherencia adecuada ni utilizar métodos de prevención, factores determinantes en una mejor calidad de vida.

Dentro de la investigación se trabajó con una población de 33 pacientes de la Unidad integral y 34 pacientes de consulta externa comprendidos entre las edades de 24 a 35 años, quienes provienen de diferentes partes del área urbana y rural, el mayor

porcentaje de pacientes posee un bajo nivel educativo, se puede observar inicialmente en la letra con que fueron llenadas las entrevistas y en el grado académico que poseen cada uno, donde el 15% no tienen escolaridad, el 37% educación primaria, el 33% educación básica, el 9% educación a nivel diversificado y 6% estudios universitarios; los pacientes tienen una filosofía religiosa variada donde el 52% profesa la religión católica, el 36% la evangélica, y el 12% no tiene religión, al mismo tiempo se identificó que, la situación socioeconómica que prevalece en los pacientes es de clase baja que se caracteriza por baja pobreza, sin embargo, existen pacientes de clase media y media-baja que en su mayoría son ladinos, mestizos y un porcentaje de indígenas, que poseen diferentes fuentes de ingreso, siendo empleados de instituciones, comercios, servicios y en algunos casos pertenecen a la economía informal.

En los factores de salud en general relacionados a los pacientes, se comprobó mediante la observación y la interrelación directa, que los pacientes que están diagnosticados por más de 3 años con un conteo de células T, (CD4) arriba de 500 han respondido en una forma positiva a la adherencia del tratamiento integral, que incluye, la toma de medicamentos en las horas establecidas, evitar el uso de bebidas alcohólicas o algún tipo de drogas, así como la práctica del sexo seguro y sin riesgo, sin dejar por un lado el ejercicio y el descanso indispensable en la salud física del individuo, ya que un conteo de células CD4 por debajo de 200 células/mm³ puede diagnosticarse como SIDA, incluso si no tiene una enfermedad oportunista que ataca al sistema inmunológico.

En las entrevistas se constato que el 46% de pacientes desconocen su conteo de CD4 y esto les impide conocer su estado actual de salud y adherencia al tratamiento integral, en esta condición de vida conocer el manejo de la enfermedad se torna vital ya que la misma puede ser esencial para aumentar las expectativas y calidad de vida factores determinantes en sus relaciones sociales y de pareja, actualmente el 44% de pacientes no tienen una pareja estable y 55% no creen tener una relación a futuro, dato muy similar al porcentaje de personas que desconocen el conteo de defensas y carga

viral por lo que se infiere que el desconocimiento de estado actual de salud si es significativo en las relaciones de pareja, sin embargo, el índice alto de visión a futuro incrementa las futuras expectativas en una relación de pareja, aunque siempre es necesario que se practique el sexo seguro, esto permite una probabilidad de establecer una relación de pareja saludable y duradera.

En términos generales se puede indicar que los pacientes poseen una salud física aceptable, más no psicológica porque siempre están con la incertidumbre de saber si el día de mañana habrá medicamentos y si pueden llevar una vida normal tanto en forma personal como en una relación de pareja.

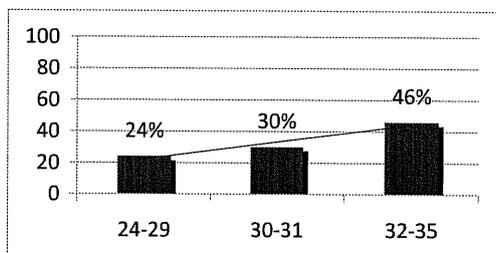
El sector donde se ubica el Hospital, no es de alto grado de peligrosidad con respecto a las acciones y hechos criminales o violentos en sus cercanías tanto en horas del día como de la noche, pero como en cualquier sitio de Guatemala eventualmente se presentan hechos delictivos.

Tomando en cuenta la descripción de las características de los pacientes, se trabajó con una muestra no aleatoria, para un mejor aprovechamiento del contenido de información recabada, plasmando en ella las reacciones psicológicas que sucedieron durante el proceso de la investigación como depresión y ansiedad en el momento de la entrevista inicial, al conseguir el rapport aumento la capacidad de comunicación y la forma de direccionar la entrevista que logro establecer el estado emocional del paciente y su percepción en la relación de pareja estableciendo manifestaciones psicológicas de miedo, ira, temor, visión a futuro en el sentido de vida así como dentro de relación de pareja actual y futura.

3.2. Características de la población:

“RESULTADOS DE LA ENTREVISTA DIRIGIDA A PACIENTES”

Gráfica No. 1
Distribución de edades de la Muestra

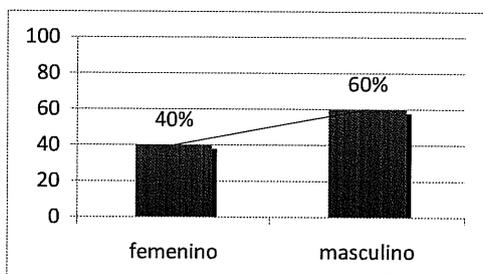


Fuente: Entrevista aplicada a pacientes de la Unidad Integral del Hospital Nacional Pedro de Betancourt, Ciudad Vieja, Antigua Guatemala, realizada en los meses de enero – marzo, año 2,013.

Descripción:

La gráfica muestra que el 46% de los pacientes se encuentran dentro del rango de edades de 32 a 35 años, lo que indica que las personas tienen más probabilidades de estar diagnosticado en este rango. La gráfica también muestra que el 30% de pacientes se hallan entre 30 y 31 años; y el 24% entre 24-29 años de edad.

Gráfica No. 2
Sexo de la Muestra

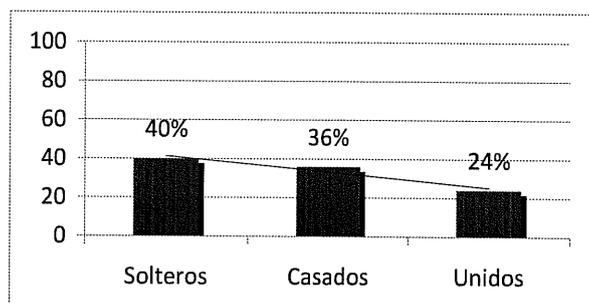


Fuente: Entrevista aplicada a pacientes de la Unidad Integral del Hospital Nacional Pedro de Betancourt, Ciudad Vieja, Antigua Guatemala, realizada en los meses de enero – marzo, año 2,013.

Descripción:

La gráfica indica que el 60% de los pacientes son de sexo masculino y el 40% de sexo femenino por lo que se infiere que los hombres tienen más posibilidades de contagiarse con VIH/SIDA.

Gráfica No. 3
Estado Civil

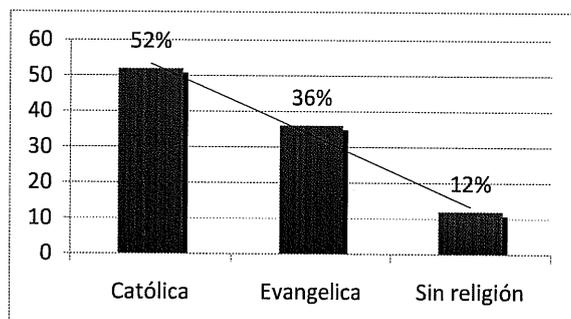


Fuente: Entrevista aplicada a pacientes de la Unidad Integral del Hospital Nacional Pedro de Betancourt, Ciudad Vieja, Antigua Guatemala, realizada en los meses de enero – marzo, año 2,013.

Descripción:

La gráfica revela que el 40% de los pacientes son solteros; el 36% casado y el 24% unidos, lo que indica que el estado civil no incide significativamente en el diagnóstico positivo del VIH.

Gráfica No. 4
Religión

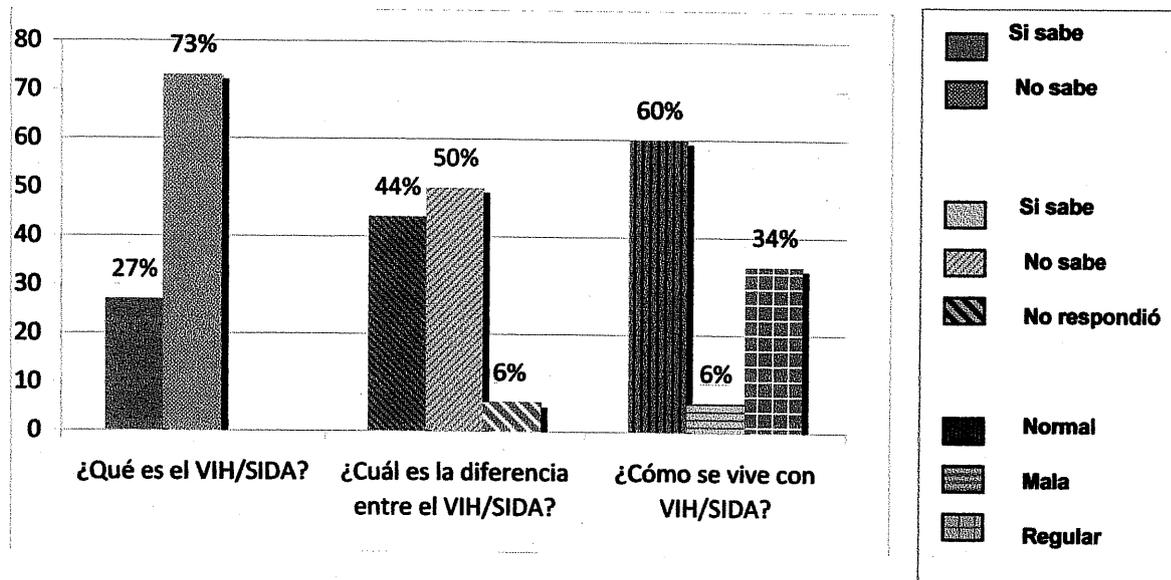


Fuente: Entrevista aplicada a pacientes de la Unidad Integral del Hospital Nacional Pedro de Betancourt, Ciudad Vieja, Antigua Guatemala, realizada en los meses de enero – marzo, año 2,013.

