

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

**“RECURSOS DE AFRONTAMIENTO SOCIALES, ANTE EL DIAGNÓSTICO
RECIENTE DE VIH EN PACIENTES HOMBRES QUE TIENEN SEXO CON
OTROS HOMBRES. COLECTIVO AMIGOS CONTRA EL SIDA”**

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

POR

DIEGO ARMANDO MONROY ALVARADO

**PREVIO A OPTAR AL TÍTULO DE
PSICÓLOGO**

**EN EL GRADO ACADÉMICO DE
LICENCIADO**

GUATEMALA, NOVIEMBRE DE 2018

The seal of the University of San Carlos of Guatemala is a large circular emblem in the background. It features a central figure of a seated woman, likely the Virgin Mary, with a crown and a halo. Surrounding her are various heraldic symbols: a castle on the left, a lion on the right, and two columns with banners at the bottom. The Latin motto "CÆTERAS ORBIS CONSPICUA CAROLINA ACCADEMIA COACTEMALENSIS INTER" is inscribed around the perimeter of the seal.

CONSEJO DIRECTIVO

Escuela de Ciencias Psicológicas
Universidad de San Carlos de Guatemala

M.A. Mynor Estuardo Lemus Urbina

DIRECTOR

Licenciada Julia Alicia Ramírez Orizabal

SECRETARIA

M.A. Karla Amparo Carrera Vela

Licenciada Claudia Juditt Flores Quintana

REPRESENTANTES DE LOS PROFESORES

Pablo Josue Mora Tello

Mario Estuardo Sitaví Semeyá

REPRESENTANTES ESTUDIANTILES

Licenciada Lidey Magaly Portillo Portillo

REPRESENTANTE DE EGRESADOS

C.c. Control Académico
CIEPs.
UG
Archivo
Reg.-049-2018
CODIPs.1810-2018

De Orden de Impresión Informe Final de Investigación

26 de octubre de 2018

Estudiante
Diego Armando Monroy Alvarado
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Estudiante:

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a usted el Punto SEXTO (6º) del Acta OCHENTA Y TRES GUIÓN DOS MIL DIECIOCHO (83-2018), de la sesión celebrada por el Consejo Directivo el 26 de octubre de 2018, que copiado literalmente dice:

SEXTO: El Consejo Directivo conoció el expediente que contiene el Informe Final de Investigación, titulado: **“RECURSOS DE AFRONTAMIENTO SOCIALES, ANTE EL DIANÓSTICO RECIDENTE DE VIH EN PACIENTES HOMBRES QUE TIENEN SEXO CON OTROS HOMBRES. COLECTIVO AMIGOS CONTRA EL SIDA”**, de la carrera de Licenciatura en Psicología, realizado por:

Diego Armando Monroy Alvarado

CARNÉ: 201016056
CUI: 2239 43258 0101

El presente trabajo fue asesorado durante su desarrollo por el Licenciado William Estuardo Reyes Yoque y revisado por la Licenciada Suhelen Patricia Jiménez. 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”



Licenciada Julia Alicia Ramirez Orizabal
SECRETARIA



/Gaby

UG-375-2017

Guatemala, 23 de octubre de 2018

Señores
Miembros del Consejo Directivo
Escuela de Ciencias Psicológicas
CUM



Señores Miembros:

Deseándoles éxito al frente de sus labores, por este medio me permito informarles que de acuerdo al Punto Tercero (3º.) de Acta 38-2014 de sesión ordinaria, celebrada por el Consejo Directivo de esta Unidad Académica el 9 de septiembre de 2014, la estudiante **DIEGO ARMANDO MONROY ALVARADO, CARNÉ NO. 2239-43258-0101, y Registro de Expediente de Graduación No. L-87-2015-C-EPS**, ha completado los siguientes Créditos Académicos de Graduación:

- **10 créditos académicos del Área de Desarrollo Profesional**
- **10 créditos académicos por Trabajo de Graduación**
- **15 créditos académicos por haber aprobado Examen Técnico Profesional Privado respectivamente.**

Por lo antes expuesto, con base al **Artículo 53 del Normativo General de Graduación**, solicito sea extendida la **ORDEN DE IMPRESIÓN** del Informe Final de Investigación **"RECURSOS DE AFRONTAMIENTO SOCIALES, ANTE EL DIAGNÓSTICO RECIENTE DE VHI EN PACIENTES HOMBRES QUE TIENEN SEXO CON OTROS HOMBRES. COLECTIVO AMIGOS CONTRA EL SIDA"**, mismo que fue aprobado por la Coordinación del Centro de investigaciones en Psicología –CIEPs- "Mayra Gutiérrez" el 11 de octubre del año 2018.

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

Atentamente,



M.A. MAYRA LUNA DE ALVAREZ
COORDINACIÓN
UNIDAD DE GRADUACIÓN

Lucia G.
CC. Archivo

ADJUNTO DOCUMENTOS SEGÚN ANEXO ADHERIDO.

CIEPs. 093-2018
REG. 049-2016

INFORME FINAL

Guatemala, 18 de octubre de 2018

Señores
Consejo Directivo
Escuela de Ciencias Psicológicas
Centro Universitario Metropolitano

Me dirijo a ustedes para informarles que la licenciada **Suhelen Patricia Jiménez** ha procedido a la revisión y aprobación del **INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN** titulado:

“RECURSOS DE AFRONTAMIENTO SOCIALES, ANTE EL DIAGNÓSTICO RECIENTE DE VIH EN PACIENTES HOMBRES QUE TIENEN SEXO CON OTROS HOMBRES. COLECTIVO AMIGOS CONTRA EL SIDA”.

ESTUDIANTE:
Diego Armando Monroy Alvarado

DPI. No.
2239432580101

CARRERA: Licenciatura en Psicología

El cual fue aprobado el 11 de octubre de 2018 por el Centro de Investigaciones en Psicología CIEPs. Se recibieron documentos originales completos el 17 de octubre de 2018, por lo que se solicita continuar con los trámites correspondientes.

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”



Licenciado Rafael Estuardo Espinoza Méndez
Coordinador
Centro de Investigaciones en Psicología CIEPs.
“Mayra Gutiérrez”



CIEPs. 093-2018
REG. 049-2016

Guatemala, 18 de octubre de 2018

Licenciado Rafael Estuardo Espinoza Méndez
Coordinador
Centro de Investigaciones en Psicología CIEPs
Escuela de Ciencias Psicológicas

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

**“RECURSOS DE AFRONTAMIENTO SOCIALES, ANTE EL DIAGNÓSTICO
RECIENTE DE VIH EN PACIENTES HOMBRES QUE TIENEN SEXO CON OTROS
HOMBRES. COLECTIVO AMIGOS CONTRA EL SIDA”.**

ESTUDIANTE:
Diego Armando Monroy Alvarado

DPI. No.
2239432580101

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 11 de octubre de 2018, por lo que se solicita continuar con los trámites respectivos.

Atentamente,

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”


Licenciada Suhelen Patricia Jiménez
DOCENTE REVISORA



c. archivo

Guatemala, 30 de agosto de 2018

Coordinación

Centro de Investigaciones en Psicología –CIEPS-

“Mayra Gutiérrez”

Por este medio me permito informar que he tenido bajo mi cargo la asesoría de contenido del informe final de investigación titulado **“Recursos de Afrontamiento Sociales, ante el diagnóstico reciente de VIH en pacientes hombres que tienen sexo con otros hombres. Colectivo Amigos Contra el SIDA”**, realizado por el estudiante Diego Armando Monroy Alvarado, CUI: 2239 43258 0101.

Esta investigación cumple con los requisitos establecidos por el Centro de Investigaciones en Psicología, por lo que emito DICTAMEN FAVORABLE y solicito se proceda a la revisión y aprobación correspondiente.

Sin otro particular, suscribo,

Atentamente,

F 
Licenciado William Estuardo Reyes Yoque
Psicólogo

Colegiado No. 4666

Asesor de contenido

Lic. William Estuardo Reyes Yoque
PSICOLOGO
Colegiado 4666



Chequeo médico en boca, pene y ano.
Pruebas de VIH y Sífilis
Diagnóstico y tratamiento de ITS

Centro de Atención en Salud
7a. calle 3-42 zona 1, ciudad de Guatemala
(00+502) 2232 2584

Guatemala, 23 de agosto de 2018

Atención:
Coordinación
Centro de Investigaciones en Psicología
-CIEPS- "Mayra Gutiérrez".

Deseándole éxito al frente de sus labores, por este medio le informo que el estudiante Diego Armando Monroy Alvarado, CUI: 2239 43258 0101, realizó en esta institución 11 entrevistas a usuarios de la Clínica CAS, como parte del trabajo de Investigación titulado: "Recursos de Afrontamiento Sociales ante el diagnóstico reciente de VIH, en pacientes hombres que tienen sexo con otros hombres", en el período comprendido del 14 de febrero al 22 de julio del año 2017, en horario de 14:00 a 20:00 horas.

El estudiante en mención cumplió con lo estipulado en su proyecto de investigación, por lo que agradecemos la participación en beneficio de nuestra institución.

Sin otro en particular, me suscribo,

Atentamente

F. 
César Galindo Arandi
Director

Tel: +502.2232.2584

PADRINOS DE GRADUACIÓN

POR Diego Armando Monroy Alvarado

ONDINA ANABELLA ALVARADO CASTILLO

**LICENCIADA EN PEDAGOGÍA
Y ADMINISTRACIÓN EDUCATIVA
COLEGIADO: 19,420**

MARÍA ANDREA MONROY ALVARADO

**MAGISTER EN EDUCACIÓN Y
LICENCIADA EN HISTORIA
COLEGIADO: 21,550**

Dedicatorias

- A mi familia, padres y hermanas, por ser los primeros maestros en mi vida personal y profesional, a través de su ejemplo como seres humanos que han dedicado sus dones y capacidades al servicio de los demás y en búsqueda de un mundo más justo.
- A Johana, mi amada compañera de vida, por enseñarme en su ejemplo que ante las circunstancias más adversas, es posible encontrar sentido al sufrimiento y educir el propósito para seguir luchando.
- A la institución Colectivo Amigos Contra el SIDA, por su confianza en mi persona y con la esperanza que el presente trabajo posibilite más oportunidades de abordaje psicológico en su población atendida.
- Al profesional de la psicología en Guatemala, para que desde su labor se promueva la construcción de una sociedad más justa e inclusiva de la diversidad, y se cumpla el deber de ser cuidadores de la salud mental.
- De manera especial, a los participantes que brindaron su experiencia al fin de esta investigación, por su confianza, apertura y su deseo constante e inacabable de seguir reivindicando su papel como entes políticos conscientes desde su condición como personas, antes que portadores de VIH.

Agradecimientos

- A Dios, expresión primera de unidad y vida, por permitirme educir mi responsabilidad y misión en el mundo a través de la formación profesional, y por la oportunidad de encontrar sentido en el servicio a las demás personas.
- A mis ancestros y predecesores, especialmente a mis abuelos Carmela y Juan, Violeta y Ernesto, por su legado, apoyo y presencia en la construcción de mi persona.
- A mis padres, Ondina y Armando, por la vida, su esfuerzo y apoyo incondicional, que en su ejemplo de personas conscientes y responsables, me han dado todas las oportunidades necesarias para la realización de este logro y de realización en la vida.
- A mis hermanas, Andrea y Ángela, por su ejemplo constante de calidad humana, realización profesional y su incondicional amor a lo largo de mi vida.
- A Johana, mi amada compañera de vida, por su motivación constante, apoyo y amor en todo proyecto que he emprendido, y su ejemplo en alcanzar toda meta propuesta.
- A amistades que me han acompañado y formado como persona y profesional: amigos de Clínica Familiar Luis Ángel García, de proyecto KPIS UVG, compañeros de estudios y labores.
- A Licda. Suhelen Jiménez y Lic. William Reyes, por su asesoría y revisión del presente trabajo.

- A la Escuela de Ciencias Psicológicas, docentes y autoridades por la profesionalización brindada, así como a la Universidad de San Carlos de Guatemala por ser el alma mater y casa de estudios para ejercer una labor orientada hacia la construcción de una sociedad justa, inclusiva y consciente de su historia y legado.
- A la Institución Colectivo Amigos Contra el SIDA, por su confianza y apoyo en la realización del presente trabajo, a sus autoridades y miembros.
- A la Organización Cultural Nueva Acrópolis Guatemala, por la formación como persona y motivación constante a concluir el presente trabajo; amigos y hermanos del alma.
- A las personas que me dieron la confianza de escuchar sus relatos e historias, por su ejemplo de resiliencia y esfuerzo diario.

ÍNDICE

Contenido	Pág.
Resumen	1
Prólogo	2
Capítulo I	
1. Planteamiento del problema y marco teórico	5
1.01. Planteamiento del problema	5
1.02. Objetivos	9
1.03. Marco teórico	10
Capítulo II	
2. Técnicas e instrumentos	33
2.01. Enfoque y modelo de investigación	33
2.02. Técnicas	37
2.03. Instrumentos	39
2.04. Operacionalización de objetivos	43
Capítulo III	
3. Presentación, interpretación y análisis de resultados	45
3.01. Características del lugar y de la muestra	45
3.02. Presentación e interpretación de resultados	47
3.03. Análisis general	83
Capítulo IV	
4. Conclusiones y recomendaciones	86
4.01. Conclusiones	86
4.02. Recomendaciones	87
4.03. Referencias	89
Anexos	

Resumen

“Recursos de Afrontamiento Sociales, ante el diagnóstico reciente de VIH en hombres que tienen sexo con otros hombres. Colectivo Amigos Contra el SIDA”.

Por: Diego Armando Monroy Alvarado

El objetivo de la investigación fue identificar los recursos de afrontamiento sociales que los sujetos hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH), utilizan para afrontar el diagnóstico reciente de VIH. Se utilizó un método mixto de investigación para analizar la información obtenida en una entrevista cualitativa y en los datos cuantitativos del cuestionario para el afrontamiento del estrés que se aplicó a once sujetos.

Con base en la psicoterapia existencial y la logoterapia, se abordó a los participantes en un grupo de autoapoyo e intervenciones individuales, comprobando que enfrentan un doble componente de estigma y discriminación, por su orientación y prácticas sexuales, y por ser portadores del virus. El sujeto HSH es capaz de afrontar el diagnóstico de VIH a través de modificar la valoración y percepción que tiene de sí mismo y su entorno, al poner su experiencia al servicio de otros cuando encuentra sentido al sufrimiento que padece, trascendiendo su problemática a una oportunidad de reivindicar su propósito de vida y asumir su responsabilidad en el mundo.

El acompañamiento y seguimiento de los servicios de salud en el sujeto que recibe el diagnóstico de VIH, influye directamente en la capacidad que este tenga de vincularse a una Unidad de Atención Integral e iniciar un proceso de adherencia en el cuidado de salud.

Prólogo

La investigación tuvo la intención de ser un esfuerzo más a la respuesta nacional de la lucha contra la epidemia del VIH y VIH avanzado en la sociedad guatemalteca. Los datos estadísticos demuestran la prevalencia del VIH en la población de hombres que tienen sexo con otros hombres, incluyendo la comunidad de hombres homosexuales, bisexuales y transexuales; se comprende a la infección por VIH como una epidemia concentrada.¹

Investigar y accionar sobre los recursos de afrontamiento sociales, en un sujeto de la población mencionada es de relevancia por los componentes ideológicos y sociales que estructuran la problemática del VIH en Guatemala. Se comprendió que la alta prevalencia del virus en una comunidad específica, no es una situación aislada o meramente propia de la misma comunidad; es una problemática que corresponde a un conjunto de creencias, normas, sentidos y significados, que estructuran formas de relaciones microsociales y de conducta, que a la vez se representan en procesos macrosociales ideológicos que conforman los marcos políticos, ideológicos, jurídicos y de organización social. Se precisó de un trabajo que integrara los procesos estructurales y sociales, a la forma en que la problemática del VIH se mantiene en un grupo humano específico y los recursos que los sujetos utilizan para afrontarlo.

De manera concreta y práctica, el abordaje de esta investigación fortaleció los procesos de adherencia al medicamento antirretroviral y de salud integral en los sujetos HSH, puesto que mientras más adherente sea la persona, y logre mantener la supresión viral (nivel de carga viral indetectable²), su calidad de vida

¹ Morales-Miranda S, Álvarez-Rodríguez B.E, Arambú N, Aguilar J, Huamán B, Figueroa W, Osuna-Ramírez I, Mendizábal R, Rosales-Arroyo RP, Castillo A. Encuesta de Vigilancia de Comportamiento Sexual y Prevalencia del VIH e ITS, en poblaciones vulnerables y poblaciones clave. Guatemala 2013, Universidad del Valle de Guatemala, MSPAS, HIVOS Inc.2013. Publicación UVG. No. 27. septiembre 2013.

² Guía de prevención VIH/SIDA. Hombres que tiene relaciones sexuales con hombres. Ministerio de la Protección Social. Editorial Acierto, Publicidad & Mercadeo. Bogotá. D.C. 2011. Pág. 48.

aumentará y su salud será más estable. Según el documento de ONUSIDA “Acción acelerada: pongamos fin a la epidemia de SIDA para 2030”³, una persona con VIH, en carga viral suprimida o indetectable, tendrá menos probabilidades de transmitir el virus, y así se reducen el número de nuevas transmisiones y se puede visualizar el fin de la epidemia. Por ende apoyar al proceso de adherencia y al afrontamiento del diagnóstico, garantiza contribuir a la supresión viral y buscar el detenimiento de nuevas transmisiones.

En Guatemala existen instituciones que, desde una base comunitaria como lo realiza el Colectivo Amigos Contra el SIDA, han buscado dar una respuesta a la vulnerabilidad de poblaciones claves a adquirir VIH. Como apoyo teórico a tal respuesta, el valor de la presente investigación fue generar conocimientos específicos para indagar sobre el proceso subjetivo del sujeto HSH que porta VIH, inmerso y consecuente, en un tiempo específico, en un espacio y en un contexto construido con referentes ideológicos que hacen más adverso el afrontamiento del diagnóstico. El abordaje teórico tuvo la importancia de construir una epistemología psicológica desde la realidad subjetiva, con todas sus características, de la comunidad afectada. Aunque distintos trabajos de investigación han estudiado la temática del VIH, no se ha profundizado teóricamente en la realidad de la comunidad en que el virus prevalece. Se consideró de importancia detallar qué es ser un hombre que tiene sexo con otros hombres, que porta VIH, en la realidad guatemalteca del presente año desde la visión de las ciencias psicológicas.