Descripción:

La gráfica presenta que el 52% de los pacientes ejerce la religión católica; el 36% la evangélica; y el 12% no ejerce ninguna religión, indicando que la religión que practican los pacientes incide directamente en la prevalencia del VIH/SIDA.

Gráfica No. 5
Educación Sexual sobre VIH/SIDA

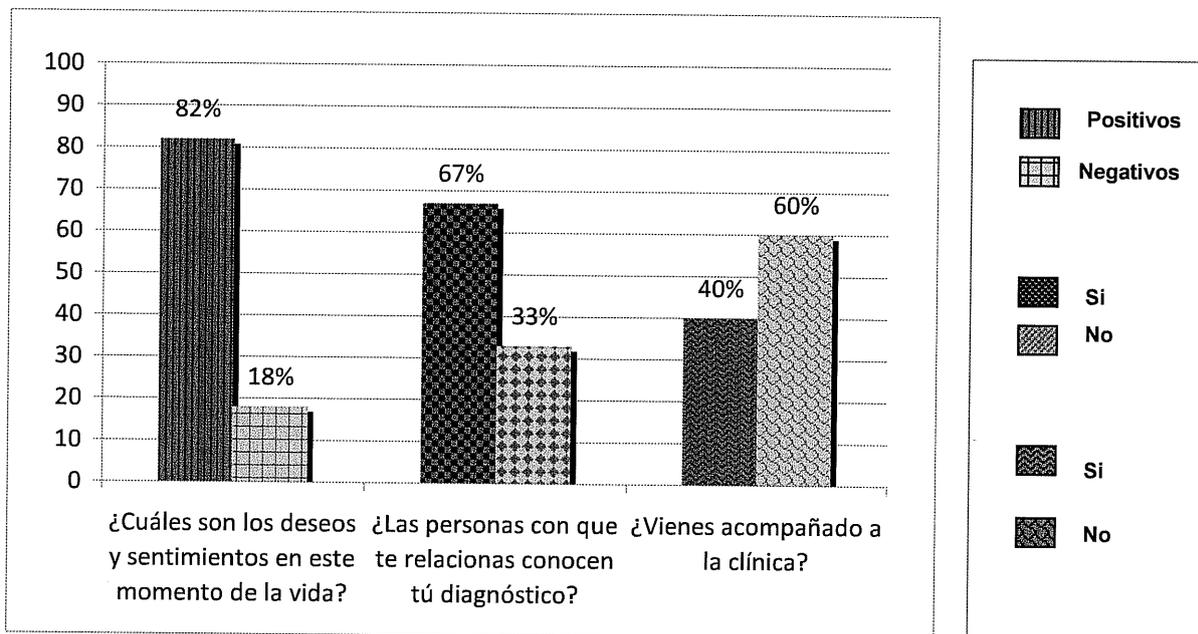


Fuente: Entrevista aplicada a pacientes de la Unidad Integral del Hospital Nacional Pedro de Betancourt, Ciudad Vieja, Antigua Guatemala, realizada en los meses de enero – marzo, año 2,013.

Descripción:

La gráfica señala que el 73% de los pacientes no saben que es el VIH/SIDA y el 27% si; el 44% si sabe la diferencia entre VIH/SIDA, el 50% no conoce la diferencia entre el VIH y SIDA y el 6% no respondió; el 60% de los pacientes considera que su vida sigue normal con la enfermedad, el 34% piensa que es regular y el 6% que es mala. Lo que deduce que se necesita que los pacientes asimilen la información en forma adecuada, porque si no saben qué es exactamente la enfermedad ni su diferencia no podrán adherirse al tratamiento.

Gráfica No. 6
Estado Emocional

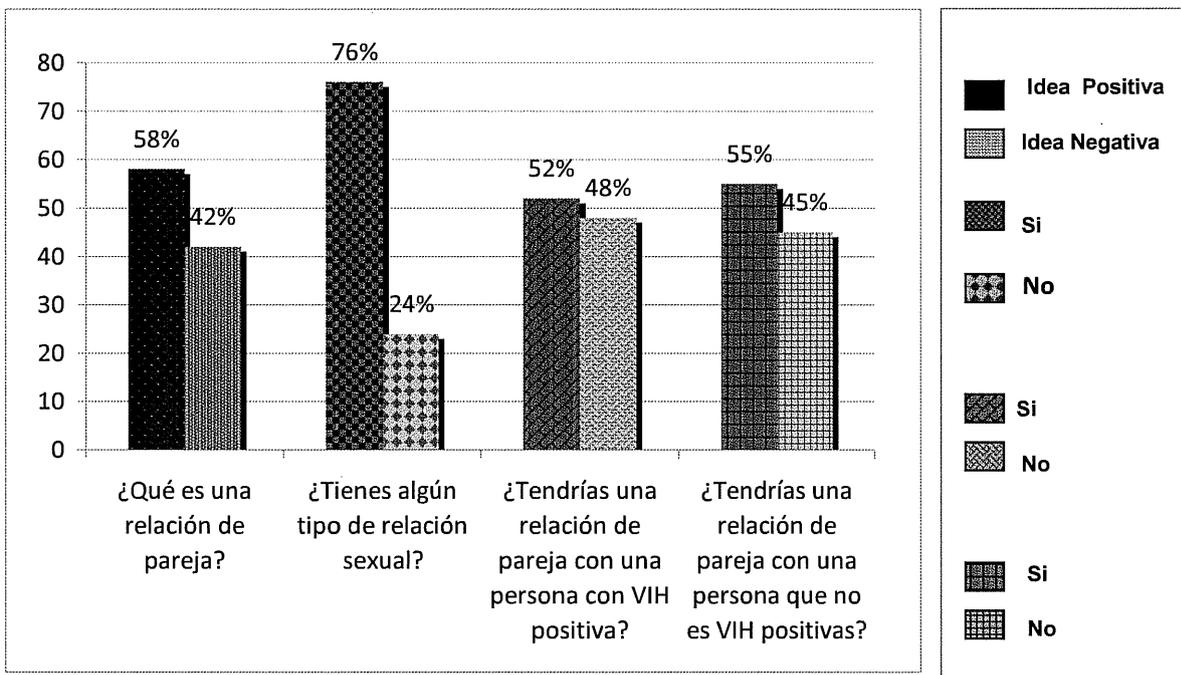


Fuente: Entrevista aplicada a pacientes de la Unidad Integral del Hospital Nacional Pedro de Betancourt, Ciudad Vieja, Antigua Guatemala, realizada en los meses de enero – marzo, año 2,013.

Descripción:

La gráfica ilustra que el 82% de los pacientes tienen una actitud positiva ante la enfermedad y un 18% no; el 67% reporta que las personas que forman su círculo social si saben de su enfermedad y el 33% no; y que el 60% de los pacientes no viene acompañado a sus citas y el 40% si, estos datos confirman que para que los pacientes tomen una actitud positiva ante su enfermedad es importante que tengan buenas relaciones con familia y amigos.

Gráfica No. 7
Percepción de la relación de pareja



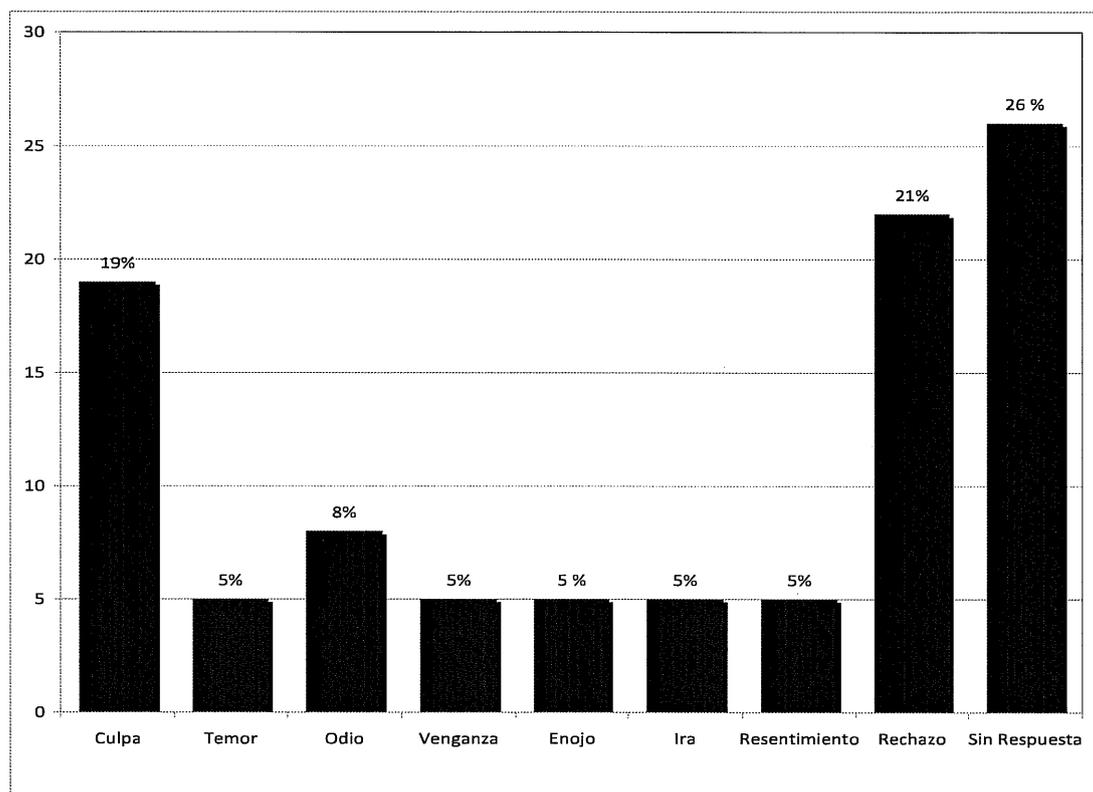
Fuente: Entrevista aplicada a pacientes de la Unidad Integral del Hospital Nacional Pedro de Betancourt, Ciudad Vieja, Antigua Guatemala, realizada en los meses de enero – marzo, año 2,013.

Descripción:

La gráfica evidencia que el 58% de los pacientes tiene una idea positiva acerca de lo que es una relación de pareja y el 42% no; el 76% tiene actualmente algún tipo de relación sexual y el 24% no; el 52% reportó que si tendría una pareja con VIH y el 48% no; el 55% que si tendría una relación con una persona que no tiene VIH y el 45% no; lo que muestra que los pacientes poseen una idea positiva ante la posibilidad de mantener una relación de pareja tanto en el momento actual como a futuro.

Gráfica No. 8

Manifestación y Repercusión en la Relación de Pareja en el Momento de que uno de sus Miembros es Diagnosticado VIH Positivo

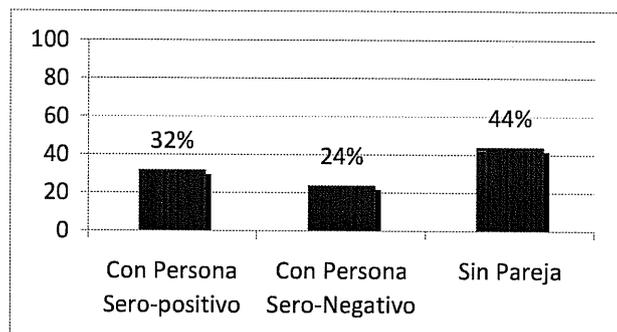


Fuente: Entrevista aplicada a pacientes de la Unidad Integral del Hospital Nacional Pedro de Betancourt, Ciudad Vieja, Antigua Guatemala, realizada en los meses de enero – marzo, año 2,013.

Descripción:

La gráfica evidencia las manifestaciones y repercusiones emocionales en una relación de pareja en el momento que uno de sus miembros es diagnosticado VIH positivo, el 19% muestra sentimientos de culpa, el 5% temor, 8% odio, 5% sentimiento de venganza, 5% enojo, 5% ira, 5% resentimiento, 21% rechazo y 26% evita una respuesta.

Gráfica No. 9
Relación de pareja de paciente Sero-Positivo

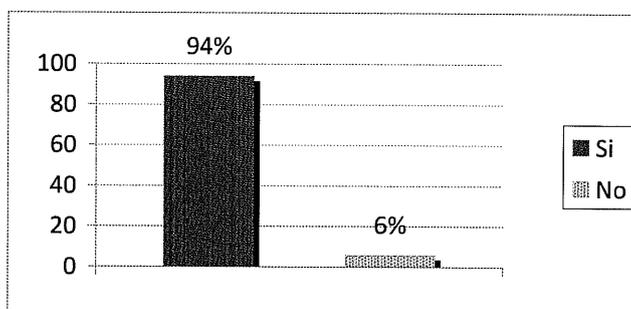


Fuente: Entrevista aplicada a pacientes de la Unidad Integral del Hospital Nacional Pedro de Betancourt, Ciudad Vieja, Antigua Guatemala, realizada en los meses de enero – marzo, año 2,013.

Descripción:

La gráfica da a conocer que el 32% de pacientes diagnosticados VIH positivo poseen una relación de pareja con una persona sero-positiva, el 24% con una persona sero-negativa y el 44% prefieren no tener una relación de pareja, esto demuestra que la tendencia de los pacientes es no contar con una pareja estable.

Gráfica No. 10
Conocimiento de métodos de Prevención

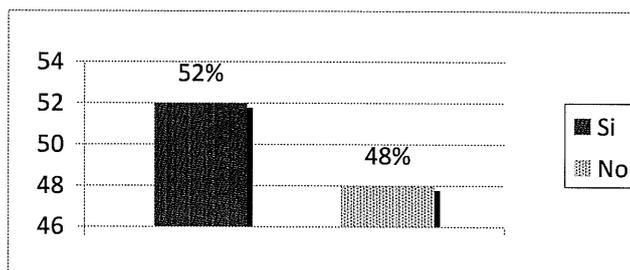


Fuente: Entrevista aplicada a pacientes de la Unidad Integral del Hospital Nacional Pedro de Betancourt, Ciudad Vieja, Antigua Guatemala, realizada en los meses de enero – marzo, año 2,013.

Descripción:

La gráfica indica que el 94% de los pacientes conoce métodos preventivos y el 6% ninguno, esto demuestra que existe conocimiento básico en el uso de los métodos preventivos en especial del uso del condón por ser el mejor método de prevención para el contagio del VIH.

Gráfica No. 11
Conocimiento de medicamento TRUVADA

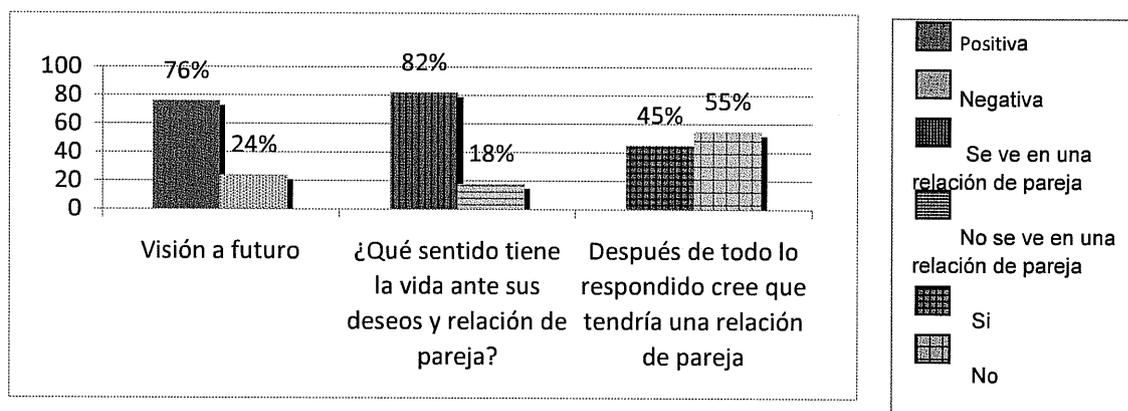


Fuente: Entrevista aplicada a pacientes de la Unidad Integral del Hospital Nacional Pedro de Betancourt, Ciudad Vieja, Antigua Guatemala, realizada en los meses de enero – marzo, año 2,013.

Descripción:

La gráfica revela que el 52% de los pacientes no conoce el medicamento TRUVADA y el 48% si lo conoce como fármaco retroviral, esto demuestra que los pacientes no tienen conocimiento sobre las estrategias actualizadas que ayudan en actividades de riesgo en una relación de pareja.

Gráfica No. 12
Expectativas de vida

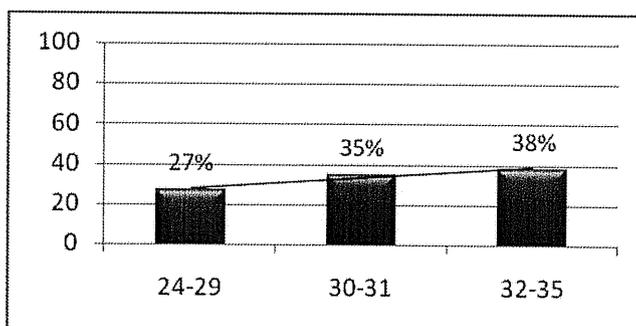


Fuente: Entrevista aplicada a pacientes de la Unidad Integral del Hospital Nacional Pedro de Betancourt, Ciudad Vieja, Antigua Guatemala, realizada en los meses de enero – marzo, año 2,013.

Descripción:

La gráfica presenta que el 76% de los pacientes tiene una imagen de sí mismo a futuro y el 24% no; el 82% se ve en una relación de pareja y el 18% no; el 55% cree que no puede tener una relación de pareja y el 45% si. Estos datos muestran la confusión en las emociones de los pacientes, pues aunque tienen una visión positiva personal y en pareja no se ven en una relación a futuro a pesar que muchos la tienen actualmente.

Gráfica No. 13
Distribución de edades de la Muestra
Consulta Externa

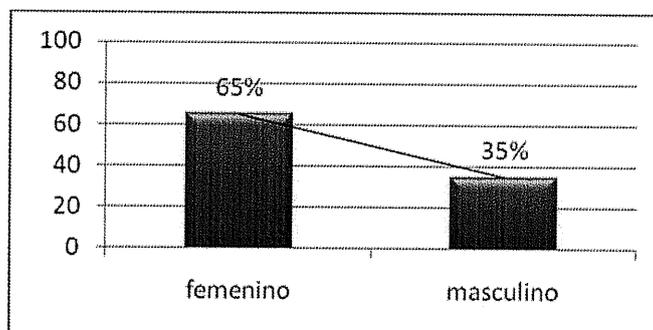


Fuente: Cuestionario aplicado a pacientes de consulta externa del Hospital Nacional Pedro de Betancourt, Ciudad Vieja, Antigua Guatemala, realizada en los meses de enero - marzo , año 2,013.