A través de entrevistas estructuradas, el método terapéutico de psicoterapia existencial y un grupo de auto apoyo, se pretendió que el método para abordar la problemática fuese relacionado, generado y consecuente desde las necesidades

³ Acción acelerada: pongamos fin a la epidemia de SIDA para el 2030. ONUSIDA. Ginebra, Suiza. 2014.

de la población, contribuyendo de tal manera a proponer un método dirigido y propio del grupo humano al cual la investigación se debe.

Analizar una problemática tan incidente en la realidad guatemalteca, así como la discusión de la temática de la diversidad sexual, y el abordaje directo sobre la comunidad humana que padece y más enfrenta la lucha contra el VIH, representa el valor académico de la Escuela de Ciencias Psicológicas, de la Universidad de San Carlos de Guatemala, por su formación profesional desde la realidad sociocultural del contexto presente, buscando implicar la labor de la psicología sobre la misma realidad. Esta investigación buscó de manera coherente y consecuente trabajar en el área de la psicología clínica y la línea de investigación de la psicología de la salud, que se enfoca en los procesos subjetivos y sociales de un sujeto ante el padecimiento de una enfermedad, los recursos que utiliza para afrontarla, la manera en que la psicoterapia existencial puede ser de utilidad para fortalecer los recursos de afrontamiento y cómo se integran los factores existenciales a la subjetividad del individuo.

Se extiende un especial agradecimiento a la institución Colectivo Amigos Contra el SIDA, por el apoyo incondicional mostrado desde que se propuso la realización de este proyecto en sus instalaciones y por la confianza brindada al permitir el acercamiento con sus usuarios y población atendida.

Capítulo I

1. Planteamiento del problema y marco teórico

1.01. Planteamiento del problema

En Guatemala, para el año 2012, se estimó que viven 64,647 personas con VIH y en tratamiento antirretroviral, estando la epidemia concentrada en poblaciones claves como trabajadoras sexuales en un 5% y un 11% en hombres que tienen sexo con otros hombres. El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social cuenta con un total de 14 unidades de atención integral, alrededor de todo el país, para dar el medicamento gratuito a toda persona que viva con VIH.⁴

El Colectivo Amigos Contra el SIDA (CAS) es una organización de “base comunitaria”⁵, no gubernamental sin fines de lucro que atiende la problemática del VIH en poblaciones de la diversidad sexual. Esta organización fue fundada en el año 2005 por algunos sobrevivientes a las épocas más duras de la epidemia del VIH en Guatemala, y otros miembros de la diversidad sexual. El interés principal de CAS es dar una respuesta a la problemática de la alta prevalencia del VIH e infecciones de transmisión sexual (ITS) en poblaciones de hombres que tienen sexo con otros hombres, de orientación sexual homosexual o bisexual. Dentro de sus acciones principales se encuentra el realizar pruebas de VIH e ITS, así como atención y tratamiento médico para ITS. A la vez, buscan promover políticas públicas que integren los derechos de las personas de la diversidad sexual, a través de educación a sus miembros, generar espacios de convivencia seguros, libres de consumo de sustancias adictivas, prácticas sexuales de riesgo y actos delictivos, y concientización en las distintas poblaciones.

⁴ Morales-Miranda S, Álvarez-Rodríguez B.E, Arambú N, Aguilar J, Huamán B, Figueroa W, Osuna-Ramírez I, Mendizábal R, Rosales-Arroyo RP, Castillo A. Encuesta de Vigilancia de Comportamiento Sexual y Prevalencia del VIH e ITS, en poblaciones vulnerables y poblaciones clave. Guatemala 2013, Universidad del Valle de Guatemala, MSPAS, HIVOS Inc.2013. Publicación UVG. No. 27. septiembre 2013.

⁵ Colectivo Amigos Contra el SIDA. 2016. <http://casgt.org/index.html>

La situación del VIH en los hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH), en el contexto guatemalteco, se encuentra problematizada por un doble componente que genera condiciones de vida diferentes para un sujeto HSH, que en personas de la población general. En primer lugar, la comprensión ideológica de la identidad, orientación sexual y roles de género en Guatemala, está guiada por una heteronormatividad correspondiente a una creencia judeocristiana generalizada en la subjetividad colectiva del contexto, indistintamente de las prácticas o identidades religiosas. Por ende, para un sujeto que desde su infancia, momento en que crea sentidos y significaciones de identidad en un contexto específico, sentir o identificarse con una orientación sexual distinta de la heterosexual, le coloca en una situación problematizada ante el mismo contexto en que se desarrolla, pues su sentir y su identidad no corresponde a lo que es comprendido como normal o correspondiente por su género. El sujeto hombre que se considera homosexual, bisexual o que tiene prácticas sexuales con otros hombres, es vulnerable a ser discriminado por su orientación sexual, tanto en formas de violencia verbal, física o sexual; los casos extremos han evidenciado procesos de tortura y exclusión social.

Al lado de esta problemática, se ha comprendido el componente ideológico que rodea a la infección por VIH. Como se ha explicado, esta infección crónica puede transmitirse de una persona a otra por formas específicas, siendo el contacto sexual la principal vía de trasmisión. Debido a la misma estructura ideológica judeocristiana que se vive en el contexto guatemalteco, el hecho de que el VIH esté ligado a una práctica sexual para que una persona pueda recibirlo o transmitirlo, ha causado que esta enfermedad esté rodeada de estereotipos y prejuicios que la han definido como un castigo o consecuencia a prácticas sexuales de riesgo. Aquella persona que porta VIH, es vulnerable a sufrir procesos de estigma y discriminación debido a que se le vincula

automáticamente a un acto sexual no normado dentro de la comprensión de lo correcto, para la moral del contexto guatemalteco específico.

Se comprendió que el sujeto HSH que vive con VIH, enfrenta un doble componente de estigma y discriminación, por definirse con una orientación sexual distinta a la heterosexual y por portar una enfermedad que ideológicamente es concebida como consecuencia de su actividad y orientación sexual. La problemática para este sujeto se complica pues es vulnerable a tener poco apoyo familiar, de pareja o de grupos al que pertenezca, y se reducen los recursos de afrontamiento que tiene a su alcance para su salud integral y adherencia al tratamiento antirretroviral (ARV). Las consecuencias concretas de tal proceso excluyente que se evidenciaron fueron el abandono o poca adherencia al tratamiento ARV, continuidad de prácticas sexuales de riesgo y transmisión del mismo virus a más personas, pocas oportunidades laborales por discriminación del diagnóstico, que puede conducir a actos delictivos, riesgo a consumo de sustancias adictivas, y riesgo al trabajo sexual.

José Soriano define el afrontamiento como los esfuerzos cognitivos y conductuales, constantemente cambiantes, que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas e internas, que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo.⁶ El afrontamiento surge cuando anteriormente se está viviendo una situación que compromete el equilibrio del sujeto, pues le lleva a una situación límite, una situación nueva que le supone ciertas dificultades y peligros. En el caso de la infección por VIH, el afrontamiento se entendió como las respuestas cognitivas y conductuales del paciente a la enfermedad, comprendiendo la valoración y las reacciones consecuentes; el individuo piensa la amenaza que supone ser portador del virus.

⁶ Soriano, José. **“Reflexiones sobre el concepto del afrontamiento”**. Boletín de Psicología No. 75. Universidad de Valencia, España. Año 2002. Pág. 74. <http://www.uv.es/seoane/boletin/previos/N75-4.pdf>

Este estudio dio respuesta a las siguientes puntos relevantes: los recursos de afrontamiento que utiliza el sujeto hombre que tiene sexo con otros hombres, para el afrontamiento del diagnóstico de VIH; el abordaje terapéutico para potencializar los recursos de afrontamiento; las técnicas de psicoterapia existencial que deben utilizarse para favorecer el afrontamiento y el proceso de adherencia al tratamiento antirretroviral para lograr la supresión viral; la importancia que tiene la calidad de atención en los servicios de salud pública y clínicas de tratamiento ARV, para favorecer al proceso de vinculación, retención y adherencia de los usuarios

1.02. Objetivos

Objetivo general.

Identificar los recursos de afrontamiento ante el diagnóstico reciente de VIH en hombres que tienen sexo con hombres.

Objetivos específicos.

- Describir los recursos de afrontamiento sociales, en la intervención psicológica, ante el diagnóstico de VIH en hombres que tiene sexo con hombres.
- Estructurar un grupo de auto apoyo para potencializar los recursos de afrontamiento en el sujeto hombre que tiene sexo con hombres, que vive con VIH.
- Explicar la percepción del paciente hombre que tiene sexo con otros hombres que vive con VIH, desde el doble componente de estigma y discriminación.
- Implementar técnicas de psicoterapia existencial para favorecer el recurso de afrontamiento en el sujeto hombre que tiene sexo con hombres que vive con VIH.
- Socializar con las autoridades de la institución Colectivo Amigos contra el SIDA los resultados de la presente investigación.

1.03. Marco teórico

1.03.01. Contexto guatemalteco.

Según Ignacio Martín-Baró “cada sistema social es fruto de una historia y la historia la hacemos los seres humanos”⁷. La sociedad guatemalteca actual tiene una historia aproximada de 524 años, desde la llegada de Cristóbal Colón a América, y consigo la conquista española. En el territorio americano habitaban pueblos indígenas descendientes de la gran civilización maya, para el caso particular de Guatemala. Estos pueblos tenían una organización social, con formas políticas, económicas, sistemas científicos e ideológicos, etc. A la llegada de los españoles y del descubrimiento del territorio, se dio un proceso social de destrucción total del sistema social encontrado y la imposición forzada de otra organización social; este proceso fue la conquista de los pueblos indígenas y el surgimiento del colonialismo.

Según José Pablo Feinman⁸, el colonialismo es un sistema político ideológico que se impone de una nación a otra, bajo el supuesto de que el país impositor tiene una civilización que ofrecer, necesaria para el país oprimido, el cual carece del avance y de la civilización que le permite ascender al grado de ser humano o persona. A cambio de la civilización, el país opresor toma las riquezas del territorio oprimido y gobierna a la fuerza a todo sujeto perteneciente a tal territorio. Sin duda, en América se dio tal proceso de conquista y colonización en el que los españoles intentaron anular, a base de fuerza militar y de violencia, la cultura de los pueblos indígenas. Sumado a los hechos de violencia física como las matanzas, violaciones, torturas, robo de tierras, entre otros actos, se nombró como errado todo el sistema ideológico y de creencias que los indígenas tenían.

⁷ Martín-Baró, Ignacio. Sistema, Grupo y Poder. Psicología social desde Centroamérica II”. Primera edición. UCA Editores. El Salvador, 1989. Pág. 49.

⁸Encuentro. Grupo EDUCAR Sociedad del Estado.

<http://www.encuentro.gov.ar/sitios/encuentro/programas/buscar?search=colonialismo>

Se inició un proceso de imposición de la religión católica, basado en violencia, torturas y mecanismos de opresión, sustentado bajo la idea de “evangelizar” a sujetos que por no creer en lo que tal religión proponía, eran considerados herejes, no civilizados y satánicos.

Entonces, se impuso y se creó en América una forma de vida, con organización política e ideológica, basada en la colonia española y en la opresión de los pueblos indígenas. Desde tal momento se estructuraron ideas, estereotipos y prejuicios comprendidos como absolutos y normas funcionales para la ideología dominante. En este proceso los roles de género, tanto para hombres y mujeres, se orientaron según la tradición judeo-cristiana que fundamenta el catolicismo; aunque no se conoce una evidencia clara de los roles de género en los pueblos indígenas previo a la conquista española. Así mismo, se establece la institución del matrimonio católico en América, y se inicia a formar una moral social que dicta todo aquello que es correcto y normal. Es decir, se forman las imágenes y constructos sociales que se internalizan aún en el contexto presente.

La sociedad guatemalteca actual es el resultado de ese proceso de colonización. Según Baró “cualquier sistema social arranca de otro anterior y, en el más puro de los casos, de fuerzas y datos previos que confluyen y se confrontan para la configuración de una sociedad”.⁹ Por ende, los estereotipos y prejuicios, así como las creencias y normas fundamentadas en la colonia, son los mismos componentes que estructuran la organización social e ideológica actual. No se tienen datos ni estudios respecto a la temática de la diversidad sexual en la historia antigua de Guatemala y en su formación como sociedad. Pero, sin duda alguna, todas las estructuras ideológicas que dificultan la realidad de un sujeto homosexual se construyeron junto a la Guatemala naciente después de la conquista española, en su época de formación como país.

⁹ Martín-Baró, Ignacio. Pág. 50.

Para comprender la manera en que la estructura social actual guatemalteca dificulta la realidad del sujeto hombre que tiene sexo con otros hombres, se tomó en cuenta la forma en que Martín-Baró examina a la sociedad desde dos niveles “en cuanto totalidad social, es decir, en cuanto sistema con sus estructuras básicas, económicas y políticas (nivel macrosocial); por otro lado, en cuanto regulador inmediato del comportamiento humano, es decir, normas que articulan cada sistema y rigen la actividad cotidiana de grupos y personas (nivel microsocioal)”.¹⁰

La estructura ideológica guatemalteca es correspondiente a la moral cristiana instaurada por el catolicismo en la colonia, indistintamente de la diversidad de religiones y prácticas religiosas de la actualidad. Por lo que, lo normalidad es consecuente con tal moral. La homosexualidad y las prácticas sexuales con personas del mismo sexo, se encuentran fuera de lo que la moral cristiana dicta como normal, pues se considera como válido únicamente lo heterosexual, siendo esta concepción la heteronormatividad. Toda identidad sexual o práctica sexual que sale de la heteronormatividad, queda marcada desde un prejuicio, se comprende como errado; así se forma el estigma a la diversidad sexual.

En lo político y jurídico, Guatemala no cuenta con marcos que respalden a la persona que se identifica con una orientación sexual fuera de la heteronormatividad. En primer punto, existen distintas organizaciones sociales que de manera constante buscan atacar y juzgar a la diversidad sexual, buscando que sus derechos como personas sean limitados por su orientación. Otro punto importante es que no existen leyes que resguarden a la persona que sea víctima de algún tipo de violencia por su orientación sexual. La negativa a la legalización del matrimonio igualitario es un ejemplo de las limitaciones jurídicas existentes. De manera práctica esto se evidencia en que una persona no puede

¹⁰ Ibíd. 50

ser beneficiada del seguro social de su pareja del mismo sexo, como sí una mujer casada con un hombre que pague el seguro social, por el único hecho de que en Guatemala no es legal la unión entre personas del mismo sexo.

Otros claros ejemplos de la desprotección del Estado sobre la diversidad sexual son los espacios de salud y educación. La salud pública, entre otras varias deficiencias, no comprende la atención especializada para personas con prácticas sexuales homosexuales, bisexuales o de identidad transexual. Los servicios de atención para la diversidad sexual, se han fortalecido constantemente por donaciones de organizaciones privadas o internacionales. Respecto a la educación, constantemente existen discusiones públicas y debates referentes a la inclusión de la educación sexual integral en los programas educativos del Ministerio de Educación. La educación sexual actual comprende únicamente las relaciones entre hombres y mujeres. Se ha comprendido que el sujeto hombre que tiene sexo con otros hombres se encuentra en situaciones desfavorables para el desarrollo integral por la limitante de marcos jurídicos y políticos que le respalden, así como tiene acceso dificultoso para conocer formas de prácticas sexuales seguras, métodos de prevención de enfermedades de transmisión sexual, en las cuales entra el VIH, y el desarrollo integral de la sexualidad.

Parafraseando la anterior cita de Martín-Baró, así como las estructuras macrosociales, por su componentes históricos y actuales, no dan respaldo al sujeto hombre que tiene sexo con otros hombres, en lo microsocial, las relaciones cotidianas y los pequeños organismos sociales, se hace evidente las categorías de exclusión por las cuales el sujeto mencionado se encuentra en situaciones desfavorables para su desarrollo. Es de tal manera como surgen los componentes de estigma y discriminación, desde la exclusión de los marcos políticos y jurídicos, hasta las relaciones cotidianas.

Un ejemplo claro es la problemática familiar ante la que se enfrenta el sujeto que, durante el desarrollo y descubrimiento de su identidad, se ha identificado fuera de la heteronormatividad. Como la familia guatemalteca es construida bajo la misma moral cristiana ya mencionada, este sujeto vive problematizada su identidad con las exigencias, enseñanzas y estructuras del grupo familiar primario al cual pertenece. Entonces, su primer vínculo de seguridad y de soporte es el primer espacio en el cual se le discrimina y estigmatiza.

El sujeto HSH enfrenta dificultades para encontrar un grupo social al cual pertenecer, por las probabilidades de sufrir discriminación por su orientación. Muchos han formado pequeños grupos de pares en los que han encontrado sentido de pertenencia debido a la ansiedad vivida por la discriminación. Algunos otros, manejan de manera totalmente oculta su identidad, orientación o prácticas sexuales, para evitar que se les pueda aislar de los grupos a los cuales pertenecen.

Existen algunos otros riesgos sociales que enfrenta el sujeto mencionado, como las oportunidades de trabajo. Si el sujeto se identifica abiertamente como homosexual, puede tener menos posibilidades de encontrar trabajo, indistintamente de su nivel de profesionalización. Por ende, muchos ocultan su orientación cuando se les pregunta. En el caso de la población transexual, las oportunidades laborales son aún menores; gran parte de sujetos transexuales femeninos recurren al trabajo sexual, salones de belleza informales o actos delictivos para poder subsistir.

El riesgo social que se tomó como eje central de la presente investigación es la adquisición del virus del VIH. Anteriormente se describió cómo existe poca educación sexual integral para prácticas sexuales que salen de la heteronormatividad, así como las carencias del sistema de salud pública para

atender a tales poblaciones. La consecuencia de estos factores ha sido la alta prevalencia de VIH en la comunidad de hombres que tienen sexo con otros hombres, siendo resultado de toda una historia de la sociedad guatemalteca que generó la estructura social actual, que se ha descrito en el presente apartado, con aspectos específicos que de manera dinámica y constante construyen los componentes del estigma y la discriminación, que se concretan en procesos doblemente dificultosos.