Descripción:

La gráfica señala que el 27% de los pacientes de consulta externa sero-negativos se encuentra dentro del rango de edades de 24 a 29 años, 35 % dentro de 30 a 35 años y el 38% entre 32 a 35 años, esto demuestra que a mayor edad la asistencia a otros servicios dentro del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt aumenta.

Gráfica No. 14
Sexo de la Muestra
Consulta Externa

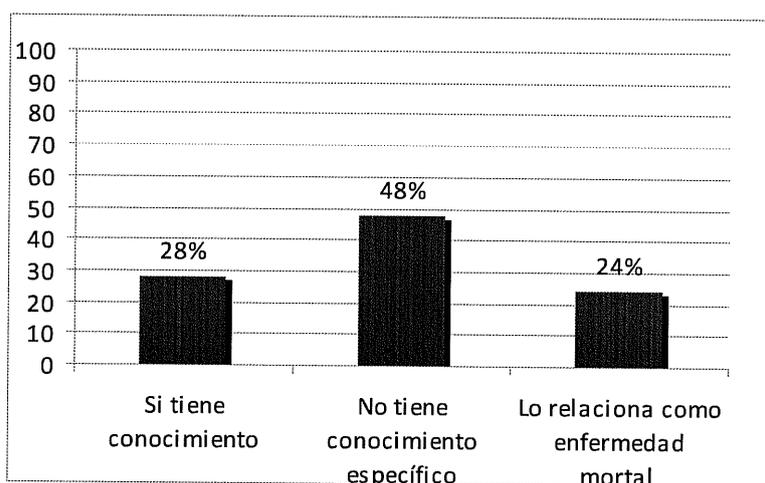


Fuente: Cuestionario aplicado a pacientes de consulta externa del Hospital Nacional Pedro de Betancourt, Ciudad Vieja, Antigua Guatemala, realizada en los meses de enero - marzo , año 2,013.

Descripción:

La gráfica ilustra que entre los pacientes de consulta externa sero- negativos: el 65% son de sexo femenino y el 35% de sexo masculino, por lo que se infiere que las mujeres requieren mayor asistencia en otros servicios del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt.

Gráfica No. 15
Educación sexual sobre VIH/SIDA
Consulta Externa

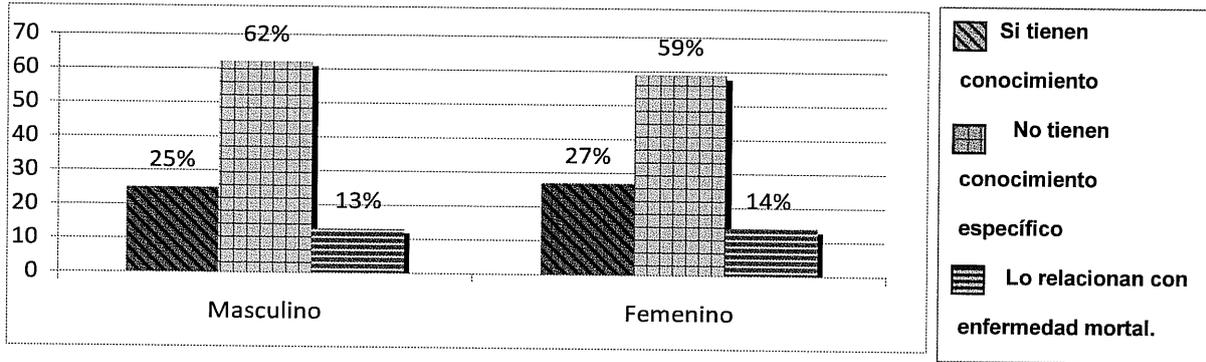


Fuente: Cuestionario aplicado a pacientes de consulta externa del Hospital Nacional Pedro de Betancourt, Ciudad Vieja, Antigua Guatemala, realizada en los meses de enero - marzo , año 2,013.

Descripción:

La gráfica pone de manifiesto que los pacientes de consulta externa sero-negativos, 28% si saben que es el VIH/SIDA, el 48% no lo saben con certeza y el 24% lo relacionan con una enfermedad mortal, esto indica que hay necesidad de impartir información adecuada sobre la enfermedad.

Gráfica No. 16
Educación sexual sobre VIH/SIDA
Consulta Externa

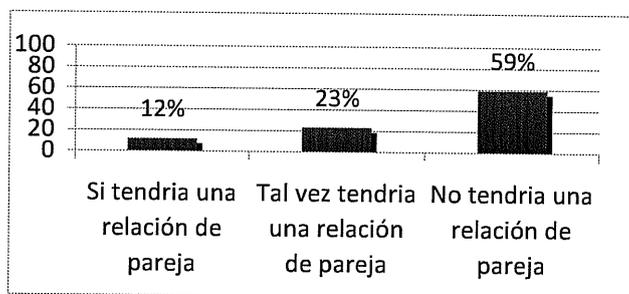


Fuente: Cuestionario aplicado a pacientes de consulta externa del Hospital Nacional Pedro de Betancourt, Ciudad Vieja, Antigua Guatemala, realizada en los meses de enero - marzo , año 2,013.

Descripción:

La gráfica representa que los pacientes de consulta externa sero-negativos de sexo masculino, 25% si sabe sobre VIH, 62% no tienen un conocimiento específico y 13% lo relacionan con una enfermedad mortal; el sexo femenino 27% si sabe sobre VIH, 59 % no tiene conocimiento específico y 14% lo relaciona con una enfermedad mortal, lo que refiere que el género de los pacientes no incide en el conocimiento del VIH/SIDA.

Gráfica No. 17
Percepción de la relación de pareja
Consulta Externa

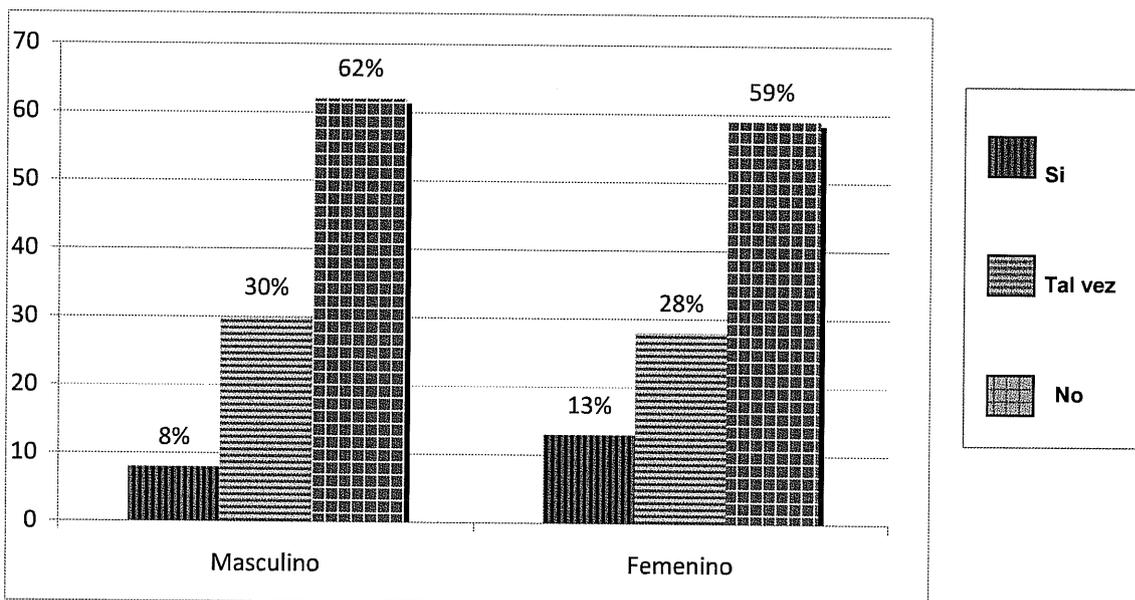


Fuente: Cuestionario aplicado a pacientes de consulta externa del Hospital Nacional Pedro de Betancourt, Ciudad Vieja, Antigua Guatemala, realizada en los meses de enero - marzo , año 2,013.

Descripción:

La gráfica indica que entre los pacientes de consulta externa sero-negativos, el 12% si tendría una relación de pareja, 23% tal vez tendría una relación y el 59% no tendría, indicando que la tendencia es mayor a no comprometerse a tener una pareja con diagnóstico VIH.

Gráfica No. 18
Percepción de la Relación de pareja
Consulta Externa



Fuente: Cuestionario aplicado a pacientes de consulta externa del Hospital Nacional Pedro de Betancourt, Ciudad Vieja, Antigua Guatemala, realizada en los meses de enero - marzo , año 2,013.

Descripción:

La gráfica ilustra que los pacientes de consulta externa sero-negativos sexo masculino, el 8% si tendría una relación de pareja, 30 % tal vez y 62% no tendría; en el sexo femenino, el 13% si tendría una relación de pareja, 28% tal vez y 59% no tendría, esto indica que el sexo femenino puede ser accesible a un relación de pareja con una persona sero-positiva.

3.3. Análisis de resultados:

Después de haber analizado los resultados de las observaciones, entrevistas y cuestionarios, es importante resaltar que el propósito de esta investigación fue identificar los tipos de reacciones emocionales que enfrentan las personas diagnosticadas con VIH en el manejo de una relación de pareja sero-discordante. Estas relaciones han estado en un tiempo indefinido en riesgo por no tener conocimiento de ser portadores del virus del VIH y no utilizar ningún método de prevención.

En una relación de pareja cuando uno de sus miembros se entera de un diagnóstico de VIH positivo, aparecen manifestaciones emocionales como temor, ira, venganza, odio, enojo y resentimiento, que lleva repercusiones como rechazo y sentimientos de culpa; por lo tanto la persona con diagnóstico positivo decide como en este estudio no comentarlo inmediatamente, pero los síntomas y deterioro de salud notable hace sospechar a la pareja que existe un problema de salud, por lo tanto, se hace necesario que la persona sero-positiva haga conocimiento del diagnóstico a su pareja, aunado a esto, existe un compromiso solicitado por el Programa Nacional de Prevención y Control de ITS, VIH y SIDA, del Ministerio de Salud Pública, donde el paciente con diagnóstico VIH, firma y se compromete a informarle en cinco días a la pareja sobre el diagnóstico, de lo contrario, Trabajo Social está en la obligación de realizar una visita domiciliaria para dar dicha información.

El diagnóstico dado a un miembro en una relación de pareja la convierte en una pareja sero-discordante, pero cuando el individuo parte de esa relación, se realiza la prueba de VIH y su diagnóstico es positivo, como se vio en esta investigación, pasa hacer una relación donde ambos miembros son sero-positivo, las manifestaciones por parte de la persona que se entera que la pareja es positiva, por consiguiente él también, es de ira y enojo; en ese instante surge la primera interrogante, ¿Quién es el culpable de esta nueva condición de vida?, en el momento que uno de los dos acepta esa responsabilidad se manejan sentimientos de culpa y rechazo, crucial en la toma de decisión de permanecer o no por parte de los dos con la relación de pareja, los casos

demuestran que se toman ambas decisiones la de separarse y permanecer juntos, los que permanecen en la relación lo atribuyen a que si ya están unidos hay que luchar y apoyarse por salir adelante principalmente cuando existen hijos de por medio; solo es de tomar las medidas acertadas para evitar una re-infección que consiste en que una de las personas sero-positivas dentro de la pareja se re-infecte con cepas diferentes de VIH en el mismo momento, esto crea una inmunidad contra dicho virus, por lo mismo las medidas de prevención, como el sexo seguro y sin riesgo, el preservativo como método eficaz para evitar la transmisión del virus del VIH, así como el de una reinfección, es de vital importancia en estas relaciones, la pareja que decide la separación manifiesta rechazo, culpa y venganza unidos a otras manifestaciones emocionales de odio, enojo, ira y resentimiento.

Las relaciones de pareja donde solo a uno de los miembros se le diagnostica VIH positivo, es la que se define como relaciones sero-discordantes, estas relaciones se inician en dos circunstancias en el estudio, una mientras la pareja convive en una relación sentimental, en el instante que uno de ellos es diagnosticado VIH, y la otra al inicio de una relación de pareja; el hecho de convivir en una relación de pareja sero-discordante no lleva consigo que la persona sin diagnóstico de VIH, pueda llegar a tener a futuro un diagnóstico positivo, esto se cumple en la medida que la pareja no se exponga a relaciones de riesgo y utilice siempre métodos preventivos, la asertividad de este hecho puede rectificarse en el estudio de esta investigación, donde la cuarta parte de la población mantiene una relación con una persona no portadora del virus del VIH y casi toda la población utiliza el preservativo como medida de protección.

Las manifestaciones emocionales de la pareja sero-discordante diagnosticado en el momento de una convivencia, al igual que las existentes en donde ambos son portadores de VIH, son, enojo, ira, resentimiento, la diferencia radica en el sentimiento de culpa por parte de la persona sero-positiva ya que es evidente que estuvo expuesta a una relación de riesgo, la manifestación emocional en ambos miembros de la pareja es el temor, uno por pensar que puede infectar a su pareja y el otro que pueda ser

infectado, estas reacciones se intentan apaciguar con la psico-educación que les brinda la Unidad Integral con el objeto de canalizar estas manifestaciones y encontrar en esta nueva situación de vida , sentido a la relación de pareja aprendiendo a vivir en ella, logrando por medio del proceso terapéutico un cambio y una calidad de vida en pareja, sin embargo, existen decisiones que se deben asumir, continuar la relación, sentirse listo(a) para una nueva condición de vida o ponerle fin a dicha relación, porque aunque exista el sentimiento firme para una relación duradera aparece aun la incógnita si se desea a la pareja con el virus o si quiere poner en riesgo al compañero(a).

La reacción de no abandonar a la pareja sero-positiva, se refleja en una aceptación positiva en la cuarta parte de la muestra, pero aunque la decisión haya sido de esa forma no se logra la entrevista con la persona sero-negativa, ya que su asistencia a la Unidad Integral se da en razones específicas, como si dentro la relación existió una actividad de riesgo, el deseo de formar una familia o chequeo indispensable solicitado por la Unidad Integral, el apoyo y acompañamiento como parte de una integración de pareja es mínimo lo que impide conocer la manifestación en la forma de afrontar un nuevo estilo de vida ante la existencia del virus en la pareja.

Al inicio de una nueva relación de pareja con una persona sero-negativa se maneja la siguiente interrogante según el estudio realizado, ¿En qué momento se le indica a la posible pareja que se tiene un diagnóstico VIH positivo?, la respuesta a esta pregunta se evidenció en un 50% que se le indicaría desde el principio y un 50% al formalizar la relación, “esperar a que exista un sentimiento profundo de amor entre ambos”, en ambas respuesta se concuerda que de existir relaciones sexuales debe de ser con protección usando como método preventivo el preservativo; de acuerdo con este razonamiento el problema por el que surge esta pregunta es por la discriminación y estigmatización de que ha sido objeto la persona portadora del virus del VIH, que comprende maltrato psicológico, perdida del hogar, empleo, rechazo de familiares, conyugues y amigos.

En la relación de pareja sero-discordante de mutuo acuerdo, la integración como unidad en el acompañamiento del tratamiento integral que incluye a la pareja sero-negativa como parte del mismo es mínimo, esto es incongruente ya que para que exista una calidad de vida en pareja se debe buscar en conjunto información y apoyo sobre las alternativas disponibles para llevar a cabo una relación adecuada, esto es similar a la calidad de vida de la persona, que para que pueda tomar una actitud positiva ante la enfermedad es importante que tenga buenas relaciones con familia y amigos, esto es contradictorio ya que a pesar que más de la mitad de la población indica que las personas de su círculo conoce el diagnóstico de sero- positivo, casi nunca viene acompañado a la Unidad Integral.

Las diferentes manifestaciones dadas en las diferentes relaciones de pareja permitió identificar, cómo vive el paciente su estado de seropositividad, los deseos y sentimientos en este instante de la vida, el estado civil de cada uno como casado, unido y soltero así como si estas son con personas sero-positiva, sero-negativa o sin pareja, al vincular una con respecto a la otra se evidencia que más de la mitad del porcentaje de población tiene una actitud positiva ante la enfermedad y considera que su vida sigue normal, esto hace que igualmente más de la mitad de la población posea una relación de pareja estable.

En la percepción hacia nuevas relaciones no importando si esta es con individuos con diagnóstico VIH positivo o negativo es también más de la mitad de la población investigada, por consiguiente, la visión a futuro y expectativa de vida va en aumento conforme se tiene una imagen positiva de sí mismo y de pareja en más de tres partes de la población; este alto porcentaje define que la base de una mejor calidad de vida puede aumentar con la formación e información sobre el VIH/SIDA dato que se contradice porque el estudio indica que más de la mitad de la población no conoce estos términos ni su diferencia, aunque en el dialogo se constato que si conocen los elementos básicos sobre el virus en sus propias palabras.

Las alternativas en una vida de pareja es trabajar la estima personal con la logoterapia como propuesta psicoterapéutica, que propone que la voluntad de sentido es la motivación primaria del ser humano que invita a tener la iniciativa personal de encontrar el por qué de la propia vida y de la vida en pareja, enfrentar el sufrimiento de un diagnóstico de VIH con actitud acertada dándole sentido a dicha relación.

En contra posición de los datos anteriores se encuentra la reacción de pacientes de este estudio registrado en consulta externa del Hospital, que no tiene evidencia de ser una persona con diagnóstico positivo de VIH, donde solo una décima parte aceptaría una relación de pareja y una cuarta parte posiblemente, el indicativo tan bajo que se refleja en la población de estudio es por la poca información sobre el tema de VIH y sus alternativas en una relación de pareja ya que solo la cuarta parte de la misma tiene conocimiento específico sobre VIH/SIDA, a pesar de la negativa ante la posibilidad de mantener una relación de pareja con una personas diagnosticada con el virus VIH, el estudio refleja que más de la mitad de personas sero-positivas si mantienen una relación con población no diagnosticada con el virus VIH y las tres cuartas partes de esa misma población mantiene algún tipo de relación sexual, esto indica que no tiene relevancia que la población no diagnosticada con el virus del VIH no desee una relación de pareja con la población que si esta diagnosticada con el virus, pues la alternativa en algunos casos por parte de la persona sero-positiva es ocultar el diagnóstico, el problema reside en el momento que existe una relación de riesgo, porque aunque casi toda la población diagnosticada VIH positivo utiliza método de prevención, específicamente el preservativo, no se descarta algún factor de riesgo como la ruptura del preservativo que ponga en evidencia la seropositividad de uno de los miembros de la pareja.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que en Guatemala y en el mundo la mitad de las personas VIH-positivas que están en una relación de pareja a largo plazo, tienen un compañero(a) seronegativo. Se calcula que la mitad de las personas infectadas por el VIH no saben que lo están y muchas personas que se

encuentran en una relación de pareja no conocen la situación de su compañero o compañera. Por esa razón, la OMS recomienda que los integrantes de una pareja se hagan juntos el examen para detectar el VIH, así como también reciban asesoramiento, someterse voluntariamente a la prueba de detección del VIH y recibir asesoramiento como pareja, implica que ambos se hacen la prueba juntos, obtienen los resultados y conversan sobre su situación con el apoyo de un profesional de la psicología. De esta manera, pueden examinar juntos una amplia gama de opciones para la prevención, el tratamiento y el apoyo, para tomar una decisión conjunta.