La situación del sujeto HSH que porta VIH, se encuentra doblemente problematizada. En respecto a la familia, el sujeto debe enfrentar la dificultad de informar su orientación sexual y también que porta el virus. En lo laboral, aunque la ley lo prohíbe, enfrenta el riesgo de que le nieguen trabajo o ser despedido por portar VIH. Respecto a lo relacional, el sujeto enfrenta dificultades para formar relaciones sentimentales estables debido a la necesidad de ocultar su relación o su orientación, en los medios sociales que habita. Si a la vez, debe informar sobre el diagnóstico a su pareja o posibles parejas, enfrenta la posibilidad de ser discriminado o de no mantener relaciones estables.

En conclusión, dentro del contexto guatemalteco, el sujeto hombre que tiene sexo con otros hombres, que porta VIH, enfrenta un doble componente de estigma y discriminación debido a las estructuras ideológicas de la sociedad, que se expresan de manera microsocia l en las relaciones cotidianas del sujeto (familia, grupos sociales) y que se manifiestan también de manera macrosocia l en las estructuras políticas y jurídicas (educación, salud, trabajo), que de manera conjunta n generan situaciones desfavorables de desarrollo integral para el sujeto.

1.03.02. Categorías:

1.03.02.01. Mecanismos de afrontamiento:

José Soriano define el afrontamiento como los esfuerzos cognitivos y conductuales, constantemente cambiantes, que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas e internas, que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo.¹¹ Este psicólogo español, también hace referencia a que el interés por el análisis del afrontamiento surgió desde los años sesenta, por el estudio de las actitudes de un individuo ante un problema o estresor, y las actitudes ante la enfermedad como fuente de estrés. En el inicio de su estudio, el afrontamiento estuvo ligado a ser un mecanismo de defensa como los propuestos por las corrientes psicoanalíticas.

El afrontamiento surge cuando anteriormente se está viviendo una situación que compromete el equilibrio del sujeto, pues le lleva a una situación límite, una situación nueva que le supone ciertas dificultades y peligros. Con ello se destaca que el afrontamiento: a) no es un rasgo, entendido como algo permanente en el individuo; b) no es un tipo de conducta automática; c) no se identifica con el resultado que de él se derive; d) no se puede identificar con el dominio del entorno. No se considera un tipo de conducta automática porque supone un esfuerzo y una respuesta ante un problema específico. En el caso de la enfermedad, el afrontamiento hace referencia a las respuestas cognitivas y conductuales del paciente, comprendiendo la valoración y las reacciones consecuentes; el individuo piensa la amenaza que supone la enfermedad.

Para el funcionamiento del afrontamiento, se ha hablado de la valoración, entendida como un proceso evaluativo en el que se establece tanto la repercusión que tiene un evento para el sujeto, como las posibles formas de

¹¹ Soriano, José. **“Reflexiones sobre el concepto del afrontamiento”**. Boletín de Psicología No. 75. Universidad de Valencia, España. Año 2002. Pág. 74. <http://www.uv.es/seoane/boletin/previos/N75-4.pdf>

actuación ante el mismo. Podemos destacar dos grandes formas de valoración. En primer lugar, la denominada como desafío, en la que el individuo ha considerado sus posibilidades para hacer frente al problema (supondría considerar la enfermedad como un reto); la segunda se denomina amenaza, entendida como la consideración de una situación que supera claramente los recursos del individuo. Ambas formas coexisten en las diferentes situaciones, aunque suele establecerse entre ellas una relación negativa, de manera que cuando un tipo de valoración aumenta la otra tiende a disminuir.

Ante el diagnóstico de VIH, el individuo HSH valora en qué le afecta y cuáles son sus posibilidades de acción. En caso de no disponer de los recursos necesarios o de no ser estos suficientes, se ponen en marcha las estrategias de afrontamiento, las cuales se encuentran dirigidas al cambio en la situación y al cambio en la repercusión que ésta ha tenido en él. En la medida en que estas estrategias empleadas han tenido el mínimo efecto, ha significado un cambio entre el individuo y la situación, produciéndose una reevaluación de los efectos de la situación, lo cual provoca una nueva respuesta emocional, que tiene unas características y también una intensidad.

El sujeto HSH debe aprender a crear distintos esfuerzos cognitivos para comprender su enfermedad, y así generar conductas que le han hecho adherente al tratamiento, las cuales son flexibles para que se adapten a sus necesidades. Conjuntamente a ese aprendizaje, se ha considerado importante que el sujeto evalúe los recursos que tiene para enfrentar la enfermedad, todas aquellas potencialidades y oportunidades. Si en algún caso, el sujeto carece de recursos, ha precisado ser acompañado para que genere o cree nuevos y distintos recursos, desde buscar puntos de apoyo, vínculos seguros y de confianza. En ese sentido, el afrontamiento ha implicado al paciente en una nueva búsqueda de sí.

Agustín Martínez¹² establece una relación entre la inteligencia emocional y el afrontamiento del estrés. La inteligencia emocional ha sido entendida como el proceso de asimilar y regular las propias emociones. Por ende, se incluye dentro de la temática del afrontamiento, pues este implica que el sujeto realice un esfuerzo cognitivo y conductual para manejar las demandas externas y los procesos internos que vive ante una situación. Por lo tanto, el afrontamiento se ha orientado: 1) hacia la tarea, centrándose en resolver el problema de manera lógica, las soluciones y en la elaboración de planes de acción; 2) o hacia la emoción, centrándose en respuestas emocionales (ira, tristeza, etc.), en la evitación, preocupación y reacciones fantásticas o supersticiosas.

Para que el sujeto HSH maneje emocionalmente su reciente diagnóstico de VIH, es importante, primero, que se evalúe la significación que tiene para él portar la enfermedad, pues cada persona lo comprende de manera distinta y los contextos sociales pueden ser muy distintos para recibir un diagnóstico como tal. Luego, se debe dar la importancia necesaria a las emociones que surjan, a las reacciones e impulsos emergentes en la situación. Posteriormente, se puede evaluar los recursos y oportunidades para afrontarlo, así como generar habilidades para buscar más recursos o crear nuevos, ante las carencias existentes.

1.03.02.02. Grupo de auto apoyo:

Carl Rogers define a un grupo de encuentro como: “el grupo de personas que se reúnen para buscar el desarrollo personal, el aumento y mejoramiento de la comunicación y las relaciones interpersonales, merced a un proceso basado en la experiencia”.¹³ El grupo de auto apoyo para el sujeto HSH que vive con VIH

¹² Martínez, Agustín E. **“Relaciones entre inteligencia emocional y estrategias de afrontamiento ante el estrés”**. Departamento de Psicología de la Salud. Universidad Miguel Hernández. Murcia, España. 2011.

¹³ Rogers, Carl. Grupos de encuentro. Amarrortu Editores. Buenos Aires 1984. Pág. 12

tuvo la intención de ser un espacio seguro para que éste pudiera exponer la experiencia subjetiva de vivir con el virus y la problemática individual como social, que esto le ha implicado. Debido a la problemática social que enfrenta el sujeto HSH que vive con VIH, dentro del contexto guatemalteco, la posibilidad de vínculos y relaciones sociales es limitada.

De tal cuenta que el proceso terapéutico grupal, pretendió ofrecer la posibilidad de abordar el proceso subjetivo que cada sujeto ha enfrentado, para que pueda exponerlo en un plano común, así como también el poder comprender de manera vivencial, la forma en que otro sujeto, con la misma problemática, ha creado sentidos y formas de afrontamiento. En una misma experiencia grupal, el sujeto se conoce a sí mismo, y en tal encuentro, conoce a los otros miembros, creando una mejor interacción.

En palabras de Rogers, en el grupo el sujeto “puede conocer de manera profunda a los otros miembros y su propio ser interior, el ser que, de otro modo, tiende a ocultarse detrás de su fachada. De ahí que en el grupo se relacione mejor con los demás y, más tarde, también en la vida diaria”.¹⁴ Si el sujeto ha debido ocultar su identidad sexual, o manejarla de manera muy discreta con su familia, reduciendo sus posibilidades de vínculos seguros; y además, enfrenta una enfermedad crónica rodeada de estigma y discriminación, en el grupo de terapia pudo expresar libremente su identidad sexual, afirmarse a sí mismo quien es y desea ser, así como encontrar sentido de universalidad en el encuentro con más personas que viven y comprenden su problemática por el VIH.

Para comprender y profundizar de manera más específica cómo el proceso de un grupo de encuentro o terapia grupal, ha ofrecido un marco terapéutico efectivo para el sujeto, se consideró la propuesta de Psicoterapia grupal

¹⁴ *Ibíd.* Pág. 16

existencial de Irving Yalom. Este psicoterapeuta estadounidense considera que la terapia de grupo ofrece un efecto curativo que no es solo la dilución de la terapia individual, sino que permite actuar sobre lo que no se ve en la terapia individual. En palabras del autor: “el cambio terapéutico es un proceso enormemente complejo que sucede a través de un intrincado intercambio de experiencias humanas, a las cuales me referiré como “Factores terapéuticos”.¹⁵

A continuación se enumeran:

1. Infundir esperanza: en el encuentro con más sujetos que han enfrentado la misma situación, el paciente tomó puntos de referencia para generar esperanza en sí mismo y en las oportunidades que pueda tener.
2. Universalidad: el sujeto ha comprendido que no es el único que enfrenta o ha enfrentado tal situación; se sitúa posibilitado, en vez de limitado.
3. Información participada: el sujeto pudo modificar las ideas erróneas que poseía y comprenderlas de manera más objetiva.
4. Altruismo: el sujeto ha sido capaz de ofrecerse a sus compañeros de grupo, encontrando recursos en sí mismo para ayudar a más sujetos de manera voluntaria y sin retribución material.
5. La recapitulación correctiva del grupo familiar primario: en la relación con sus pares, desde una concepción psicoanalítica, el sujeto identifica la forma en que ha aprendido a relacionarse desde su grupo familiar primario en cada uno de sus compañeros; por ende, la mejora de las relaciones con estos pares, le enfoca a hacer consciente el aprendizaje primario y le posibilita a la corrección del mismo.
6. Desarrollo de técnicas de socialización: el sujeto aprendió a defender su forma de pensar, a la vez que ha respetado la de sus pares.
7. La conducta imitativa: el sujeto encontró más personas como ejemplo para enfrentar su situación.

¹⁵ Yalom, Irvin D. **“Psicoterapia existencial y terapia de grupo”**. Editorial Paidós. Buenos Aires 2000. Pág. 23

8. Catarsis: se posibilitó de un espacio seguro para el desahogo de emociones.
9. Factores existenciales: la muerte, la soledad, la libertad, sentido de vida.
10. Cohesión de grupo: se buscó el desarrollo integral de todos los participantes y que el grupo haya sido un espacio de fortalecimiento.
11. Aprendizaje interpersonal: el sujeto aprendió de sí en la relación con los demás.
12. El grupo como microcosmos social: así como el sujeto pudo aprender a relacionarse sanamente en el grupo y a convivir en un medio social, ahora tiene la oportunidad replicar ese aprendizaje y conductas en todos sus espacios sociales por lo que mejorará la forma de relacionarse de manera global.

Yalom enfatiza la importancia del trabajo del terapeuta grupal desde el enfoque “en el aquí y en el ahora”¹⁶. Este enfoque funciona desde dos conceptos que mantienen una relación simbiótica. El primero es la experiencia, la vivida en el momento del encuentro terapéutico. Se ha priorizado la experiencia que tengan los sujetos al estarse relacionando, por sobre las experiencias vividas anteriormente. Este concepto fortaleció a la construcción del microcosmos social que fue un factor terapéutico determinante para que el sujeto corrigiera sus relaciones sociales fuera del grupo.

El segundo concepto del enfoque del aquí y del ahora es el esclarecimiento del proceso. Comprendiendo la orientación humanista existencial que tanto Rogers como Yalom le dan al grupo de terapia, en la cual es el paciente o los pacientes quienes dirigen el proceso de terapia, estos han debido ser conscientes de cada uno de los momentos que se están viviendo en la terapia, para esclarecer también el proceso subjetivo que están viviendo cada uno. Este último concepto,

¹⁶ Ibíd. Pág. 65.

unido al de la experiencia, permitió que los pacientes pudieran enfocar sus energías y atención en el momento presente que experimentaron, para guiar sus acciones y decisiones hacia el momento actual de su existencia.

Dentro de la experiencia con grupos descrita por Yalom, ha hecho un apartado especial para aquellos grupos de pacientes con enfermedades terminales¹⁷, en los que incluía pacientes con cáncer, pacientes renales, o SIDA (se hace la salvedad que en los años que Yalom abordó tales grupos, no existía tanto avance en la terapia ARV, por lo que la mayoría de pacientes con VIH llegaban a fase SIDA). Uno de los principales puntos que Yalom describe como factores terapéuticos en estos grupos es el altruismo. El paciente con una enfermedad terminal, se posiciona existencialmente limitado por las dificultades que la enfermedad le ha causado. Existe una afección directa sobre su sentido de vida, pues en muchos casos la enfermedad les limita de trabajar o valerse por sí solos. A la vez, el problema existencial de la muerte aumenta debido a que acrecienta el miedo por las afecciones de la enfermedad o los pronósticos médicos. Entonces el grupo ha dado al paciente la oportunidad de utilizar su experiencia como un apoyo para otros sujetos que enfrentan la misma situación. Su enfermedad se convirtió en una posibilidad, que le ha permitido salir de sí mismo hacia su realización en los demás. Este valor es de gran ayuda para el sujeto pues encuentra sentido a su padecimiento.

1.03.02.03. Psicoterapia existencial:

Irvin D. Yalom hace la siguiente definición de psicoterapia existencial: “es un enfoque dinámico que se concentra en las preocupaciones enraizadas en la existencia del individuo”.¹⁸ El término dinámico hace referencia a algo dotado de

¹⁷ Ibíd. 160.

¹⁸ Irvin D. Yalom. **“Psicoterapia Existencial”**. Segunda edición. Barcelona, España. Editorial Herder. 1984. Pág. 15

energía y movimiento. Freud contribuyó a la comprensión de un modelo dinámico del funcionamiento mental, basado en el principio de que dentro del individuo hay una serie de fuerzas en conflicto y que los pensamientos, las emociones y la conducta, tanto la adaptativa como la psicopatológica, son el resultado de tales fuerzas, que existen en distintos niveles de consciencia y algunas son completamente inconscientes. La posición existencial hace hincapié en un tipo diferente de conflicto básico: no se trata ya de una lucha contra las tendencias instintivas reprimidas, ni con las figuras adultas pasadas interiorizadas, sino de un conflicto que emana del enfrentamiento del individuo con los supuestos básicos de la existencia; ciertas preocupaciones esenciales, propiedades intrínsecas que ineludiblemente forman parte de la existencia del ser humano en el mundo. Estos supuestos básicos son comprendidos, a la vez, como factores existenciales, constituyentes de la existencia del ser humano. La configuración dinámica de la psique propuesta por Yalom es: preocupación esencial-angustia-mecanismo de defensa.

En esta nueva configuración no se considera la energía libidinal como fuente de toda la motivación humana. Más bien, se enfatiza en que la posición del individuo en el mundo, la comprensión que tenga de sí mismo, su preocupación existencial, es el origen y fuente de su búsqueda constante de realización y desarrollo en el medio al que pertenezca. El individuo enfrenta una angustia que le produce su preocupación existencial, pues le posiciona como problematizado en su existencia misma. La angustia estará siempre presente y dependiendo de la forma en cómo se maneje esta, es cómo surge el mecanismo de defensa, el mediador entre la experiencia propia del sujeto y su relación con el mundo.

La psicoterapia existencial, según Yalom, maneja un concepto distinto de profundidad¹⁹ y abordaje de exploración en respecto a la psicodinámica de

¹⁹ Ibíd. 22.

Freud. Esta última exploraba aquellas formas de relaciones primarias del sujeto con sus vínculos afectivos, y la manera en que se desarrolló el funcionamiento de su libido desde la infancia. La psicoterapia existencial se encuentra más preocupada por la exploración y el intento de eliminar las preocupaciones cotidianas presentes del sujeto. Se centra sobre el tiempo presente en el que el individuo tiene la oportunidad de definirlo y construirlo hacia un futuro. “El tiempo primordial de la terapia existencial es el presente que se convierte en futuro”.²⁰

Para comprender la intención última de la psicoterapia existencial, es necesario definir el existencialismo. Esta es una corriente filosófica naciente en el siglo XX, en Europa, posterior a la primera guerra mundial. Uno de los principales representantes del existencialismo fue Jean Paul Sartre, quien define esta corriente como aquella que se enfoca en el análisis de la existencia del ser humano, su posición en el mundo y la concepción que este tiene de sí mismo y de quienes le rodean. “El hombre es el único que no sólo es tal como él se concibe, sino tal como él se quiere, y como se concibe después de la existencia, como se quiere después de este impulso hacia la existencia; el hombre no es otra cosa que lo que él se hace. Este es el primer principio del existencialismo”.²¹ Sartre defiende, en oposición a las fundamentales creencias religiosas de su época, que el ser humano es una existencia que define su esencia, y no una esencia predispuesta que va a definir su existencia. De tal manera, el existencialismo busca defender al ser humano como único y principal responsable de su vida, sus actos y su papel en el mundo que habita, en el que existe.

Consecuente con esta concepción existencialista, Yalom define cuatro preocupaciones o factores existenciales, premisas fundamentales de la

²⁰ Ibíd. 23.

²¹ Sartre, Jean Paul. **“El existencialismo es un humanismo”**. Primera Edición. Grupo Editorial Tomo, S.A. México, 2010. Pág. 12.

existencia humana: la preocupación por la muerte, el aislamiento existencial, el miedo a la libertad y la falta de sentido de vida.

Factores existenciales:

- **La muerte:** la preocupación de la muerte se debe a la tensión que se crea entre la conciencia de la inevitabilidad de la misma y el deseo de continuar siendo.
- **La libertad:** Desde el punto de vista existencial, supone la ausencia de una estructura externa. El hombre es completamente responsable y se convierte en el autor de su propio mundo. El conflicto entre la falta de base y el deseo de encontrar unos cimientos constituye una dinámica existencial fundamental.
- **El aislamiento existencial:** se refiere al aislamiento fundamental con respecto a las demás criaturas y al resto del mundo. La tensión entre nuestra conciencia de absoluto aislamiento y nuestro deseo de obtener contacto, protección e integración como parte del mundo en su conjunto, constituye un conflicto existencial.
- **La falta de sentido vital:** si tenemos que morir, si nos vemos forzados a construir nuestro propio mundo, si todos estamos básicamente solos, el conflicto surge de buscar los propios significados en un universo carente de sentido.

En respecto al último factor existencial mencionado, el más sobresaliente autor fue el psiquiatra vienés Viktor Frankl, reconocido por proponer la famosa tercera escuela vienesa de psicoterapia, Logoterapia. Frankl definió la misma como “la terapia centrada en el sentido de la existencia humana y búsqueda de ese

sentido por parte del hombre”.²² Este es un ser responsable y capaz de descubrir el sentido concreto de su existencia. El sentido de la vida ha de buscarse en el mundo y no dentro del ser humano o de su propia psique, como si se tratara de un sistema cerrado. La voluntad de sentido es el impulso básico de la existencia espiritual, noética, del individuo, hacia la búsqueda constante del sentido de su vida, hacia su descubrimiento. Este mismo ser, tiene la libertad para completar un determinado sentido, tomando una oportunidad que la vida le plantea, o para rechazar ese mismo sentido. En palabras de Frankl, que fundamentan su propuesta psicoterapéutica y que ejemplifica su historia como prisionero en los campos de concentración nazi, durante la segunda guerra mundial: “El que tiene un porqué para vivir puede soportar casi cualquier cómo”.²³ Desde la logoterapia de Frankl y de la psicoterapia existencial de Yalom que se proponen las siguientes técnicas de psicoterapia existencial.

1.03.02.04. Técnicas de psicoterapia existencial:

1. La sincronización del terapeuta: según Yalom, cuando el terapeuta existencial evidencia que el sujeto doliente se enfrenta a las angustias generadas por alguno de los factores existenciales “tienen que aumentar su sensibilidad, escuchar con más atención, ser más consciente de la importancia que posee el significado en la vida de la persona”.²⁴ La sincronización hace referencia a una reorientación de la atención del terapeuta hacia datos puntuales de la creatividad del paciente para darle una respuesta a su vida. A base de la sensibilidad que el terapeuta expresa sobre el conocimiento pleno del paciente, genera que este mismo sujeto preste también sensibilidad y atención a los aspectos puntuales de su vida que pueden ser potencialidades

²² Frankl, Viktor. **“El hombre en busca del sentido”**. Segunda edición. Editorial Herder. Barcelona 2004. Pág.120.

²³ *Ibíd.* 127.

²⁴ Irvin D. Yalom. **“Psicoterapia Existencial”**. Segunda edición. Barcelona, España. Editorial Herder. 1984. Pág. 562.

para darle sentido y dirección. El terapeuta no reemplaza la creatividad y espontaneidad del paciente, más bien le ayuda, a base del diálogo con sentido, a integrar, participa con él, para descubrir el sentido.

2. La intención paradójica: esta técnica se fundamenta en un doble principio: “por un lado, el miedo provoca precisamente aquello que se teme; por otra parte, la hiperintención estorba la realización del efecto que se desea”.²⁵ Frankl proponía a sus pacientes fóbicos realizar justamente aquello a lo que temían, por tan solo una vez. En los casos descritos²⁶ los sujetos descubrían que enfocar su energía sobre el objeto de miedo, eliminaba todos los pensamientos irracionales que giraban en torno al mismo y así enfrentaban la situación hasta controlarla.

Otra forma en que Frankl enfocó la intención paradójica fue que el paciente dejara de buscar aquello que persistentemente buscaba, y que hiciera justamente lo opuesto. De tal manera dejaba de ser una búsqueda con fin en sí misma, y enfocaba la atención hacia aquello que realizaba y daba sentido al paciente.

3. La derreflexión: esta técnica también surge del círculo vicioso que genera la hiperintención y sobre atención que el sujeto pone sobre un meta específica. Frankl defendía que el problema principal de la hiperintención es que elimina la espontaneidad del ser humano, por lo que el sujeto empieza a programar neuróticamente sus acciones, estropeando el resultado, creyendo que así lo conseguirá. Ante esto Frankl consideraba que “para solucionar un síntoma lo único que se requiere es disolver la atención focalmente centrada en dicho

²⁵ Frankl, Viktor. Pág.144.

²⁶ Frankl, Viktor. **“Ante el vacío existencial. Hacia una humanización de la psicoterapia”**. Novena edición. Editorial Herder. Barcelona 2003. Pág.63.

síntoma”.²⁷ Entonces, la derreflexión consiste en enfocar la atención hacia la intención opuesta a lo que se busca, de manera que la espontaneidad del sujeto surge de nuevo y le permite realizarse pues logra lo deseado de manera más sana e integrada.

4. La percepción del significado: Yalom y Frankl concuerdan en que “la tarea del terapeuta es establecer un patrón coherente, o una Gestalt de significado, que integre los acontecimientos trágicos de la vida”.²⁸, para esto el terapeuta debe tener creatividad y un conocimiento muy claro del paciente. La percepción del significado consiste en ayudar al paciente a que genere un significado a las situaciones que ha enfrentado, para que tanto el sufrimiento como sus decisiones tengan coherencia para su vida y puedan reivindicarle hacia el futuro. La intención es reorientar los hechos, sacarlos de la percepción negativa y limitante, y acompañar al paciente para llevarlos hacia lo positivo y el enfoque desde las posibilidades.

5. Comprometerse con la vida: aunque Frankl ha sido uno de los representantes de la corriente filosófica existencialista, al igual que Sartre, manifiesta algunas oposiciones a los postulados básicos del filósofo francés. Mientras Sartre defendía que el ser humano es una existencia que define su propia esencia, Frankl consideraba que, más bien, el ser humano tiene la libertad descubrir la esencia que la vida le ha dado, y construir su existencia. Desde tal punto, Frankl defiende que el primer paso para que el sujeto descubra su sentido de vida es que responda responsablemente a las demandas que la vida le plantea. El cumplimiento de la responsabilidad le ha de llevar a la autorrealización. Es importante tener la comprensión clara de la manera en que Frankl consideró la autorrealización: “cuanto más se olvida uno de sí

²⁷ Ibíd. 74.

²⁸ Irvin D. Yalom. **“Psicoterapia Existencial”**. Segunda edición. Barcelona, España. Editorial Herder. 1984. Pág. 566.

mismo, al entregarse a una causa o a una persona amada, más humano se vuelve... pues la verdadera autorrealización sólo es el efecto profundo del cumplimiento acabado del sentido de vida...es la aceptación de la donación de la existencia”.²⁹ Mientras el sujeto aprende a salir de sí mismo y usar sus recursos por el bien de otro individuo, puede encontrar sentido a su vida.

6. El sentido del sufrimiento: sin duda alguna, la experiencia histórica de Frankl en los campos de concentración nazi durante la segunda guerra mundial, fue determinante para la fundamentación de su terapia del sentido de la vida. Dentro de la propuesta más clara correspondiente a tal evento, fue la idea de que aun cuando las situaciones o condiciones parecen totalmente irrevocable y causante de un dolor irremediable, el ser humano tiene la capacidad de darle sentido a ese sufrimiento. El terapeuta puede guiar al paciente a descubrir el sentido que el sufrimiento ha tenido para su vida. En palabras de Frankl: “el sufrimiento deja de ser sufrimiento, en cierto modo, en cuanto encuentra un sentido, como suele ser el sacrificio”.³⁰ Yalom menciona, dentro del factor terapéutico del altruismo en la terapia de grupo, que el paciente encuentra sentido a su sufrimiento en medida que comparte con otros sujetos y descubre que su experiencia es de utilidad para esos otros.

1.03.02.05. Categorías complementarias:

El Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) fue definido en el año 1983 como el causante principal del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), luego de una serie de diagnósticos desde 1981, de enfermedades como neumonía y sarcoma de Kaposi, que fueron encontrados en pacientes hombres jóvenes homosexuales, hasta que se encontraron también casos en pacientes

²⁹ Frankl, Viktor. “El hombre en busca del sentido”. Segunda edición. Editorial Herder. Barcelona 2004. Pág.133.

³⁰ *Ibíd.* 135.

consumidores de drogas inyectables.³¹ La infección por VIH fue concebida como una enfermedad mortal, debido a lo rápido en que murieron los pacientes infectados, y que no se conocía ningún tipo de tratamiento para atender al deterioro inmunológico veloz que causaba el virus. Se definieron formas específicas de transmisión del virus, siendo estas: el contacto con los fluidos genitales, como el semen, líquido preseminal y flujo vaginal, en las relaciones sexuales; contacto directo con la sangre infectada, a través de objetos corto punzantes o material quirúrgico no esterilizado; de manera vertical de madre a hijo, por el contacto del neonato con el flujo vaginal, sangre de la madre, o por la leche materna en el período de lactancia.

Fue hasta febrero de 1996 que el estadounidense Bill Cameron, presentó los resultados de los primeros medicamentos efectivos que redujeron en un 22%³² el número de muertes por SIDA, medicamentos que posteriormente fueron denominados como Antirretrovirales (ARV)³³; estos no pueden curar la infección por VIH, pero pueden suprimir la carga del virus y evitar que este se replique sobre los linfocitos CD4. Para el año 2015, el informe de ONUSIDA, presentado en conmemoración al día Internacional de Lucha contra el SIDA, publicó que en el mundo 15.8 millones de personas viven con VIH, y están en tratamiento antirretroviral constante.³⁴

VIH y VIH/SIDA:

La sigla VIH significa virus de la inmunodeficiencia humana. Es el virus que puede causar el síndrome de inmunodeficiencia adquirida o SIDA, si no se trata. A diferencia de otros virus, el cuerpo humano no puede eliminarlo

³¹ Reyes Teran, Gustavo. **"HIV MEDICINE 2005"**. Edición 2005. Editorial CIENI-INER. MÉXICO 205. Pág. 21.

³² *Ibíd.* 93.

³³ Janssen-Cilag. Infosida.com. 25 de mayo de 2016. <http://www.infosida.es/que-es-el-tratamiento-arv>

³⁴ ONUSIDA. **"EL SIDA EN CIFRAS"**. Informe día mundial contra el SIDA 2015. Ginebra, Suiza 2015. Pág. 2.

completamente, ni siquiera con tratamiento. Por lo tanto, el VIH es una enfermedad crónica.

El VIH ataca el sistema inmunitario del cuerpo, específicamente las células TCD4, que lo ayudan a luchar contra las infecciones. Si no se trata, el VIH reduce la cantidad de células CD4 del cuerpo, lo cual hace que la persona tenga más probabilidades de contraer otras infecciones o de tener cánceres relacionados con infecciones. Con el tiempo, el VIH puede destruir tantas de estas células que el cuerpo pierde su capacidad de luchar contra las infecciones y las enfermedades. Las infecciones oportunistas o cánceres se aprovechan del sistema inmunitario muy débil y son señal de que la persona tiene SIDA, que es la última etapa de la infección por el VIH.

Los medicamentos que se usan para tratar el VIH se llaman terapia antirretroviral, o TARV. Si se toman de la manera correcta, todos los días, estos medicamentos pueden prolongar drásticamente la vida de muchas personas infectadas por el VIH, mantenerlas saludables y reducir significativamente sus probabilidades de infectar a otras personas. Antes de que se comenzara a usar la terapia antirretroviral a mediados de la década de los años 90, la infección por el VIH podía evolucionar a SIDA en tan solo unos años. *“En la actualidad, las personas con un diagnóstico de VIH que reciben tratamiento antes de que la enfermedad avance mucho pueden vivir casi tanto como las que no tienen el virus”.*³⁵

Estigma:

Según el texto de Orientaciones terminológicas de ONUSIDA, *“la palabra estigma, de origen griego, significa marca o mancha, y puede describirse como el proceso dinámico de devaluación que desacredita de forma significativa a una*

³⁵ <http://www.cdc.gov/hiv/spanish/basics/whatishiv.html>

persona, a los ojos de los demás".³⁶ Este proceso dinámico es relativo al contexto social en que una característica o condición del sujeto, es considerada de manera peyorativa. Depende de una región geográfica, de un tiempo, de un contexto histórico, condiciones ideológicas, políticas y religiosas. El estigma es aprendido como un parámetro que sale de la normalidad para el contexto específico y lo sitúa en condición de anormalidad. Este proceso se aprende y se enseña a través de aprendizajes culturales y representaciones sociales. El estigma se concretiza en actos de violencia, exclusión y represión.

Discriminación:

Para ONUSIDA, *"La discriminación hace referencia a cualquier forma de distinción, exclusión o restricción arbitraria que afecte a una persona; normalmente, aunque no siempre, se ve motivada por una característica propia de una persona o por su pertenencia a un grupo determinado, independientemente de si tales medidas están justificadas o no"*.³⁷ La discriminación es el acto en que el estigma se concretiza a través de golpes, insultos, violaciones, torturas, exclusión, acoso, represión, etc.

La terminología estigma y discriminación, se ha utilizado en la temática de VIH y de la diversidad sexual, para explicar y conceptualizar los marcos ideológicos y los actos concretos, que han vulnerado a las personas que se identifican con una orientación sexual distinta a la heterosexual, y a quienes viven con VIH. Tales concepciones ideológicas pertenecen a macro estructuras que justifican procesos legislativos excluyentes y partidarios de grupos elitistas y de poder. A la vez, estas mismas estructuras corresponden de manera dialéctica micro estructuras de relaciones sociales entre los sujetos que construyen una sociedad específica.

³⁶ Orientaciones Terminológicas de ONUSIDA. Octubre 2011. Pág.13

³⁷ Orientaciones Terminológicas de ONUSIDA. Octubre 2011. Pág.13

Capítulo II

2. Técnicas e instrumentos

2.01 Enfoques y modelos de investigación

2.01.01. Método mixto de la investigación: cualitativo y cuantitativo

Se utilizó un método mixto de investigación basado en la comprensión de este como “un conjunto de procesos de recolección, análisis y vinculación de datos cuantitativos y cualitativos en un mismo estudio o una serie de investigaciones para responder a un planteamiento del problema”³⁸. Ello permite la integración de datos numéricos recabados que expresan una realidad objetiva, y la percepción subjetiva que un grupo humano tiene de un fenómeno. Según Hernández Sampieri, el objetivo de esas distintas unidades de análisis es que “el proceso de investigación y las estrategias utilizadas se adapten a las necesidades, contexto, circunstancia, recursos, pero sobre todo al planteamiento del problema”³⁹

La investigación partió desde el planteamiento subjetivo de que los sujetos HSH que viven con VIH enfrentan un doble componente de estigma y discriminación, que dificulta su aceptación del diagnóstico; esta información fue recabada en una entrevista cualitativa a profundidad. Para sustentar objetivamente el problema planteado, se implementó un test estandarizado que midió numéricamente las formas de manejar el estrés por parte de los sujetos. El método mixto permitió realizar una triangulación entre las categorías planteadas en el marco teórico, el diálogo expresado por los sujetos en la entrevista y los resultados cuantitativos del cuestionario para el afrontamiento del estrés que se aplicó. La interpretación generó un análisis que comprendió al sujeto ante una experiencia subjetiva

³⁸ Hernández Sampieri, Roberto. “**Metodología de la investigación**”. Sexta edición. Editorial Mc Graw Hill Educación. México 2014. Pág. 532.

³⁹ *Ibíd.* Pág. 534.

inmerso en el contexto social, que se comprueba en la estandarización del dato cuantitativo.

Lo cualitativo como concepto alternativo es muy importante dentro de la investigación científica y en la investigación psicológica llama la atención por la definición ontológica utilizada. La investigación cualitativa rescata el punto de vista individual y la construcción del conocimiento se vuelve de suma importancia para la psicología. La interpretación es una construcción y esta puede ser generada por las ideas combinadas en el pensamiento del investigador que tiene un vínculo mucho más directo con el problema en cuestión.

En conclusión, el método mixto permitió una comprensión amplia de los datos recabados para sustentar la interpretación y explicación que se hizo sobre el planteamiento del problema. El análisis se complementó desde un método de análisis fenomenológico y las principales categorías planteadas que fueron:

1. Mecanismos de afrontamiento: José Soriano define el afrontamiento como los esfuerzos cognitivos y conductuales, constantemente cambiantes, que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas e internas, que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo.⁴⁰
2. Grupo de auto apoyo: Carl Rogers define a un grupo de encuentro como: “el grupo de personas que se reúnen para buscar el desarrollo personal, el aumento y mejoramiento de la comunicación y las relaciones interpersonales, merced a un proceso basado en la experiencia”.⁴¹ El grupo de auto apoyo para el sujeto HSH que vive con VIH tuvo la

⁴⁰ Soriano, José. **“Reflexiones sobre el concepto del afrontamiento”**. Boletín de Psicología No. 75. Universidad de Valencia, España. Año 2002. Pág. 74. <http://www.uv.es/seoane/boletin/previos/N75-4.pdf>

⁴¹ Rogers, Carl. Grupos de encuentro. Amarrortu Editores. Buenos Aires 1984. Pág. 12

intención de ser un espacio seguro para que éste pudiera exponer la experiencia subjetiva de vivir con el virus y la problemática individual como social, que esto le ha implicado.

3. Factores existenciales: Irvin D. Yalom hace la siguiente definición de psicoterapia existencial: “es un enfoque dinámico que se concentra en las preocupaciones enraizadas en la existencia del individuo”.⁴² Consecuente con esta concepción existencialista, Yalom define cuatro preocupaciones o factores existenciales, premisas fundamentales de la existencia humana: la preocupación por la muerte, el asilamiento existencial, el miedo a la libertad y la falta de sentido de vida.
4. Técnicas de psicoterapia existencial: Estas son un modelo de abordaje terapéutico que sitúa al sujeto ante el contexto específico en que su problemática emerge, para que desde su creatividad y subjetividad personal, genere actitudes de beneficio para sí mismo, enfocadas a construir y definir su propia existencia. Estas técnicas implican un compromiso humano del terapeuta para ser un acompañante integral, en el proceso del sujeto para definirse a sí mismo.