En el uso correcto y sistemático de preservativos, el educador puede recomendar que la persona seropositiva tome antirretrovirales, independientemente de su estado inmunitario. Se ha comprobado que, de esta forma, el miembro seropositivo de la pareja puede permanecer sano más tiempo y se reduce el riesgo de que puedan transmitir el virus a quien aman. Este hallazgo llevó a la OMS a que en abril del 2012 emitiera nuevas directrices para las pruebas de detección del VIH y para el asesoramiento de las parejas, incluido el uso de antirretrovirales para el tratamiento y la prevención en parejas sero-discordantes, sin embargo, aunque existe esta directriz en el estudio se comprobó con el medicamento TRUVADA como método preventivo, que la mitad de la población no lo conoce y la otra mitad solo sabe que es fármaco retroviral, esto evidencia la falta de información sobre las alternativas de una calidad de vida que pueda disminuir las reacciones como el temor de contagiarse dentro de la relación de pareja sero-discordante.

La muestra constó de 67 pacientes entre hombres y mujeres entre 24 a 35 años, 34 pacientes de consulta externa del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt no portadores del virus VIH y 33 pacientes que acudieron a su cita periódica para evaluación, control y tratamiento por infección del virus VIH, a la Clínica de Unidad Integral del Hospital Pedro de Bethancourt durante los meses de enero a marzo 2013, a quienes se observó y entrevistó acerca del momento en el que fueron diagnosticados como VIH y de su condición de vida actual, se pudo observar que la mayoría de

pacientes coincidieron en reacciones psicológicas al haber sido diagnosticados VIH positivo, dentro de estas se pueden mencionar: miedo, ansiedad, depresión, angustia, negación que en algunos momentos los llevaron a pensamientos suicidas, quedando deteriorada la estima personal del individuo, por lo tanto, la adecuada atención integral médica, psicológica, psicoeducativa, social y calidad de vida en los pacientes al inicio de esta nueva condición de vida, es vital en el desarrollo posterior de encarar la vida personal y en pareja, sin embargo, esto depende mucho de los factores sociales porque se sienten discriminados, violentados psicológica y laboralmente y sin garantías de parte del Estado con respecto a medicamentos, de aquí la incertidumbre si siempre podrán contar con el medicamento retroviral, ya que en el pasado ha existido por cuestiones políticas escasez de dicho medicamento e inclusive la asistencia a los diferentes centros de atención a personas con VIH han sido eliminados quedando a la expectativa y con temor a perder la atención integral, actualmente el Ministerio de Salud se hace cargo de esta atención y tratamiento por medio de las Unidades Integrales en los Hospitales Nacionales, se ha mejorado la atención pero aun existe ese temor dentro de los pacientes si esto será duradero con la esperanza de que algún día llegue la cura final del virus del VIH.

La infección por VIH desde hace algunos años ya no representa una condena a muerte, los tratamientos antirretrovirales de alta eficacia, que surgieron hace unos 17 años, se volvieron más sencillos, inocuos y eficaces con el paso del tiempo, sin embargo, la ambición por alcanzar la erradicación total del virus del organismo no ha menguado. No existen casos documentados en el mundo de pacientes que se hayan curado en el sentido cabal del término, esto es, haberse librado por completo del virus, pero si hay avances que dan una luz para la erradicación final, como la “bebé de Missipi” infectada del virus en el vientre de la madre, quién después de una tri-terapia sigue sin presentar rasgos de virus en la sangre, también se tiene conocimiento de dos hombres sero-positivos que fueron objeto de un injerto de médula ósea, que ya no presentan rasgos del virus, estas señales alentadoras no significan que exista una cura, pues los casos siguen aun en observación, pero sí crea una esperanza positiva de vida

a las personas con VIH/SIDA, con esa esperanza los pacientes del estudio centran su fe en la espiritualidad independiente de la religión que profesan, en un ser supremo que por medio de él llegara la cura tan esperada, por lo mismo dentro de la investigación se pudo constatar que la mayoría de los pacientes ponen esa esperanza en la manos de Dios que es él quien sabe que les depara en un futuro.

La sexualidad continua siendo un tema tabú en los pacientes que asisten al Hospital, lo que dificulta la conversación clara entre las personas en términos de su propio riesgo y las formas de prevención que adoptarán en sus vidas. Sin embargo, el profesional de la psicología sabe que la aproximación al tema no puede ser la misma para todos los individuos, cada grupo de personas tiene necesidades y barreras particulares para tratar el tema de la sexualidad y el VIH, las que deben ser interpretadas en forma previa a la entrega de información para llevar a cabo un proceso que respete la identidad personal y cultural de las personas, porque cuando se abordó con el cuestionario de opinión al grupo de pacientes de consulta externa no portadores del virus VIH, sólo se les mencionaba el tema de VIH y la situación se ponía incomoda, se evidencio reacciones de indiferencia, así como también de incredulidad, pero al mismo tiempo de interés sobre el tema, se podría evaluar que la indiferencia hacia el tema se hizo evidente en la cantidad de respuestas que dejaron sin responder pero la aseveración puede ser incorrecta porque mucha de la población solicito ayuda en el contenido de las preguntas aunque no la respondiera por escrito, lo que se identifico en ese momento es la escasa información sobre el tema ya que la misma es relacionada con una enfermedad mortal y hubo actitud de sorpresa ante las expectativas en una relación de pareja, pero a pesar de ello, más de la tercera parte de la población prefería no tener una relación de pareja con una persona con diagnóstico VIH positivo, un porcentaje bajo de esta población principalmente indígenas prefiero no responder, se refugian en su fe respondiendo con frases como *ni Dios lo quiera, Dios me libre, sería un castigo divino*.

Cuando la Biblia habla de temor, castigo, no es de miedo, sino de tenerle reverencia a Dios, vivir con el cuerpo en reverencia a Dios teniendo cuidado con lo que se hace de él, esta espiritualidad es arraigada en los hogares cristianos de esta minoría de población estudiada, por lo tanto la práctica de los valores cristianos y morales es vital en cada uno de ellos, el tabú no es tanto hablar de "sexo". ¿Quién no habla hoy libremente de sexo?, el tabú es lo que representa hablar de VIH/SIDA, ya que lleva una conducta inadecuada en la forma de dirigirse dentro de una relación de pareja que lleva consigo la infidelidad, la iglesia promueve actividades de unidad de familia y relación de pareja, así como de protección a los esposos a través de charlas educativas sobre VIH/SIDA, el problema es que a veces no se recurre en pareja, aparte la falta de enseñanza que hay factores externos que pueden ser vulnerables en una experiencia que no por fuerza es un castigo de Dios.

Finalmente, se puede indicar que una persona diagnosticada como VIH positivo puede pasar mucho tiempo de su vida sin saber que es portador positivo del virus, llevando una vida sin las medidas preventivas requeridas, inclusive, iniciar una relación de pareja estable o casual sin conocer su estado serológico o sea la cantidad de anticuerpos detectables contra el VIH en la sangre, que define si es o no VIH positivo, esta relación de pareja, pasa tiempo indefinido en relaciones de riesgo, sin embargo, en el momento de una crisis de salud, se pone en evidencia que probablemente uno de los miembros de la pareja o ambos pueden ser portadores del virus VIH, manifestando reacciones emocionales de temor, rechazo, culpa, venganza, odio, enojo e ira en el momento de conocer dicho diagnóstico, en este instante que se conoce un diagnóstico positivo se inicia una nueva condición de vida, tanto personal como de pareja, por lo tanto, es esencial una formación e información del tema, adherencia integral y calidad de vida, para reforzar la relación de pareja actual o al iniciar una relación de pareja a futuro con una persona sero-positiva o sero-negativa, es importante en la situación actual no perder la actitud positiva ante los estudios sobre el VIH/SIDA que siguen en avance para alcanzar la meta final que es la curación del virus de inmunodeficiencia humana y adquirida.

IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1 Conclusiones:

- La forma de manejar las manifestaciones emocionales que se establecen en una pareja sero-discordante ante el diagnóstico de VIH/SIDA ayuda a encontrarle sentido o no a la relación de pareja; comprobándose así la hipótesis planteada.
- Los sentimientos de culpa y temor son una de las manifestaciones emocionales más evidentes de cómo afronta una persona sero-positiva una relación de pareja sero-discordante.
- Las emociones de temor, odio, ira venganza, resentimiento y rechazo por parte de una persona sero-negativa influyen en la relación de pareja sero-discordante.
- La pareja sero-discordante desconoce el uso de medicamentos retrovirales como método de prevención en las relaciones íntimas de pareja, que reduce el riesgo de transmisión del virus.
- El no ser parte del tratamiento integral por la persona sero-negativa en una relación de pareja sero-discordante limita la calidad de vida para afrontar conjuntamente el nuevo estilo de vida ante la existencia del virus en la pareja.
- La decisión para tener una relación de pareja al ser diagnosticado con VIH/SIDA es influida por la falta de información y formación sobre VIH/SIDA entre personas sero-positivas y sero-negativas.
- El rechazo y discriminación por parte de personas no portadoras del virus VIH hace que los pacientes sero-positivos duden en decir en el inicio de una relación de pareja que son portadores del virus de inmunodeficiencia humana.

- La espiritualidad, visión a futuro y los avances por encontrar una cura contra el VIH, en las personas sero-positivas, da fuerza, esperanza y expectativas de vida en la persona viviendo con VIH y en su relación de pareja actual y futura.
- El logro de calidad de vida en el inicio de la enfermedad del VIH permite tener una visión a futuro en la decisión de establecer o no una relación de pareja durante el proceso de tratamiento integral.

4.2 Recomendaciones:

4.2.1 Al Hospital Nacional Pedro de Bethancourth:

- Fortalecer el servicio de atención ante las necesidades de pacientes diagnosticados con VIH/SIDA para contribuir a su tratamiento integral.
- Reforzar los talleres de sexualidad existentes impartidos a pacientes de consulta externa en especial en el tema referente a VIH/SIDA y métodos de prevención.

4.2.2 A la Unidad de Atención Integral:

- Integrar un plan terapéutico orientado desde la logoterapia para el tratamiento psicológico de los pacientes con VIH/SIDA.
- Promover la psicoterapia de grupo entre pacientes sero-positivos, donde se pueda expresar los diferentes testimonios, como medio para fortalecer la autoestima, el sentido de vida y las relaciones de pareja.
- Intensificar la educación formativa e informativa a pacientes sero-positivos y sero-negativos, sobre sexualidad, VIH/SIDA, métodos preventivos en las relaciones íntimas de pareja como el preservativo y el uso de medicamento

retroviral para evitar la transmisión y re-infección del virus en los miembros de la pareja.

- Implementar la terapia orientada a la pareja para el manejo de manifestaciones emocionales en la relación de pareja sero-discordante y relación en pareja donde ambos sean portadores del virus VIH.

4.2.3 A ONUSIDA Guatemala:

- Incorporar a los estudios actuales la perspectiva de otros profesionales de salud, formando un equipo de trabajo y un abordaje multidisciplinario del tema, que brindará de forma eficiente una atención adecuada al paciente, y a través de esto alcanzar los objetivos médicos y terapéuticos que permitan mejorar las condiciones para la calidad de vida del paciente.
- Dar a conocer por medio de charlas a los pacientes portadores del virus VIH los avances en la cura definitiva del virus del VIH, no creando expectativas falsas, sino datos reales que den una esperanza de vida.
- Habilitar proyectos educacionales sobre VIH/SIDA y la forma adecuada de vida sexual activa entre pacientes sero-positivos, para evitar relaciones de riesgo y fomentar relaciones seguras.

4.2.4 A Pacientes de Unidad Integral:

- Comprometerse a integrar a la pareja con o sin diagnóstico VIH positivo en los programas de atención integral requeridos por el personal de la Clínica de la Unidad Integral.

- Responsabilizarse en el cumplimiento y adherencia del tratamiento médico y terapéutico de forma integral que permita mejor condición de vida para lograr metas a corto, mediana y largo plazo.

4.2.5 A la Sociedad Guatemalteca:

- Fomentar la innovación, integración, pluralismo, autocrítica y procesos, entre diferentes actores de la sociedad, sobretodo en una mejor apertura y humanización en la atención ofrecida en relación a un problema social como es el VIH, para contribuir a generar un cambio en la sociedad

BIBLIOGRAFÍA

- Bueno Belloch, Marina. Relaciones de Pareja. Editorial Desclée de Brouwe, S.S., Bilbao, España, 1985. Pp. 128.
- Corral, Luis P. Educación Sexual en Tiempos de SIDA. 8va. Edición, Editorial IMPRESA, Guatemala, 2006. Pp. 55.
- Daniels, Víctor G. Dr. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. 2da. Edición, Editorial El Manual Moderno. México, 1988. Pp.180.
- Dorsh, Friedrich. Diccionario de Psicología. 4ta. Edición, Editorial Herder. España, 1981. Pp. 1067.
- Engelmajer, Luicen. Es el Momento Stop Drogas y SIDA es un Deber, Del Anonimato a la Responsabilidad. Editorial, LE PÁTRE. España, 2003. Pp. 170.
- Frankl, Viktor. Ante el Vacío Existencial. 9na Edición, Editorial Herder. Traducción Marciano Villa Nueva, España, 2003. Pp. 151.
- Frankl, Viktor. El hombre en busca de sentido. Edición 22, Editorial Herder. España, 2003. Pp. 190.
- Gastaldi, Italo F., Sexualidad. Colección Textos Universitarios. Editorial EDIPUCE, Ecuador, 2000. Pp. 279.
- Hernández, Sampieri, Roberto. Metodología de la Investigación. Editorial Mc Graw Hill. España, 2006. Pp. 850.
- Irwin, Alexander, et al. SIDA Global: Verdades y Mentiras, Conducta Peligrosa. Editorial PAIDÓS, Trad. Fernando Aguilar, Barcelona, España, 2004. Pp. 325.
- Ixmuy, Calel, Noé Eliseo. S.O.S. El SIDA me Ataca. 1ra Edición, Editorial Gala. Guatemala, 1997. Pp. 340.
- Master, William, et al. Las opciones sexuales en la era del SIDA, Más allá de la Revolución Sexual. Editorial Diana, Trad. Angelika Scherp, México, 1989. Pp. 231.
- Ministerio de Salud Pública. Manual para la Orientación y Manejo de emociones en Personas que Viven con VIH y SIDA. Dirección General de Regulación Vigilancia y Control de la Salud, Guatemala, 2007. Pp. 62.

Trevijano, Pedro. Madurez y Sexualidad. 2da. Edición, Editorial SÍGUEME. España, 1994. Pp. 211.

Organización Panamericana de la Salud. Derechos Humanos y VIH, Legislación, Política y Práctica en cinco países de Centro América. Editorial de la OPS/OMS. Panamá, 2007. Pp. 149.

E-GRAFÍAS

Bilder, Paula Rosana. VIH-SIDA y parejas sero-discordantes: relaciones sexuales y uso del preservativo desde la perspectiva de los miembros negativos. Argentina 2012. Pp. 8. Consultado 8 de abril del 2,012. Disponible en:
<http://perio.unlp.edu.ar/ojs/index.php/question/article/viewFile/777/679>

Fundación, HUESPED. Prevención en Parejas sero-discordantes. Capitulo Cuidarse en Pareja, Argentina 2009. Pp. 2. Consultado el 22 de abril de 2012. Disponible en:
<http://www.vihda.org.ec/descargas/Serodiscordantes.pdf>

López, Tricas, José Manuel. Uso de TRUVADA para prevenir el contagio con VIH. España 2011. Pp. 1. Consultado 30 de junio del 2,012. Disponible: <http://www.infofarmacia.com/actualidad/desarrollo-y-conciencia-social/uso-de-truvada-para-prevenir-el-contagio-con-vih>

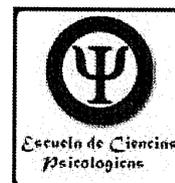
ONUSIDA. Nuevas Directrices de Prevención del VIH para parejas sero-discordantes. Declaración de Presa, Ginebra 19 de abril del 2012. Consultado el 20 junio 2012. Disponible:
<http://www.unaids.org/es/resources/presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2012/april/20120419pscouplestesting/>

Velasco, Víctor. Las posibilidades de las parejas sero-discordantes ante el VIH/SIDA. Publicado por Centro de Capacitación y Apoyo Sexológico Humanista CECASH. México, 2011. Pp. 2. Consultado el 8 de mayo de 2012. Disponible:
<http://www.orbitagay.com/home/2012/12/las-posibilidades-de-las-parejas-sero-discordantes-ante-el-vihsida/>

Vidal, Francisco, et al. Cuerpo y Sexualidad, FLACSO. Santiago de Chile, Agosto, 2002, PP. 146. Consultado el 18 abril 2012. Disponible: http://www.pasa.cl/wp-content/uploads/2011/08/Cuerpo_y_Sexualidad_Vidal_Francisco.pdf

ANEXOS

Universidad de San Carlos de Guatemala
Centro Universitario Metropolitano
Escuela de Ciencias Psicológicas



GUÍA DE OBSERVACIÓN

PARTE UNO

"GENERAL"

CARACTERÍSTICAS DE DESENVOLVIENDO DENTRO DEL MEDIO

Fecha: _____ Hora: _____ Episodio: _____

Participantes: _____

Lugar: _____

- Forma de Ingreso del paciente al Hospital (carné identificable o no de pertenecer al Unidad Integral):

- Impresión del Investigador respecto a la clínica de Unidad Integral (privacidad, espacio, comodidad, atención):

- Impresión del Investigador respecto al recorrido de los pacientes dentro del Hospital e ingreso a la Unidad Integral:

- El paciente llega solo o acompañado a la Clínica de Unidad Integral:

- Cómo es el manejo de registro de ingreso del Paciente al llegar a la Clínica de Unidad Integral:

- ¿Qué actividades son las que realiza el paciente al estar dentro de la Clínica Integral?