2.01.02. Método de análisis fenomenológico

Este método surge desde la corriente filosófica de la Fenomenología para ofrecer una visión de la investigación acercada hacia la experiencia del ser humano de manera cualitativa, sin la rigurosidad del tradicional método científico, pero con un abordaje definido en sus constructos. El método fenomenológico

⁴² Irvin D. Yalom. “Psicoterapia Existencial”. Segunda edición. Barcelona, España. Editorial Herder. 1984. Pág. 15

permite comprender al ser humano como “un ente indivisible, singular y único en el mundo, que vive, siente y percibe de manera individual y propia”⁴³.

La fenomenología es la corriente de la filosofía encargada de analizar todos aquellos fenómenos que emergen a la conciencia del ser humano, que le afectan y determinan, así como toda realidad mental que se manifieste. Husserl la definió como “la ciencia que trata de describir las estructuras esenciales de la consciencia”⁴⁴, desde su concepción de que en el humano existe un “medio vital cotidiano: todos aquellos sentidos y significaciones que tienen un valor y que representan la vida psíquica”. Por su parte, Heidegger la definió como “el estudio de los fenómenos (y las experiencias) tal y cómo se presentan, permitiendo ver lo que se muestra, tal como se muestra a sí mismo y en cuanto se muestra así mismo”⁴⁵. De tal manera, el método fenomenológico toma un carácter científico al dedicarse sobre tales realidades, que aunque se presenten de manera subjetiva, afectan concretamente al ser humano.

Así como Heidegger comprende al ser humano en un tiempo y espacio específico, el método fenomenológico busca explicar al ser humano existente en un contexto que le influye, y a la vez que él mismo crea y construye. Para la presente investigación, este método de análisis ha permitido entender y explicar los fenómenos que emergen a la conciencia del sujeto HSH que inicia a enfrentar el diagnóstico de VIH, en un contexto específico que le presenta adversidades y en el cual él mismo tiene la oportunidad de determinar y construir. La descripción y explicación del proceso que enfrenta el sujeto al recibir el diagnóstico, no puede abordarse de manera individual y aislada, ha sido necesario comprender las dimensiones de la subjetividad del individuo

⁴³ Trejo Martínez, Fernando. ***“Fenomenología como método de investigación: una opción para el profesional de enfermería”***. INN, México 2012. Pág. 98

⁴⁴ *Ibíd.* Pág. 99

⁴⁵ *Ibíd.* Pág. 99

inmerso en un contexto específico y las formas en las que él mismo puede redefinir sus sentidos y significaciones para afrontar el diagnóstico.

El método fenomenológico cuenta con tres etapas⁴⁶:

1. Etapa descriptiva: busca describir la realidad del fenómeno vivido por la población de la manera más acercada al contexto y lo menos perjudicial posible. En esta etapa, se han planteado los puntos específicos del contexto y subjetividad del sujeto HSH, pues se ha observado que el VIH no es una enfermedad medicamente mortal de abordar; la problemática más fuerte es la lucha contra el estigma y la discriminación.
2. Etapa estructural: es el estudio de los contenidos obtenidos en los protocolos, precisa de un orden específico para no perder el sentido de la investigación. En tal sentido, se buscó que mantener una línea coherente de análisis de los datos desde las categorías planteadas, en relación estrecha con el diálogo del paciente y la orientación terapéutica centrada en las dimensiones existenciales del mismo.
3. Etapa de discusión de resultados: La presente investigación ha buscado ser un primer análisis sobre la vivencia del VIH en la comunidad en mayor riesgo a nivel nacional.

2.02. Técnicas

2.02.01. Técnica de muestreo:

En la presente investigación se usó una técnica de muestreo intencional, que incluyó a sujetos en la investigación según el criterio de inclusión del investigador. Por ende, se seleccionaron a 11 sujetos hombres que se identifican en su orientación sexual como homosexuales o bisexuales, que tengan prácticas

⁴⁶ Ibíd. Pág. 100

sexuales con otros hombres, que recibieron el diagnóstico positivo de VIH, comprendidos entre las edades de 20 a 50 años de edad.

2.02.02. Técnica de recolección de datos:

Para la presente investigación se utilizaron las siguientes técnicas de recolección de datos:

1. Se implementó el “Cuestionario para el Afrontamiento del Estrés”⁴⁷ (CAE), para validar la investigación en un dato cuantitativo, demostrando que el reciente diagnóstico de VIH en el sujeto HSH genera un estado de tensión específico y que pueden existir distintos recursos que el sujeto asuma ante el diagnóstico.
2. Se aplicó una entrevista a profundidad que incluyó las categorías del proyecto de investigación para conocer cómo el sujeto ha afrontado el diagnóstico de VIH previamente a recibir una intervención psicológica y posterior a la misma.
3. Se realizaron 10 sesiones en un grupo de auto apoyo que consistieron en generar un espacio de confianza y seguridad para los pacientes, desde la convivencia entre pares que comparten la misma problemática. En el grupo se aplicó la observación participante para conocer la interacción y dinámica grupal que se genera. A la vez se buscó que el grupo fuera un recurso más para el paciente, pues es un espacio libre de estigma y discriminación.
4. Se implementaron técnicas de Psicoterapia Existencial, para fortalecer el proceso de afrontamiento del sujeto HSH ante el diagnóstico de VIH.

⁴⁷ **“Cuestionario para el Afrontamiento del Estrés”**. Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología. Revista de Psicopatología y Psicología Clínica 2003, Volumen 8, Número 1.

2.02.03. Técnica de análisis de datos:

Se analizaron los datos recabados desde la técnica de análisis cualitativo de triangulación, interpretación del dato y se teorizaron a través de la sistematización. La información obtenida en las entrevistas se interpretó desde la teoría de la psicoterapia existencial, y los conceptos de estigma y discriminación, correspondientes al doble componente que dificulta la situación del sujeto HSH que porta VIH, en Guatemala. La interpretación se sistematizará varios niveles: cómo comprende el sujeto su reciente diagnóstico de VIH, qué recursos evalúa como posibles para afrontar el diagnóstico, cómo los utiliza, cómo beneficia en su salud integral tales recursos y cómo puede generar nuevos recursos de afrontamiento.

2.03. Instrumentos:

2.03.01. Cuestionario para el Afrontamiento del Estrés (CAE):

Este instrumento es una medición para evaluar siete formas específicas de afrontamiento del estrés, o también comprendidas como dimensiones. Según el CAE, el concepto de afrontamiento hace referencia a los “esfuerzos conductuales y cognitivos que lleva a cabo el individuo para afrontar el estrés; es decir, para tratar con las demandas externas e internas generadoras del mismo, como con el malestar psicológico que suele acompañarlo”.⁴⁸ Las dimensiones que evalúa el CAE son:

1. Focalizado en la solución del problema.
2. Autofocalización negativa.
3. Reevaluación positiva.
4. Expresión emocional abierta.
5. Evitación.

⁴⁸ Ibíd. 39

6. Búsqueda de apoyo social.

7. Religión.

En el abordaje con los sujetos HSH, se evidenciaron distintas dimensiones del cuestionario, en la respuesta de los mismos ante el estrés que el diagnóstico causaba. En primera instancia, se evidenció que recibir el diagnóstico de VIH sí es un estresor y representa para el sujeto una situación de confrontación y de límite. Continuamente, se observó que la respuesta de cada sujeto en distinta dimensión, daba un indicio de la capacidad de resiliencia que el mismo tiene; a la vez que hace referencia al marco cultural ideológico del sujeto, costumbre y prácticas aprendidas familiarmente.

Como punto interesante, se encontró que la mayoría de sujetos, aunque su inclinación de afrontamiento se dirigiera hacia una dimensión distinta a la religiosa, sí presentaban rasgos o practicas usuales religiosas, aunque no de manera determinante, pero sí presente.

Como pueden existir distintas interpretaciones subjetivas de lo que es estar adaptado o viceversa, es necesario mencionar que en el presente proyecto de investigación se hizo referencia a adaptarse como el proceso en que el sujeto afrontó el diagnóstico de VIH en función de su bienestar integral, a través de un adecuado proceso de adherencia al tratamiento antirretroviral y al cuidado de su salud. El Cuestionario para el Afrontamiento del Estrés se adjunta en el anexo 1.

2.03.02. Entrevista en profundidad:

La entrevista a profundidad consistió en una conversación entre los sujetos de investigación, con el entrevistador, para facilitar al entrevistado la reflexión y expresión de su sentir, pensar y actuar sobre la problemática que plantea el

proyecto de investigación. La conversación tuvo el objetivo de que los entrevistados alcanzaran fibras sensibles sobre los sentimientos y emociones surgidos en el momento de haber recibido el diagnóstico de VIH y las maneras en que lo han afrontado. Se buscó que los datos y la información fluyeran de manera libre, mientras el sujeto se sentía cómodo para mantener el rapport entre el entrevistado y el entrevistador, y creando un clima de confianza y confidencialidad con el fin de que el entrevistado pudiera tener la suficiente confianza para expresarse con naturalidad y sinceridad. La entrevista contuvo dos categorías que sustentaron el planteamiento del problema y el objetivo de la investigación:

1. Recursos de afrontamiento: esta categoría incluyó seis preguntas que se verificaron desde los siguientes indicadores: cognitivo-valoración, conducta-actitud, emociones-estrés, vínculos, posibilidades-habilidades, amenaza, flexibilidad, humor-goce del placer.
2. Estigma y discriminación: esta categoría hace referencia a la percepción del sujeto ante el doble componente que problematiza su situación en el contexto social. Se presentaron siete preguntas en referencia a las experiencias y aprendizajes pasadas y presentes, verificándose desde los siguientes indicadores: percepción del entorno, percepción de sí mismo-auto concepto, actitudes peyorativas hacia sí y hacia otros, violencia vivida por algún motivo relacionado a la orientación o práctica sexual.

Para la aplicación de esta entrevista, se diseñó un consentimiento informado (adjunto en anexo 3) desde la asesoría de un abogado y notario, sustentado en el decreto 27-200 (Ley General para el combate del VIH-SIDA), y el artículo 24 de la Constitución Política de la República de Guatemala, con el fin de asegurar la confidencialidad al sujeto y el resguardo del audio grabado en cada entrevista. Se evidenció preocupación en la mayoría de los sujetos en cómo se

resguardaría su identidad e información por grabar el audio, pero el respaldo del consentimiento firmado por ellos y por el entrevistador, significó más seguridad.

Algunos de los usuarios tomaron la entrevista como una forma de aportar su experiencia para bien de otras personas que recientemente han recibido el diagnóstico de VIH. La entrevista a profundidad se adjunta en el anexo 2 y el consentimiento informado en el anexo 3.

2.03.03. Grupo de auto apoyo y técnicas de psicoterapia existencial:

Este consistió en diez sesiones (el modelo de planificación de cada sesión se adjunta en anexo 4), en las que se aplicó una metodología de discusión grupal y expresión libre de la vivencia del diagnóstico de VIH. Se utilizaron materiales lúdicos para las tareas grupales, un cuaderno de terapia por participante para realizar un registro de las experiencias vividas y se implementaron las técnicas de psicoterapia existencial descritas anteriormente, a través de las siguientes preguntas claves:

1. ¿cómo se siente en este preciso momento?
2. ¿Qué pasaría si hace exactamente lo opuesto a lo que teme?
3. ¿Realmente no existe solución?
4. ¿Qué sentido cree que tiene el haber recibido el diagnóstico?
5. ¿Qué es lo positivo de portar VIH?
6. ¿Cuáles son sus principales responsabilidades?
7. ¿Qué logra al a través del sufrimiento que el VIH le genera?

2.04. Operacionalización de objetivos:

Objetivos específicos	Categorías conceptuales	Técnicas	Instrumentos
<p>Describir los recursos de afrontamiento sociales, pre y post a la intervención psicológica, ante el diagnóstico de VIH en hombres que tiene sexo con hombres.</p>	<p>Mecanismos de Afrontamiento: actividad que el sujeto puede ejecutar, tanto de tipo cognitivo como conductual, con el fin de enfrentarse a una determinada situación.</p>	<p>Aplicación de Cuestionario para el Afrontamiento del Estrés. Entrevista a profundidad con cada participante para conocer los recursos que ha tomado para afrontar el diagnóstico.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cuestionario para el Afrontamiento del Estrés: estructurado con 42 preguntas cerradas y evalúa el resultado según 9 dimensiones posibles. 2. Entrevista sobre recursos de afrontamiento sociales, con indicadores específicos.
<p>Estructurar un grupo de autoapoyo para potencializar los recursos de afrontamiento en el sujeto hombre que tiene sexo con hombres, que vive con VIH.</p>	<p>Grupo de auto apoyo: Personas que se reúnen por una problemática en común, en busca de crear cohesión en sí mismos y favorecer su desarrollo. La interacción entre los participantes, y la guía terapéutica del profesional de la psicología, son los elementos esenciales que lo hacen un grupo.</p>	<p>Cuatro sesiones de grupo de auto apoyo. Se implementará la observación participativa con los pacientes, el diálogo grupal y actividades de cohesión grupal y desarrollo comunitario.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Planificaciones de cada sesión. • Material lúdico. • Carta de confidencialidad para participación en el grupo. • Tareas grupales. • Cuaderno de terapia.
<p>Explicar la percepción del paciente hombres que tiene sexo con otros hombres que vive con VIH, desde el doble componente de estigma y discriminación.</p>	<p>Estigma: proceso dinámico de devaluación que desacredita de forma significativa a una persona Discriminación: cualquier forma de distinción, exclusión o restricción arbitraria que afecte a una</p>	<p>Aplicación de entrevista a profundidad para conocer si el sujeto percibe el doble componente de estigma y discriminación.</p>	<p>Entrevista sobre recursos de afrontamiento sociales que incluye indicadores como: Percepción del entorno. Percepción de sí mismo-auto concepto. Actitudes peyorativas hacia sí y hacia otros.</p>

	persona.		Violencia vivida por algún motivo relacionado a la orientación o práctica sexual.
Implementar técnicas de psicoterapia existencial para favorecer el recurso de afrontamiento en el sujeto hombre que tiene sexo con hombres que vive con VIH.	Técnicas de psicoterapia existencial: Intención paradójica. Derreflexión. Sincronización del terapeuta. Percepción del significado. Comprometerse con la vida. El sentido del sufrimiento.	Abordaje psicoterapéutico individual y grupal desde las técnicas de psicoterapia existencial.	<ul style="list-style-type: none"> • ¿cómo se siente en este preciso momento? • ¿Qué pasaría si hace exactamente lo opuesto a lo que teme? • ¿Realmente no existe solución? • ¿Qué sentido cree que tiene el haber recibido el diagnóstico? • ¿Qué es lo positivo de portar VIH? • ¿Cuáles son sus principales responsabilidades? • ¿Qué logra al a través del sufrimiento que el VIH le genera?

Capítulo III

3. Presentación, análisis e interpretación de los resultados

3.01. Características del lugar y de la muestra

Características del lugar:

El Colectivo Amigos Contra el SIDA (CAS) se ubica en el corazón del centro histórico de la ciudad capital, cercano del Parque Central, sobre la séptima calle, entre tercera y cuarta avenida. CAS es una organización de base comunitaria, conformada en su mayoría por hombres homosexuales, que promueven la prevención del VIH e infecciones de transmisión sexual, así como la promoción de políticas públicas en beneficio de las diversas comunidades de hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres (HSH). La población objetivo de CAS es todo hombre que haya tenido o mantenga contacto sexo genital con otro hombre, indistintamente de cómo se auto denomine o identifique.

A todo HSH que asiste a la institución se le ofrece un circuito de atención integral en salud, que incluye pruebas en sangre de VIH, Sífilis y Hepatitis B; también una revisión médica para el diagnóstico sindrómico de otras infecciones de transmisión sexual, por medio de revisión de garganta, genitales y anoscopía (revisión anal). Si un usuario es diagnosticado con alguna infección de transmisión sexual, se le da el medicamento y el seguimiento hasta que sane. En el caso de que tenga un resultado positivo en VIH, se le ofrece el acompañamiento de un navegador en salud, para asistir a una Unidad de Atención Integral e iniciar el tratamiento. Todos los servicios se le ofrecen de manera totalmente gratuita a los usuarios HSH que consultan en CAS; esto se logra a través de donaciones externa como Fondo Mundial y la Universidad del Valle de Guatemala.

CAS también ofrece atención psicológica gratuita a través de un acuerdo con el Departamento de Ejercicio Profesional Supervisado, de la Escuela de Ciencias Psicológicas, de la Universidad de San Carlos de Guatemala, que envía a estudiantes en proceso de graduación para la realización del ejercicio profesional. A la vez, cuenta con practicantes de la carrera de Psicología Clínica de la Universidad Mariano Gálvez.

Otro servicio importante que CAS ofrece a su población es de asesoría jurídica en casos de discriminación por la orientación sexual. Esto se da de manera gratuita a través de un bufete de abogados que de manera voluntaria asiste un día a la semana para asesorar a usuarios consultantes.

Características de la muestra:

La muestra seleccionada para la investigación fue un grupo de hombres que se denominan homosexuales y bisexuales, que viven con VIH, y han recibido servicios de la institución CAS. La orientación sexual de los sujetos y la condición del diagnóstico de VIH, fueron los factores en común de los mismos; a la vez, los miembros pertenecían un estrato económico bajo, con un nivel de escolaridad principalmente hasta diversificado, algunos con estudios técnicos en algún oficio, solo tres de ellos con educación universitaria. Algunas otras características en común, fueron las relaciones familiares distantes que los usuarios llevan por distintos momentos en que fueron víctimas de discriminación por su orientación sexual; la mayoría de estado civil soltero, solo uno compartiendo una unión libre y uno casado con una mujer. La mayoría de los participantes practicaba alguna religión, mayormente católica. El rango de edad de los usuarios fue de 20 a 50 años.

3.02. Presentación e interpretación de resultados:

En la investigación sobre Recursos de Afrontamiento Sociales ante el diagnóstico de VIH en hombres que tienen sexo con otros hombres, se definieron varias categorías desde el análisis existencial del sujeto, los procesos de resiliencia, la comprensión del mismo en un contexto que le influye y al cual él influye, y la capacidad de desarrollar adherencia al cuidado integral de su salud, para dirigir el proceso de diagnóstico, abordaje e investigación.