- Cantidad de personas que asisten a la Clínica Integral por día:

Total de personas: _____

Sexo Masculino: _____ Sexo Femenino: _____

- Relación con el personal administrativo y profesional de la clínica:

PARTE DOS

GUÍA DE OBSERVACIÓN PARA EL INICIO DEL ESTUDIO

- Actitud del paciente al ingreso a la Clínica Integral:

- Interrelación entre los pacientes:

- Actitud del paciente en la espera de atención, (ansioso, depresivo, alarmante, inquieto, etc.):

- Conducta del paciente luego de ser atendido (médico, psicólogo, trabajador social, etc.):

- Postura del paciente ante una persona extraña dentro de la clínica:

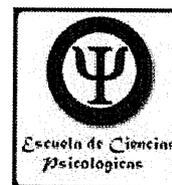
- Atención a pacientes referidos o que llegan por iniciativa propia a realizarse una prueba de VIH (se evidencia o no):

- Esmero o aceptación por parte del personal y pacientes de la clínica al llegar un paciente por primera vez, (se evidencia o no):

- Disposición o actitud del paciente al llegar por primera vez a la clínica (se evidencia o no):

- Observaciones Generales:

Universidad de San Carlos de Guatemala
Centro Universitario Metropolitano
Escuela de Ciencias Psicológicas



GUÍA DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA
GUIONES ESPECÍFICOS
PACIENTE CLÍNICA INTEGRAL SERO-POSITIVO

Datos Generales:

Edad: _____

Sexo: _____

Estado Civil: _____

Religión: _____

Mantiene actualmente algún tipo de relación: _____

Relación de Hecho: Si _____ No _____

Amistad con Derechos Íntimos: Si _____ No _____

Amigos Casuales: Si _____ No _____

Otros, especifique:

Preferencia Sexual:

Heterosexual _____ Homosexual _____ Lesbiana _____ Bi Sexual _____

Conteste las preguntas según su experiencia que se le hacen a continuación:

1. ¿Qué es el VIH – SIDA? _____

2. ¿Cuál es la diferencia entre el VIH-SIDA? _____

3. ¿Cómo se vive con VIH? _____

4. ¿Cuáles son tus deseos y sentimientos que tienes en este momento de la vida?

5. Las personas con que te relacionas conocen tu diagnóstico:

Si _____ No _____

Si tu respuesta es sí:

¿Quiénes conocen tu diagnóstico y como es tu relación con cada uno de ellos?

Si tu respuesta es no, responde:

¿Por qué no lo sé lo ha comentado a nadie? _____

6. ¿Viene acompañado (a), a la clínica?

Si _____ No _____

Si tu respuesta es positiva, responde por quién y porque elegiste a esa persona:

7. ¿Qué es una relación de pareja? _____

8. ¿Tienes algún tipo de relación sexual?

Si _____ No _____

Si tu respuesta es positiva, responde que tipo de relaciones tienes y con quién:

Si tu respuesta es negativa, responde porqué no tienes ningún tipo de relación sexual:

9. ¿Tendrías una relación de pareja con una persona VIH positiva?

Si _____ No _____

Por qué: _____

10. ¿Tendrías una relación de pareja con una persona que no es VIH?

Si _____ No _____

Por qué: _____

11. ¿Si tuvieras una relación sentimental con una persona VIH o sin VIH cómo sería la nueva forma de relación sentimental y sexual? _____

12. ¿Qué métodos de prevención y conocimiento contraceptivos, conoces en la prevención de la trasmisión del VIH? _____

13. ¿Conoces el medicamento Truvada, para que sirve, funciona o no en la prevención del VIH? _____

14. ¿Cómo te ves a futuro? Anhelos, deseos, metas: _____

15. Qué sentido tiene la vida ante tus deseos y ante una relación de pareja:

16. ¿Después de todo lo respondido anteriormente crees que tendrías una relación de pareja?

Si _____ No _____

Porque: _____

17. ¿Te gustaría comentar algo o platicar con alguien sobre alguna duda?

Universidad de San Carlos de Guatemala
Centro Universitario Metropolitano
Escuela de Ciencias Psicológicas



CUESTIONARIO DE OPINION
PACIENTE QUE NO ASISTE A LA
CLÍNICA INTEGRAL (SERO-NEGATIVO)

Datos Generales:

Edad: _____

Sexo: _____

Religión: _____

Estado Civil: _____

Mantiene actualmente algún tipo de relación: _____

Relación de Hecho: Si _____ No _____

Amistad con Derechos Íntimos: Si _____ No _____

Amigos Casuales: Si _____ No _____

Otros, especifique:

Preferencia Sexual:

Heterosexual _____ Homosexual _____ Lesbiana _____ Bi Sexual _____

Conteste las preguntas según su experiencia que se le hacen a continuación:

1. ¿Qué es el VIH – SIDA? _____

2. ¿Cuál es la diferencia entre el VIH-SIDA? _____

3. ¿Cuáles son las formas de transmisión del VIH – SIDA? _____

4. ¿Qué opina de una persona con VIH? _____

5. ¿Qué es una relación de Pareja? _____

6. ¿Tendría una relación afectiva y /o sexual con una persona VIH? _____

7. ¿Conoce el medicamento Truvada?

Si _____ No _____

Si su respuesta es positiva indique: Para qué sirve y si ayuda en las relaciones de pareja:

8. ¿Qué tipo de métodos de prevención conoce para evitar el contagio del VIH en una relación sexual? _____

9. ¿Qué opinión tiene sobre el caso de curación de una persona VIH en los USA con un trasplante de médula Ósea? _____

10. ¿Cree que existe una opción para una persona con VIH? _____

11. ¿Cómo te verías a futuro en una relación de pareja con una persona con VIH?

11. ¿Qué sentido tendría tu vida al tener una relación de pareja con una persona con VIH?

12. ¿Después de las preguntas anteriores, conteste nuevamente si tendría una relación afectiva y /o sexual con una persona VIH?

Si _____ No _____

Por qué: _____

GLOSARIO

Anonimato: Estado de una persona siendo anónima, es decir que la identidad de dicha persona o situación pueda ser desconocida.

Constructo: Entidad hipotética de difícil definición dentro de una teoría científica.

Carga viral: Es la cuantificación de la infección por virus que se calcula por estimación de la cantidad de partículas virales en los fluidos corporales, como por ejemplo ARN viral por milímetros de sangre.

Discordancia: Contrariedad, discrepancia, divergencia, disconformidad, ser opuesto o diferente entre sí, que rompe la normal sucesión de una serie de eventos predispuestos culturalmente.

Discriminación: tiene múltiples significados: En primer lugar, podemos afirmar que etimológicamente, discriminar significa "separar, distinguir, diferenciar una cosa de otra", y ésta es una acepción positiva, pues es bueno discriminar lo verdadero de lo falso, lo correcto de lo incorrecto. Entendida ésta como diferenciación, todos los sujetos necesitamos de procesos positivos de discriminación, para formar nuestra identidad. Desde el punto de vista social, el considerar a la discriminación como el dar trato de inferioridad o diferenciado a una persona o grupo por motivos raciales, religiosos, políticos etc. en desmedro de su dignidad. Por prejuicios, no se respeta la igualdad ante la ley, sus derechos y libertades. Falta de armonía o unidad

Inmunidad: Capacidad de resistencia de los organismos para protegerse de una gran variedad de agentes infecciosos (bacterias, hongos microscópicos, virus) que pueden ocasionarle diferentes enfermedades.

Insensibilidad: Falta de capacidad para sentir.

Intolerancia: Falta de la habilidad o la voluntad de tolerar algo.

Estigmatización: Condición, atributo, rasgo o comportamiento que hace que su portador sea incluido en una categoría social hacia cuyos miembros se genera una respuesta negativa y se les ve como culturalmente inaceptable o inferior.

Estrés: Reacción que se produce ante determinados estímulos, que pueden o no ser aversivos y que por lo general actúa de una forma adaptativa.

Linfocitos: Los linfocitos son las células responsables de las respuestas inmunitarias (inmune, del latín, 'estar libre de carga'). Se desarrollan a partir de progenitores linfoides inmaduros y se dividen en dos grandes grupos, linfocitos B y linfocitos T, según que estos progenitores linfoides maduren en la médula ósea (B) o en el timo (T), respectivamente. Los linfocitos B están especializados en la producción de anticuerpos. Los linfocitos T son responsables de las respuestas inmunes mediadas por células, así como de funciones de cooperación para que se desarrollen todas las formas de respuestas inmunes, incluida la respuesta de anticuerpos por los linfocitos B.

Los linfocitos-T CD4: Son un tipo de células que constituyen una parte esencial del sistema inmunitario. Su función principal es la de activar al propio sistema alertándole de la presencia de patógenos o de una replicación errónea de células humanas, para que pueda hacerles frente y corregir la situación.

Macrófagos: Células del sistema inmunitario.

Mayéutica: Del griego *μαιευτική*, por analogía a Maya, una de las pléyades de la mitología griega, técnica que consiste en interrogar a una persona para hacer que llegue al conocimiento a través de sus propias conclusiones.

Profilaxis: Prevención o conjuntos de medidas para evitar una enfermedad.

Promiscuidad: Prácticas de relaciones sexuales con varias parejas o grupos sexuales.

PVVS: Siglas utilizadas para la persona que ha sido diagnosticada positiva para el VIH y, por lo tanto, se dice que vive con el VIH/SIDA.

Relación de pareja: Dos personas que deciden vincularse afectivamente para compartir un proyecto común.

Serología: Presencia de anticuerpos específicos contra el virus de la inmunodeficiencia humana VIH en la sangre del sujeto.

Sero-positivo: Individuo que presenta en la sangre anticuerpos que cuando se le somete a la prueba diagnóstica, confirman la presencia de un determinado agente infeccioso.

SIDA: Proviene de las iniciales *de* Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, que consiste en la incapacidad del sistema inmunitario para hacer frente a las infecciones y otros procesos patológicos.

Tabú: Designa a una conducta, actividad o costumbre prohibida, moralmente inaceptable, impuesta por una sociedad, grupo humano o religión.

VIH: Enfermedad causada por el virus de inmunodeficiencia humana, que destruye el sistema inmunitario en forma gradual.

Virus: Agente infeccioso microscópico que sólo puede multiplicarse dentro de las células de otros organismos.