3.02.01. Mecanismo de Afrontamiento:

Como primera categoría, se abordó y definió el recurso de afrontamiento, comprendiendo a este como los esfuerzos cognitivos y conductuales, constantemente cambiantes, que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas e internas, que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo.⁴⁹ El afrontamiento surge cuando previamente se está viviendo una situación que compromete el equilibrio del sujeto, pues le lleva a una situación límite, una situación nueva que le supone ciertas dificultades y peligros. Varias dimensiones integran el recurso de afrontamiento. En primer lugar, lo cognitivo del afrontamiento que se refiere a los pensamientos, significados, conceptos y la valoración que el sujeto hace sobre la situación que irrumpe sus límites.

Lo cognitivo:

Se observó que los significados que los sujetos HSH tienen respecto al VIH, afecta sobre la forma de afrontar el diagnóstico. El sujeto entrevistado, código MAMSO29, expresó: *“A no, sí me hizo sentir más miedo. Que era una enfermedad mortal, que a veces una persona, su estado físico está fatal y así se quedaba”*. La valoración sobre el VIH que da el sujeto, hace referencia a un

⁴⁹ Soriano, José. **“Reflexiones sobre el concepto del afrontamiento”**. Boletín de Psicología No. 75. Universidad de Valencia, España. Año 2002. Pág. 74. <http://www.uv.es/seoane/boletin/previos/N75-4.pdf>

significado de vulnerabilidad y de sentirse propenso a morir, que se comprende desde una de las formas de la valoración denominada amenaza, entendida como la consideración de una situación que supera claramente los recursos del individuo. El sujeto MESP30 expresó: *“¿El VIH?”, y me dijo “sí”, “entonces me voy a morir”, fue lo primero que pensé, porque yo no estaba informado del VIH; entonces cuando yo supe de eso, fue que como que todo se iba para abajo*. Se comprende que, tanto los estereotipos del imaginario social sobre el tema, como la falta de conocimiento real del mismo, generan la interpretación de amenaza permanente que supone el diagnóstico.

La valoración cognitiva que los sujetos expresaron, evidenció, a la vez, la manera social de comprender la problemática del VIH, tanto en el contexto presente como en ideas que históricamente se han sostenido. Detalló el sujeto MGUAC30: *“Yo siento que a veces es un poco difícil poderlo compartir; te voy a decir por qué: nuestra sociedad no ha perdido el estigma y la discriminación. Nosotros en mi familia, tuvimos el caso de un tío que resultó así y vi como la familia le dio la espalda; incluso hasta veía cómo le quemaban los platos y los vasos donde él comía, donde él tomaba agua. Porque según la creencia de ellos, solo por usar eso, ya nos podía infectar a nosotros, y es muy cierto”*.

Como se evidencia, tal valoración cognitiva se ha sustentado a través de los sentidos y significados aprendidos en la familia, como representación del primer grupo social. Claramente los sujetos expresaron la influencia que los comentarios y opiniones de la familia, eran significativos para la percepción que tenían del VIH antes de recibir el diagnóstico, como en su respuesta de afrontamiento posterior al mismo. Expresó también el sujeto MGUAC30: *“Sí se tocaba mucho este tema porque mis papás eran militares, entonces ellos eran como que muy cuadrados y muy estrictos con entonces yo me acuerdo que ellos decían que esta enfermedad era solo, en los términos que usaban, que esta*

enfermedad era solo para huecos y que es era un castigo de Dios, que la biblia no lo decía pero que era un castigo de Dios”.

A la vez, se evidenció que un aspecto importante dentro de la educación familiar es la falta de información; no solamente la información cargada de prejuicios, sino también el desconocimiento de temas como el VIH y la diversidad sexual, lo cual es posible comprenderlo por factores del contexto que abarcan las posibilidades económicas y de desarrollo. Este estudio se centró en un contexto urbano, pero la información recopilada permite analizar que la problemática de la falta de conocimiento e información, es más compleja en ámbitos rurales. El sujeto MWALO40 detalló: *“Y dentro del entorno social familiar de mi niñez, no, no abordamos esos temas, porque de hecho, no conocíamos esos temas. Que yo recuerde, aproximadamente en 1984 1985, el término que se empezó a escuchar fue SIDA, no VIH. No decían, portadores, decían “enfermos a punto de morir”, ese es el término que yo escuchaba por medios de comunicación, no por la familia; de hecho, creo que mis padres tienen la idea de esta infección, pero que esa información les llegó a ellos, igual que a mí, mucho tiempo después. No se hablaba nada de eso, de hecho, no tocábamos el tema sexual, entonces menos de cuestión de enfermedades, y menos aún del tema VIH, porque no teníamos el alcance, los conocimientos. De hecho, no solamente mi familia, toda la población; provengo de un municipio del interior de la república, y allí muchas veces la información nos llegaba muy poco...”*

Lo emocional:

Un segundo aspecto importante del afrontamiento como mecanismo, se relaciona con la reacción emocional, que se encuentra íntimamente ligada a la valoración cognitiva. Se comprende que si la común consideración cognitiva que los sujetos hicieron del VIH estaba ligada a una percepción de amenaza, desaprobación del círculo familiar primario, sumado a la falta de información, a la

vez, la reacción emocional correspondiente fue de impacto y supuso un nivel de estrés elevado. El sujeto MERBA27 detalló su reacción emocional: *“Bueno más que todo fue como un balde de agua fría verdad, las emociones se juntaron, fue.... eh, más que todo empecé a sudar frío, sentía que me iba a desmayar. Pero.... sí, esas fueron más que todo las emociones que sentí en ese instante”*.

Las reacciones emocionales que se evidenciaron en los sujetos, hicieron referencia a dos aspectos importantes. El primero como una expresión de enojo hacia sí mismos. El sujeto MIVMA48 dijo al referirse a su reacción emocional vivenciada: *“Digamos que una de las primeras emociones fue como, ay no sé, fue un impacto, entonces ante el impacto sentí un como una sensación de estar perdido o de que iba cayendo en un abismo y mucha, no sé, **como que me había defraudado a mí mismo**. Esa fue mi primera sensación; y un miedo terrible verdad porque no tenía mucha información y si tenía era poca y equivocada”*.

El segundo, como una manifestación de molestia hacia las posibles parejas sexuales con quienes se mantuvieron relaciones de riesgo y por la culpa generada de considerar que no se tomaron las medidas de salud necesarias. Expresó el sujeto MBRHE27: *“A pues en este caso pues fue, una reacción pues fuerte pues, porque era.. no era... que me costaba también entender el proceso de que a mi me había tocado el virus del VIH verdad y las emociones que empezaron a entrar fue como que rabia, este dolor y llanto verdad porque era lo primero que se le viene primero a la persona cuando se lo empiezan a decir pues y la verdad que es duro enterarse... Pues en este caso estaba dirigida a las personas con las que tuve sexo porque nunca tuve, en este caso, una protección segura, porque a veces lo hacía sin protección”*.

El sujeto MHESA33 también manifestó: *“En ese momento sencillamente no, encontré todo tan oscuro y tan gris que no encontraba una solución o algo que ayudara, solo miedo y angustia, que no encontré mayor cosa en ese momento.* Se comprobó que la amenaza vivenciada por el VIH, genera la percepción de encontrar pocas posibilidades de afrontamiento; apegado esto a la implicación emocional consecuente.

Para la comprensión del impacto emocional causado por el diagnóstico de VIH y el estado de estrés latente, se presentan los resultados arrojados por el “Cuestionario para el Afrontamiento del Estrés”⁵⁰ (CAE), que se aplicó a los sujetos, específicamente en la categoría “Autofocalización negativa”.

Cuadro No. 1
“Autofocalización negativa”

NO	ITEM	0	1	2	3	4
		Nunca	Pocas veces	A veces	Frecuentemente	Casi siempre
1	2	1	5	3	2	0
2	9	6	0	2	3	0
3	16	0	0	1	3	7
4	23	1	4	2	2	2
5	30	2	3	2	4	0

⁵⁰ **“Cuestionario para el Afrontamiento del Estrés”**. Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología. Revista de Psicopatología y Psicología Clínica 2003, Volumen 8, Número 1.

		el problema.					
6	37	Me resigné a aceptar las cosas como eran.	1	1	0	5	4
Totales			11	13	10	19	13

Fuente: Elaboración propia.

Los sujetos de la investigación presentaron una tendencia pronunciada hacia la Autofocalización negativa como una forma de afrontar la situación de crisis. Esto puede explicarse desde los estereotipos y prejuicios que acompañan al diagnóstico de VIH, y el sentimiento de culpa que se hace evidente; pues, en el ítem número 16 *“Comprendí que yo fui el principal causante del problema”*, siete participantes de once, respondieron la opción “casi siempre”.

El paciente MFRHE32 expresó: *“Claro, por no haber tomado las decisiones pertinentes en los momentos adecuados porque pues uno es muy consciente de las consecuencias que puedan traer ciertos actos humanos, y en el caso de nosotros, los que tenemos relaciones con otros hombres, pues somos más propensos a contraer ese tipo de enfermedades y la mayoría de nosotros creo que lo sabemos, pero no medimos nuestras consecuencias”*. Tal expresión demuestra el estereotipo preconcebido que al ser HSH, se vive en mayor riesgo de VIH; lo cual, se ha comprobado por la alta prevalencia de la infección en la comunidad gay. A la vez, la culpa vivenciada puede comprenderse en la expresión del usuario MAMSO29 al decir: *“Bueno la emoción principal sería, hasta cierto punto, enojo y molestia conmigo mismo... Porque tal vez, hasta cierto punto, tuve algún conocimiento de precauciones y no las tomé”*.

El análisis de la Autofocalización negativa, puede dar a comprender la noción de responsabilidad que el usuario pueda tener de la situación a la que se está enfrentando. Sin embargo, los usuarios que más evidenciaron una tendencia a este mecanismo de afrontamiento, a la vez les fue más difícil aceptar el

diagnóstico e iniciar el proceso de adherencia, pues, justamente, la categoría explora las tendencias de los sujetos a vivenciar negativamente la situación. El usuario MESPA30 expresó: *“Lo único que quería hacer, era morirme, porque ya no valía, osea en mi mente decía para mí “ya no valgo, con esta enfermedad ya no valgo”*. Según cada usuario mostró una tendencia más marcada hacia la Autofocalización negativa, así también se evidenció la valoración cognitiva que el mismo hizo sobre saberse con el diagnóstico de VIH, como se comprende en el relato del usuario MESPA30.

A pesar de la vivencia emocional, los sujetos HSH no contaron con muchos espacios seguros para expresar sus emociones o desahogarse del estrés vivenciado. Esto se detalla en el análisis e interpretación de la categoría “Expresión emocional abierta”, que se evaluó en el CAE.

Cuadro No. 2
“Expresión emocional abierta”

NO		ITEM	0 Nunca	1 Pocas veces	2 A veces	3 Frecuentemente	4 Casi siempre
1	4	Descargué mi mal humor con los demás.	4	3	3	1	0
2	11	Insulté a ciertas personas.	5	2	3	1	0
3	18	Me comporté de forma hostil con los demás.	6	2	1	2	0
4	25	Agredí a algunas personas.	8	0	2	0	1
5	32	Me irrité con alguna gente.	3	3	2	2	1
6	39	Luché y me desahogué expresando mis emociones.	1	1	6	1	2
Totales			27	11	17	7	4

Fuente: Elaboración propia.

De manera general, las puntuaciones sobre la expresión emocional abierta, evidenciaron que los sujetos HSH, al enterarse del diagnóstico de VIH, no manifestaban su sentir abiertamente. Más bien, se comprobó que no expresar a muchas personas o de manera abierta las emociones surgidas, es más un mecanismo de defensa ante la posible discriminación y rechazo por el estigma del virus. El paciente MHESA33 manifestó: *“Con los amigos no sé; después de un tiempo sí se lo dije a un amigo y es la única persona que fuera del entorno familiar lo saben; un amigo y la pareja son quienes lo saben del diagnóstico básicamente. Entonces no decirlo, probablemente sea la estrategia para no sentirme discriminado”*.

Se analiza que los sujetos sí vivenciaron emociones fuertes de miedo, angustia e incertidumbre ante la situación de saberse con el virus. Sin embargo, en su mayoría, los usuarios solamente manifestaron sus emociones con personas puntuales como las parejas sexuales, por la probabilidad del riesgo de también portar el virus. El mismo usuario MHESA33 dijo: *“Sí, definitivamente tenía que decírselo a alguien, tengo una pareja y en ese momento que me dijeron que era positivo, vino a mi mente esa pareja y cómo le iba a decir mi estado y si la persona también hubiese estado infectado, era lo que me preocupaba en ese momento... Más que confianza, era obligación decirle”*. Este análisis e interpretación de la expresión emocional abierta se complementa con la descripción de la categoría relacionada al apoyo social.

Respecto a la ira como mecanismo de expresión emocional, se evidenció que solamente un usuario lo manifestó en su relato (MESPA30: *“Cuando yo supe de esto, yo en vez de que de cambiar quizás, me volví muy agresivo; me volví muy agresivo, me volví muy reservado de todos, alejarme de todos y como antes antes de esto, a mí me hicieron sufrir mucho, entonces ya cuando salí del hospital dije “no, ahora voy a cambiar, ahora ya no voy a ser el bueno, ya no voy*

a ser la persona que se ha dejado siempre, sino que voy a hacer ya nadie más me va a hacer”, porque ¿qué más puedo esperar? Si media vez ya me pasaron esa enfermedad, yo dije “ya nunca más me voy a dejar con la gente”. Me volví muy agresivo. Incluso me separé de ella. Incluso cuando estaba en el hospital le dije que ya no se acercara a mí”.) Se hace la anotación que la transcripción del diálogo de los usuarios entrevistados es literal a como ellos se expresaron.

Se analiza que en su mayoría, la expresión emocional vivida por los sujetos de la investigación, fueron procesos internos de los mismos, en los momentos de privacidad o reflexión personal; no tanto manifestada hacia fuera de sí, lo que será objeto de análisis en una posterior categoría.

Afrontamiento como mecanismo:

El análisis del significado cognitivo del VIH y de la reacción emocional, a través de los diálogos explícitos de los sujetos y de los resultados del CAE, permite detallar la problemática clara que enfrenta el sujeto HSH en su subjetividad. Teniendo como factor en común la vivencia del VIH como amenaza, los prejuicios aprendidos socialmente y la percepción de las limitadas posibilidades de afrontamiento, se evidenció que los sujetos son capaces de crear mecanismos de afrontamiento que les permitieron adaptarse a las implicaciones médicas del diagnóstico (como la vinculación a una UAI, la adherencia al tratamiento ARV y las citas programadas) y a la consideración de sí mismos como sujetos portadores del virus. Esto se detalla en el análisis de los resultados arrojados en el CAE, específicamente para las categorías “Focalizado en la solución del problema”, y “Reevaluación positiva”.

Cuadro No. 3
“Focalizado en la solución del problema”

NO		ITEM	0 Nunca	1 Pocas veces	2 A veces	3 Frecuentemente	4 Casi siempre
1	1	Traté de analizar las causas del problema para poder hacerle frente.	1	0	2	5	3
2	8	Traté de solucionar el problema siguiendo unos pasos bien pensados.	0	1	2	4	4
3	15	Establecí un plan de actuación y procuré llevarlo a cabo.	2	2	0	3	4
4	22	Hablé con las personas implicadas para encontrar una solución al problema	1	2	3	3	2
5	29	Hice frente al problema poniendo en marcha varias soluciones concretas	0	4	0	6	1
6	36	Pensé detenidamente los pasos a seguir para enfrentarme al problema.	0	3	1	3	4
Totales			4	12	8	24	18

Fuente: Elaboración propia.

La focalización en la solución del problema hace referencia a la capacidad del sujeto de planificar una serie de pasos y ejecutarlos, para afrontar de manera asertiva una situación de crisis. Los sujetos de la investigación evidenciaron que, en su mayoría, logran planificar y ejecutar una serie de pasos para afrontar el problema, pues se obtuvo una puntuación mayor en la opción de respuesta “frecuentemente”. Se considera que para este resultado, en relación al momento de recibir el diagnóstico de VIH, fue influyente el apoyo que tuvieron, en su

mayoría, los sujetos por parte de los navegadores en salud, personal encargado de acompañarles a los hospitales nacionales para vincularles al sistema de salud. Esto se comprueba en el relato del sujeto MFRHE32 al decir: *“Luego, el sentirme apoyado por alguien de la fundación, que sabía que en algún momento me podía orientar, y si yo tenía alguna duda o algún problema podía consultarle, y esta persona que cuando yo más lo necesité allí estuvo, aunque sea respondiendo un mensajito y yo diciéndole que tenía esta duda...Entonces, la primera vez que yo entré, él dijo, ya lo conocían, entonces ya no dijo nada, solo entramos. Me llevó, me presentó a las personas que, al menos a la secretaria que iba a tomar unos datos, me explicó los procedimientos, qué iban a hacer, la toma de sangre, y sobre todo que no me dejó en ese momento de espera tan tenso..”*

El apoyo y la orientación del personal de salud, fue importante en la planificación de pasos que los sujetos abordados hicieron al enterarse del diagnóstico de VIH. Pues, se les indicó y acompañó en el proceso de vinculación, que es el primer paso para iniciar el cuidado de la salud. A diferencia de aquellos sujetos que no contaron con el apoyo de personal de salud específico, manifestaron angustia por no saber qué debían hacer y los pasos correspondientes a abordar.

A la vez, se evidenció que los sujetos que lograron planificar una serie de pasos para afrontar el diagnóstico, iniciaron de manera más pronta el tratamiento ARV, lo que favoreció la adherencia y permitió que los sujetos siguieran más fácilmente las instrucciones e indicaciones de las Unidades de Atención Integral en las que fueron vinculados. Aplicando otro proceso de pensamiento, el individuo valora en qué le afecta y cuáles son sus posibilidades de acción. En caso de no disponer de los recursos necesarios o de no ser estos suficientes se ponen en marcha las estrategias de afrontamiento, las cuales se encuentran dirigidas al cambio en la situación y al cambio en la repercusión que ésta tiene

en la persona. Esto se evidenció en la forma como el sujeto HSH puede redefinir los pasos necesarios para afrontar el diagnóstico de VIH; expresó el sujeto código MEDCU31: *“Mira, como te comentaba anteriormente, realmente yo como paciente, sí dije: “bueno, ahorita lo que viene es afrontar la situación y ver cómo me mejoro yo”. En mi caso siempre estuve pensando en yo cómo sobre salir yo, cómo seguir adelante, y que a veces creo que yo que a veces ese es el problema, que muchas personas no tienen como que esa madurez y como esa forma de ver las cosas, sino que se encierran en el por qué a mí, o por qué me está pasando esto; o sea siempre se están lamentando de esto”.*

La planificación y ejecución de pasos específicos, reduce la ansiedad del sujeto y permite una adaptación más rápida y funcional a los nuevos hábitos de salud integral que debe aprender una persona con reciente diagnóstico de VIH.

Cuadro No. 4
“Reevaluación positiva”

NO		ITEM	0 Nunca	1 Pocas veces	2 A veces	3 Frecuentemente	4 Casi siempre
1	3	Intenté centrarme en los aspectos positivos del problema.	1	2	0	3	5
2	10	Intenté sacar algo positivo del problema.	0	2	1	4	4
3	17	Descubrí que en la vida hay cosas buenas y gente que se preocupa por los demás.	0	0	3	5	3
4	24	Comprendí que otras cosas, diferentes del problema, eran para mí más importante.	0	3	1	6	1
5	31	Experimenté personalmente eso de que “no hay mal que por bien no	0	1	1	3	6

		venga”.					
6	38	Comprobé que, después de todo, las cosas podían haber ocurrido peor.	0	0	3	3	5
Totales			1	8	9	24	24

Fuente: Elaboración propia.

Se consideró la definición “sentido del sufrimiento”, como una categoría para comprender la redefinición que un sujeto hace de una situación crítica, y trascenderla hacia una oportunidad potencial. Junto a esto, la reevaluación positiva a la que se hace referencia, complementa la comprensión de las capacidades de resiliencia de los sujetos de investigación. Se obtuvieron puntuaciones altas en ítems como “Comprendí que otras cosas, diferentes del problema, eran para mí más importante”, “Experimenté personalmente eso de que “no hay mal que por bien no venga” y “Descubrí que en la vida hay cosas buenas y gente que se preocupa por los demás”.

A pesar de encontrarse ante una situación crítica, los sujetos evidenciaron en sus relatos que recibir el diagnóstico de VIH, también les representó la oportunidad de aprender hábitos para el cuidado a la salud. Relató el usuario MGUAC30: *“Mira, yo creo que el diagnóstico a nosotros, nos ayuda en la cuestión de aprender a ser más precavidos en la cuestión de nuestra salud, porque sabemos que ahora estamos como más expuestos y debemos tomar ese cuidado; cosa que cuando la persona no ha sido diagnosticada no es posible.. En cambio ahora, he tenido ese cuidado, de que cuando veo un síntoma que no es normal, acudo precisamente a la emergencia de la clínica para que me puedan ver que es lo que está pasando, si no hay nada malo. Entonces, esa es una de las mejores actitudes, tratar de valorarse uno un poco más”.*

A la vez, la redefinición del saberse portadores de VIH, como una oportunidad de trascenderse a sí mismos, y servir a otras personas, también se comprobó. El

mismo usuario dijo: *Desde que a mí me dijeron lo mío, entré en una etapa como que de reflexión de mi vida y decir “ya basta, ya basta de ser la misma persona” y recuperar los valores que había perdido por ser violento; empezar a ser más humano, más comprensivo, más tolerante porque para nosotros de la diversidad lo que nos hace falta es tolerancia, poder tolerar a las personas y la aceptación, aceptarlos tal y como son porque venimos con muchos errores, muchos paradigmas, ideologías, que nos formamos en la calle y nos forman mal”.*

El ítem “Comprendí que otras cosas, diferentes del problema, eran para mí más importante”, fue seleccionado en el rango “frecuentemente”, por la mayoría de participantes. Para los usuarios, enfocarse en la continuidad de sus actividades cotidianas como trabajo, estudio o ámbitos sociales, fue una forma de afrontar la situación de crisis. El usuario MEDCU31 dijo: *“Realmente, el sentido está en que nosotros le demos el giro positivo a las cosas. Porque si le das el sentido negativo, vas a decir no me tomo el medicamento, igual me voy a morir, puede pasar esto, puede pasar lo otro. Realmente, uno es dueño de escribir su propio destino, entonces tu destino como tal, uno determina qué vas a querer llegar a ser. Entonces en mi caso, yo creo que tengo mis objetivos muy claros y realmente lo que yo quiero llegar a ser, tal vez cuatro años como máximo, ser un mercadólogo y hacerlo bien. Que realmente para que tengas esta inquietud o esta forma de ver las cosas, te tienen que gustar las cosas, hacerlas apasionadamente y queriendo hacerlas”.*

Comprender el afrontamiento como mecanismo, no como una característica estática de la personalidad, sino como un proceso creador, ha permitido interpretar los relatos de los sujetos y los resultados del CAE desde una perspectiva integral de la situación y el mismo sujeto. Algunos aspectos del afrontamiento evidenciados, se han analizado como dinámicas subjetivas, de pensamiento y de interacción social, en constante cambio. Aquello que al inicio

representó una dificultad, pudo convertirse en oportunidad a través del avance metodológico.

El CAE evaluó categorías de afrontamiento como la “Evitación” y la “Religión”, que al inicio del abordaje fueron comprendidas como posibles concepciones subjetivas que pondrían en riesgo al sujeto HSH por no asumir la responsabilidad de un diagnóstico o sentirse discriminado por prejuicios religiosos. Sin embargo, en ambas categorías, sustentándose en los relatos de los usuarios, se comprobó que se vivencian en distintas dimensiones cambiantes y dinámicas, que pueden ser de beneficio. Se detalla a continuación el análisis.

Cuadro No. 5
“Evitación”

NO		ITEM	0 Nunca	1 Pocas veces	2 A veces	3 Frecuentemente	4 Casi siempre
1	5	Cuando me venía a la cabeza el problema, trataba de concentrarme en otras cosas.	0	2	2	7	0
2	12	Me volqué en el trabajo o en otra actividad para olvidarme del problema.	1	2	2	5	1
3	19	Salí al cine, a cenar, a “dar una vuelta”, etc., para olvidarme del problema.	1	6	3	1	0
4	26	Procuré no pensar en el problema.	1	5	3	2	0
5	33	Practiqué algún deporte para olvidarme del problema.	7	2	0	0	2
6	40	Intenté olvidarme de todo.	1	5	2	3	0
Totales			11	22	12	18	3

Fuente: Elaboración propia.

La evitación como mecanismo de afrontamiento ante una situación de crisis, puede analizarse desde dos perspectivas. En primera instancia, si se evita confrontar una situación, se asume poca responsabilidad sobre la misma y se postergan los pasos necesarios para afrontarla. El ejemplo del usuario MESPA30, quien, como se detalló en el análisis anterior, reaccionó de manera agresiva en su entorno, también mostró un puntaje alto en la evitación como mecanismo de afrontamiento. Se comprende que para un sujeto que recibe el diagnóstico de VIH, esto puede afectar su proceso de adherencia y vinculación a los sistemas de salud.

La segunda perspectiva que se puede analizar en la evitación como mecanismo de afrontamiento, es la que hace referencia en los ítems “Cuando me venía a la cabeza el problema, trataba de concentrarme en otras cosas”; “Me volqué en el trabajo o en otra actividad para olvidarme del problema”. Para una persona, como los sujetos HSH de la investigación, enfocarse en la continuidad de sus actividades cotidianas, responsabilidades y actividades sociales, puede también ser un recurso de afrontamiento efectivo. Aunque pudiese esto interpretarse como evitación de la situación, dependerá del enfoque que el sujeto le de. El usuario MIVMA48 expresó: *“Bueno como te conté la vez pasada, yo he estado muy anuente a mi trabajo. Entonces pensé que si dejaba de trabajar, iba a caer en depresión. En ese año precisamente del diagnóstico, una mi amiga me dijo que habían otras oportunidades de otro lugar y cabal hice el cambio. Allí vi una oportunidad de decir: voy a seguir adelante, no me voy a desanimar, sino que al contrario, voy a ver cómo me animo y cómo sigo adelante, buscando apoyo; sólo no lo hubiera logrado”*.

De manera general, se analiza que los sujetos de la investigación, sí recurrieron a la evitación como mecanismo de afrontamiento, tanto por el impacto emocional que el diagnóstico representa, como para continuar con sus responsabilidades y

actividades diarias. Sin embargo, esto no representó un punto de riesgo contra la adherencia al cuidado de la salud. Se puede comprender esto por el acompañamiento constante que los sujetos recibieron de los navegadores en salud, el personal de salud de las Unidades de Atención Integral y el acceso a servicios integrales. Especificó el mismo usuario MIVMA49: *“Todos los compañeros de mi grupo de apoyo, los psicólogos, los doctores, les tengo mucho aprecio y les debo mucho porque gracias a ellos, es lo que soy lo que soy ahora”*.

Cuadro No. 6
“Religión”

NO	ITEM	0 Nunca	1 Pocas veces	2 A veces	3 Frecuentemente	4 Casi siempre
1	7	2	2	1	5	1
2	14	5	1	1	2	2
3	21	3	1	2	1	4
4	28	1	3	1	2	4
5	35	2	2	1	2	4
6	42	4	1	1	2	3
Totales		17	10	7	14	18

Fuente: Elaboración propia.

De manera general, los sujetos de la investigación evidenciaron dos aspectos importantes en la consideración de la religión como mecanismo de afrontamiento. El usuario MFRHE32, al referirse a la opinión de su familia sobre el VIH y su orientación sexual, expresó: *“Mi mamá siempre me dice “mira, tené cuidado con lo que estás haciendo, piensa las cosas”, y aunque no quiera entrar*

en más detalle, siempre hay una tendencia a decir “mira lo que estás haciendo no es agradable a los ojos de Dios”. Esta expresión, representa la concepción social de la vivencia de la sexualidad como pecado, sino encaja dentro de la heteronormatividad dominante.

El VIH ha estado cargado de un contenido subjetivo violento a través de consideraciones enseñadas por los sistemas de religión dominantes en la sociedad actual. Se considera como evidencia la expresión del usuario. Sin embargo, se evidenció que la religión como mecanismo de afrontamiento, o refugio en momentos de crisis, es también un punto de apoyo para algunos usuarios. Por ende, en esta categoría se obtuvo una puntuación alta en la respuesta “casi siempre”, que hace referencia a la práctica religiosa en momentos de dificultades. Esto se evidencia en el relato del paciente MWALO40: *“Y también, a raíz del diagnóstico, puedo mencionar mi acercamiento a Dios como creador, como alguien que nos ama y nos quiere; que a veces a través de una situación, aparentemente tan negativa, nos da la oportunidad de acercarnos a él y encontrar también consuelo y paz interior de cada uno de nosotros, a pesar del diagnóstico”. Para este usuario, la vivencia de su religión le ha representado también la oportunidad de convertir una dificultad en oportunidad de trascenderse a sí mismo y de servir a más personas. Expresó también: “Sí, aparte de eso, es que también, y no solamente de ayudar a las personas con un diagnóstico igual, sino que también termina uno como interesándose uno en el bienestar de otras personas que padecen otras enfermedades”.*

Para el usuario MAMSO29, la práctica de la religión representa también la oportunidad de crear un sentido de vida, fuera de sí mismo, sino al servicio de más personas, como se comprende en su relato: *“Realmente porque uno se da cuenta de la situación a nivel social y el poder apoyar a algunas personas en*

este sentido, creo que es lo que me motiva a capacitarme para poder servir más”.

3.02.02. Grupo de Autoapoyo:

Estructurar un grupo de autoapoyo como herramienta metodológica y terapéutica, tuvo la intención de ofrecer un espacio de convivencia seguro para los sujetos HSH, en el que su experiencia como personas viviendo con VIH fuese un vínculo con más personas en la misma situación. Partiendo de la comprensión que se ha evidenciado sobre la dificultad para encontrar vínculos de apoyo y confianza ante la situación de crisis, el grupo de autoapoyo buscó fomentar la salud integral de los sujetos a través de la puesta en común de todas las experiencias.

El análisis de los resultados arrojados en el CAE, específicamente en la categoría “Búsqueda de apoyo social”, sustenta la necesidad de un espacio seguro para los sujetos de la investigación.

Cuadro No. 7
“Búsqueda de apoyo social”

NO		ITEM	0 Nunca	1 Pocas veces	2 A veces	3 Frecuentemente	4 Casi siempre
1	6	Le conté a familiares o amigos cómo me sentía.	3	4	3	0	1
2	13	Pedí consejo a algún amigo o pariente para afrontar mejor el problema.	2	4	2	3	0
3	20	Pedí a parientes o amigos que me ayudaran a pensar acerca del problema.	6	2	2	0	1

4	27	Hablé con familiares o amigos para que me tranquilizaran cuando me encontraba mal.	3	4	3	0	1
5	34	Pedí a algún amigo o familiar que me indicara cuál sería el mejor camino a seguir.	5	4	0	2	0
6	41	Procuré que algún familiar o amigo me escuchase cuando necesité manifestar mis sentimientos.	4	3	1	2	1
Totales			23	21	11	7	4

Fuente: Elaboración propia.

La importancia de analizar el apoyo social como mecanismo de afrontamiento, parte de la comprensión de las categorías de estigma y discriminación que han orientado la investigación, para analizar a los participantes como sujetos inmersos en un contexto específico con sus particularidades. Como se puede observar, la búsqueda de apoyo social fue poco recurrida por los usuarios. La mayoría consideraron que expresarlo a otras personas, podía representar más un riesgo y una amenaza, que un apoyo ante la crisis. Usualmente, se considera que los puntos de apoyo sociales son las familias, amistades, parejas o compañeros de actividades sociales. El usuario MBRHE27 dijo: *“Porque si yo venía y yo le decía a ellos, era capaz de que me iban a rechazar y me iban a decir que por qué uno de sus hijos tenía VIH pues y era de que, más que todo, era el miedo de mí papá...Pues en este caso, darme una gran regañada o mal tratarme en este caso, pues cómo iba a ser posible que yo era VIH positivo sin saber de que ellos lo han tenido pues; y para mí fue duro, o sigue siendo duro porque todavía les tengo que, no les he dicho”*. Se comprende claramente que para el sujeto, revelar la noticia a su familia no era una forma de buscar apoyo social, sino un riesgo potencial de sufrir rechazo.

Se considera importante también la expresión del usuario MERBA27 al decir: *“No, la verdad es que no, prefiero no decirle nada. Aparte, como te he contado anteriormente, mi familia es muy chapada a la antigua, entonces sería, no sería bueno que yo les contara esto. Como te decía, tuve que mentirles para decirles que tenía otra cosa, pero bueno. No me siento ni tan bien, no me siento bien de decirles mentiras porque no soy de esas personas. Pero en este caso tengo que hacerlo pues”*.

El usuario MAMSO29 dijo: *“Rechazo, sí sería rechazo y tal vez el miedo a involucrarme con ellos mismos verdad. En el sentido de que iba a ser como, iban a sentir como lástima por el tipo de enfermedad”*. Tal expresión, hace evidente la percepción sobre el VIH en la subjetividad social y las implicaciones emocionales que se involucran.

A la vez, el evitar buscar apoyo social, se comprobó como mecanismo de afrontamiento por el riesgo que implica que se revele la orientación sexual de los sujetos en sus ambientes de desarrollo social. El mismo usuario MBRHE27 expresó: *“Pues sería algo de que se lleguen a enterar de que uno de sus hijos tiene VIH, a pesar de que, máxime yo de que soy gay y mi papá en ese aspecto casi le cuesta un montón tratar de manera, de que casi con él nunca platico. Para ellos sería una bomba, así de que ya te vas a morir, que no sé qué, o tratarían la manera de limitarme muchas cosas, o me limitarían así como que “usas ese plato, esa taza, mañana, tarde y noche, nada más”*.

Sin embargo, la posibilidad de crear vínculos de apoyo en momentos de crisis, es un mecanismo de afrontamiento que favorece al sujeto para desarrollar las habilidades necesarias que la situación le plantea. Los sujetos de la investigación que manifestaron haber tenido apoyo en algunos ámbitos sociales, hicieron referencia únicamente a sus parejas sexuales y sentimentales, aunque

esto más derivado por el riesgo potencial de la pareja de portar el virus. El sujeto MHESA33 expresó: *Ha sido el apoyo de la pareja, básicamente ha sido eso, porque siempre está en constante investigación y me dice “tienes que saber de esto, saber de lo otro”, entonces es un apoyo muy importante en cuanto a conocer todo lo que está alrededor del VIH, en cuanto a cuestiones de información; y aparte, la parte emocional porque fueron como dos meses muy difíciles y que en ningún momento faltó su apoyo, fue lo primordial”.*

Se pudo evidenciar que en aquellos usuarios que tuvieron la oportunidad de apoyo por parte de familiares o amigos, se vieron favorecidos para afrontar de mejor manera el diagnóstico, a pesar del miedo que implicaba exponerlo a otras personas. El paciente MAMSO29 expresó: *“Realmente, fue la familia, ver la unión de la familia, la actitud de mi papá que fue un giro bastante grande, fue uno de los grandes motivos, que sí estaba enterado del diagnóstico y que lo sigue siendo hasta la fecha”.*

A la vez, los sujetos que optaron por confiar su diagnóstico a otra persona, encontraron la seguridad de tener un factor en común para exponerlo, como es el caso del sujeto MIVMA48: *“Entonces para mí eso fue verdad, sentir como que me habían dado mi sentencia de muerte. Uno de los primeros amigos a los que yo se lo conté le dije, mira vos estoy viviendo esto; pero yo sabía que aquel era positivo”.* La confianza se estructuró en base a contarle a otra persona que también vive con VIH.

El proceso de abordaje grupal se realizó en diez sesiones, por las necesidades y dinámicas evidenciadas; se había planteado al inicio un proceso de cuatro sesiones que debieron extenderse. Se partió de la comprensión del grupo de encuentro como: “el grupo de personas que se reúnen para buscar el desarrollo personal, el aumento y mejoramiento de la comunicación y las relaciones

interpersonales, merced a un proceso basado en la experiencia”.⁵¹ El grupo de autoapoyo se planteó como un recurso de afrontamiento para los sujetos con VIH, a través del fortalecimiento y exploración de los “Factores terapéuticos”⁵², comprendidos como los procesos de cambio terapéutico que emergen en el intercambio de experiencias humanas, que se propiciaron por medio de una metodología basada en la discusión guiada sobre las experiencias subjetivas de los miembros.

Uno de los factores terapéuticos evidenciados constantemente el abordaje grupal, y que a la vez permitió el funcionamiento y duración del mismo, fue la catarsis realizada por los sujetos. Al propiciar un espacio libre de estigma y discriminación, los sujetos pudieron expresar y abordar la angustia de vivir con el virus, a la vez de manifestar de manera abierta su orientación sexual. El sujeto MESP30 detalló: *“No, no. Incluso me daba vergüenza de hablar de esto. Tenía miedo que la gente me rechazara. Aun todavía no lo he dicho. Nunca. Solo la gente que trabaja en el CAS sabe y confío en esta institución, por eso no cambio a esta institución que algún día puedan publicar lo que uno es. Porque solo esta institución saben lo que soy y ya nadie más, y la madre de mis hijos”*. Tal expresión, evidencia concretamente cómo el sujeto encontró en el encuentro grupal la oportunidad de manifestarse plenamente y de encontrar en su experiencia un sentido que lo trasciende así mismo.

La metodología grupal inició, justamente, por fomentar la participación de los sujetos en la discusión, compartiendo su experiencia al recibir el diagnóstico de VIH, e iniciar el proceso de adherencia con el medicamento y el seguimiento de las Unidades de Atención Integral. A través de dinámicas participativas que integraban a los miembros, se dirigieron las discusiones para crear un ambiente

⁵¹ Rogers, Carl. Pág. 12

⁵² Yalom, Irvin D. Pág. 23

propicio y agradable, en el que afrontar el diagnóstico fuese concebido como un proceso de aprendizaje.

La universalidad, fue un factor terapéutico constantemente evidenciado en los relatos de los sujetos. El sujeto MIVMA48 dijo: *“Pues yo sentí una acogida muy familiar, sentía allí como una segunda casa, nunca vi algo que me discriminara, que me hiciera sentir menos, al contrario, me hicieron sentir normal, solo que cuidando mi salud de otra manera”*. El objetivo de este factor, es que el sujeto comprenda que no es el único que afronta la misma dificultad, lo que infunde esperanza en el mismo y le sitúa como posibilitado ante la situación; manera opuesta a como la mayoría de sujetos sintieron al recibir el diagnóstico, carentes de oportunidades.

A la vez, la universalidad se complementa con otro factor terapéutico importante y fundamental en el abordaje grupal, como lo es la cohesión. El grupo tuvo la intención de ser un espacio de fortalecimiento para afrontar las distintas problemáticas subjetivas derivadas del diagnóstico. Buscar contantemente la cohesión entre los participante propició que el grupo cumpliera su objetivo de ofrecer una perspectiva más positiva en relación a los temas abordados. El sujeto MHESA33 expresó al respecto de su participación en el grupo: *“Y el apoyo en los grupos también fue muy fundamental en cuanto a sentir que no es solo uno quien está viviendo esa situación, sino que hay un montón de personas que están padeciendo con el diagnóstico, que de alguna manera son más afectados o que no tienen el apoyo de nadie, pues es como más dramática la situación. Entonces me siento bastante bien de saber que conté con el apoyo de las personas que tenían la información y que brindan el servicio en las distintas instituciones y que ayudan a que el diagnóstico no fuera más dramático”*.

Yalom detalla que parte de los beneficios del encuentro grupal es el aprender aspectos positivos de otros sujetos para afrontar una situación similar; este factor

terapéutico es comprendido como la conducta imitativa. La discusión grupal guiada y participativa, brindó la oportunidad de evaluar los distintos recursos que los sujetos usaron para adherirse al medicamento y afrontar el diagnóstico. El sujeto MAMSO29 dijo: *“Tal vez emoción de ver que otras personas decían que tenían ya tantos años de vivirlo y llevaban una vida normal, sí siendo muy responsables con el tratamiento, era lo que motivaba; y la verdad que sí, relacionarse con este tipo de personas que están padeciendo lo mismo que uno, era muy importante y ver cómo ellos salían adelante, era pensar que sí se puede”*.

La universalidad, la cohesión y la conducta imitativa, posibilitan el análisis del factor terapéutico de la esperanza, o el proceso de infundir esperanza. El relato del sujeto MWALO40 permite entender este factor: *“En CAS, yo compartía que me servían como de ejemplo, esas personas que durante muchísimos años más que yo, habían superado muchos aspectos negativos de la vida y eso sin necesidad de tener que manifestarlo verbalmente; con el hecho de saber y ver que estaban estables, pues me ayudó también a mí a superar esos mismos aspectos y ver una nueva oportunidad y una nueva forma de vida, con mucho positivismo”*. La esperanza constituye una dimensión subjetiva que hace referencia a las capacidades de resiliencia del sujeto. Pues, a pesar de situarse ante una situación problemática, continúa considerando posibilidades y recursos para afrontarla; así como una motivación constante a buscar el apoyo necesario.

La esperanza propicia en el sujeto la consideración de que su experiencia puede ser útil para otras personas. Unido a la capacidad imitativa, poner al servicio la experiencia también constituye un factor terapéutico emergente en el proceso grupal, pues los sujetos exponen su vivencia al evidenciar las necesidades de los otros. Los sujetos de la investigación participantes del grupo de autoapoyo, diferían en el tiempo de conocer su diagnóstico y estar bajo el tratamiento ARV;

ello facilitó que las distintas experiencias fuesen de servicio a quienes llevaban menos tiempo de diagnóstico. En el relato del sujeto MHESA33 que se detalló anteriormente, se lee: *“Entonces me siento bastante bien de saber que conté con el apoyo de las personas que tenían la información y que brindan el servicio en las distintas instituciones y que ayudan a que el diagnóstico no fuera más dramático”*. Se comprende como el sujeto valora lo aprendido de otras personas, resaltando el beneficio del encuentro grupal.

El sujeto MWALO40 detalló en su relato: *“Por eso en nuestras reuniones grupales, decíamos “el VIH no es algo que deba venir a destruirnos, creo que debe venir a hermanarnos, a confiar uno en el otro, a ayudarnos a cargar las situaciones, y aparte de ello, es otra manera de vida”; aunque también debemos pensar en que los que no viven en la situación de nosotros, debemos orientarlos, para que no tengan necesidad de pasar ese proceso para encontrar una mejor calidad de vida”*. Se comprende que a través del encuentro grupal, los sujetos coincidían en la necesidad de servir a otras personas. Ante una crisis, luego de pasar la etapa más dificultosa y afrontarla de manera positiva, surge la capacidad del ser humano de darse a otros, lo que es entendido como el factor terapéutico del altruismo. Esta capacidad, va más allá de la problemática y plantea al sujeto ante un proyecto de sentido, que le compromete con su vida y con la de otros. En palabras de Viktor Frankl: *“el sufrimiento deja de ser sufrimiento, en cierto modo, en cuanto encuentra un sentido, como suele ser el sacrificio”*.⁵³ Poner al servicio de otros la propia experiencia, es la más clara forma de redefinir el sentido del sufrimiento y de afrontar una situación.

Otro factor terapéutico del grupo es el ser una representación de un microcosmos social, en el que el sujeto interactúa y desarrolla habilidades que le son útiles fuera del mismo ambiente. El sujeto MESP30 dijo: *“No, lo único que*

⁵³ *Ibíd.* 135.

le doy gracias por invitarme y por tenerme e invitarme y hacerme parte de este grupo. Acá en el CAS he recibido apoyo que me ha servido en la vida”.

De manera general, se evidenció que el grupo de autoapoyo representa un claro proceso de afrontamiento ante el diagnóstico de VIH, pues posibilita al sujeto en un espacio seguro, donde las condiciones que le han problematizado sus ámbitos sociales, son respetados y considerados como oportunidades de servicio y desarrollo. En el anexo se adjunta un ejemplo de planificación para una de las reuniones y de un informe de actividad.

3.02.03. Estigma y Discriminación:

Se ha evidenciado a través de las entrevistas guiadas y en el abordaje grupal, que los sujetos de investigación se han enfrentado contantemente ante un doble componente de estigma y discriminación; principalmente por su orientación sexual como sujetos HSH, y posteriormente por el diagnóstico de VIH. La percepción de estos componentes tiene una influencia directa con el afrontamiento y adherencia al medicamento, por las implicaciones cognitivas y emocionales que ya se han detallado.

Analizar las definiciones de estigma y discriminación por la orientación sexual y el diagnóstico de VIH, ha permitido comprender la problemática de los sujetos como entes pensantes que habitan un contexto específico, con las implicaciones sociales, laborales, económicas y políticas que implica el vivir con VIH en Guatemala. Para ello, se consideraron como categorías de análisis la percepción del entorno que tenían los sujetos, y la percepción de sí mismos, tanto por su orientación o prácticas sexuales, como por el saberse con VIH.

En relación a la orientación sexual, los sujetos se identificaron en su mayoría como homosexuales. Solo uno de ellos, se identificó como bisexual. Mayormente los sujetos no han revelado su orientación en sus ámbitos sociales; algunos comentaron que familiares y amigos generalmente lo suponían por determinadas características, pero no por haberlo dialogado. Algunos otros comentaron que tomar la decisión de hablar sobre su orientación sexual les llevó un proceso de mucha meditación porque representaba una situación problemática.

La mayoría de usuarios relataron que en su círculo familiar, han sido las más frecuentes ocasiones de discriminación por su orientación sexual. El sujeto MESPA30 dijo: *“Me hicieron a un lado. Mi madre me rechazó, me despreció y me dijo que me alejara para siempre de la familia, que era muy que para ellos yo era una persona que avergonzaba a la familia”*.

Los sujetos relataron que en otros círculos sociales han sido víctimas de formas de discriminación, como con amistades o personas cercanas. El sujeto MSAGA30 detalló: *Afuera de mi familia, una vez, una vez me sentí discriminado. Por lo mismo que te digo, me relaciono con pura gente heterosexual y ese día me miraron hablando con una persona que es así (refiriéndose a una persona homosexual), entonces me dijeron: ¿vos sos así? ¿Entonces qué chingados estás haciendo aquí con nosotros? Estábamos jugando futbol. Entonces agarrá tus cosas y andate. Pero si a mí me gusta jugar. Que agarrá tus cosas y andate. Bueno total les dije, yo soy y libre y me quedé. Seguí jugando”*.

También en espacios como el trabajo, en conversaciones que se consideran comunes o no ofensivas, pero que incluyen bromas, comentarios o expresiones que hacen referencias peyorativas a las personas homosexuales. Aunque no son ofensas directas a los sujetos, estos dijeron sentirse aludidos e incómodos, como explica el sujeto MHESA33: *“Pues no es algo que yo lo hable abiertamente, la orientación sexual, por lo mismo tal vez no tanto. Pero sí se escucha en las*

conversaciones con las personas y otra vez se siente uno, otra vez, aludido y es frustrante, y bastante incómodo”. Y también el sujeto MEDCU31: “La verdad, pues como te digo que no saben de mi orientación sexual, entonces así como que a veces trato de no ponerles atención o trato de hacerme el desentendido; o realmente, a veces, qué es lo que hago, en cierta parte yo, por lo mismo que empiezan a tener estas pláticas, yo casi no convivo con ellos. Me aparto”.

Se comprende que los sujetos se sientan aludidos ante comentarios o expresiones, al considerar la definición de estigma como *“marca o mancha, y puede describirse como el proceso dinámico de devaluación que desacredita de forma significativa a una persona, a los ojos de los demás”*.⁵⁴ Las pequeñas expresiones que estigmatizan se han normalizado en el lenguaje social, legitimando una forma sutil de violencia que perpetúa los estereotipos de la heteronormatividad dominante.

El VIH también es un componente de discriminación y estigma que se transmite en esas mismas conversaciones comunes. La mayoría de los sujetos de la investigación no han revelado su diagnóstico en ámbitos laborales o de amistades, pero han vivenciado el sentirse aludidos por ello. El sujeto MWALO40 dijo: *“Bueno, en realidad sí. De hecho, hace un mes aproximadamente, no recuerdo realmente cómo salió ese tema en mi trabajo, o en uno de mis trabajos. La persona que habló de eso dijo: “yo estuve en una ocasión, en una reunión, en la que habían personas con SIDA (así los términos), y cuando nos dieron de comer, yo o pude comer, me recordé de eso y yo no comí, tenía hambre y no comí”. Esa fue la reacción de esa persona que es mi compañero de trabajo”*. Usualmente en grupos sociales se emiten juicios peyorativos que evidencian desconocimiento sobre el tema. El sujeto MIVMA 48 dijo: *“Sí y yo pienso que más que una discriminación es una terrible ignorancia porque no saben lo que*

⁵⁴ Orientaciones Terminológicas de ONUSIDA. Octubre 2011. Pág.13

están diciendo; a veces señalan y acusan o hacen de menos a alguien por su condición, pero no están bien informados. Ajá, allí me he sentido “ah Dios mio verdad, sí estos supieran mi diagnóstico”, no sé yo allí trato de opinar, y trato de ser lo más imparcial posible, pero me cuesta un poco”.

Vivir con VIH supone una serie de percepciones de amenaza que se han descrito en lo cognitivo y emocional. Esto también se vivencia en la relación de los sujetos en ambientes de desarrollo. El sujeto MERBA31 dijo: *“Laboral, sentimental, familiar, social y en todo verdad porque ya te miran como que si fueras un bicho raro verdad; entonces es así como que muy feo”.* En aspectos más personales como la posibilidad de establecer una relación sentimental, surge un miedo constante a ser discriminados, lo que se relaciona existencialmente al miedo a la soledad. Ello se evidencia en la expresión del sujeto MSAGA20: *“En parte sí, porque si yo tengo una pareja y vengo y le digo “fíjate que tengo SIDA”, “o sea estoy infectado con VIH”, la otra persona como que automáticamente va a poner una barrera”.*

Para la mayoría de los sujetos, la amenaza y dificultad más grande al saberse con VIH no fue el estado de salud física, sino el riesgo constante de ser vulnerados y discriminados. Se evidenció que esta percepción se problematiza por lo que se ha descrito como un doble componente de estigma discriminación: vivir con VIH e identificarse con una orientación sexual distinta a la heterosexual.

En general, el VIH representa un riesgo de discriminación para una persona indistintamente de su orientación e identidad sexual. Pero al recibir el diagnóstico, los sujetos vivenciaron como una amenaza potencial el hecho de que por ser portadores del virus, sus círculos familiares y sociales se enterasen también de su orientación sexual, por el estereotipo de la heteronormatividad que ha posicionado al virus como un castigo o consecuencia por prácticas

sexuales fuera de lo legitimado en la sociedad judeocristiana. El sujeto MAMSO29 dijo: *“Como te decía verdad, desprecios, rechazos. Algunas tal vez sí. Pues dentro de la familia por el concepto que llevan, que son así como te digo, estrictamente religioso, creo que es donde se dan más las ocasiones verdad. Casi que caemos a lo mismo, por el tipo de rechazos ya por los dos, la mezcla de los dos, por tanto la orientación sexual como por VIH, sí existían esas posibilidades tal vez”*.

Para comprender la percepción de los sujetos ante el doble componente de discriminación, se consideró como una categoría de la entrevista cualitativa la percepción del entorno, en la que se evidenció detalladamente que es más complejo vivir con VIH si se es homosexual; es claro ejemplo el relato del sujeto MHESA33 al decir: *“Sí, definitivamente eso hace más compleja la situación porque las personas manifiestan que el VIH es una cuestión de homosexuales, entonces cuando la preferencia sexual unida al VIH, sólo hace como que contribuir a la opinión que ellos tienen, de que el VIH es solo de gente rara o de gente que no tiene la preferencia heterosexual”*.

El sujeto MIVMA48 describió que el diagnóstico de VIH sumaría una decepción más en su círculo familiar, después de que revelara su orientación sexual. *“Ay no sé. Siento que después de destapar mi royo gay en la casa, sentí que ellos estaban un tanto defraudados. Entonces dije yo, bueno esto va a sumar algo más a esa cosa”*. La connotación emocional que estas dos problemáticas representan para los sujetos afecta de manera directa la percepción de sí mismos, pues les posiciona peyorativamente en relación con más personas.

La internalización del estigma que sustenta la discriminación, es un proceso de aprendizaje social que abarca a todo sujeto dentro de un contexto, legitimando formas de violencia que se manifiestan en el lenguaje o en expresiones que se

consideran normales y necesarias para pertenecer a un grupo. Se evidenció que la discriminación vivida por los sujetos HSH, ha provenido de otros sujetos en las mismas condiciones, tanto en orientación sexual como en el diagnóstico de VIH. En los subgrupos que integran las comunidades LGTBI, se han formado procesos de estigmatización dentro de ellos mismos, lo que ha perpetuado un estereotipo de tratar peyorativamente a aquel que se manifieste como más femenino, sin distinción de su orientación sexual o si el agresor es también miembro de la misma comunidad.

El sujeto MGUAC30 detalló: *“Hay muchos núcleos que no la hacen cambiar de lo que realmente debería de ser y máximo cuando se sabe que ya hay un diagnóstico positivo, porque lo he visto. He tenido compañeras trans que crecimos juntos, anduvimos juntas en la calle y cuando empezaron a ver los resultados, ¿qué era lo que pasaba? “allí va el hueco sidoso, tené cuidado con el hueco sidoso”; entonces era más difícil que uno pudiera caminar tranquilo por la calle, que uno fuera un poco libre”*. Se comprende cómo en las mismas comunidades se perpetúa la discriminación, como también se entiende en el relato del sujeto MIVMA48: *“Algunos sí se han dado cuenta, así como “ay usted qué le pasa, por qué está tomando tanta pastilla”, “ah es que es esto y lo otro, es colesterol, es algo”; pero en pláticas, sobre todo de ambiente gay, incluso se ve cierta discriminación así como “ah pobrecito, sí se infectó, ay”*.

Se ha comprendido que la discriminación entre mismos miembros de la comunidad HSH surge para que un sujeto no sea identificado como HSH en círculos sociales donde pudiese ser discriminado; dijo el usuario MHESA33: *“Sí, sería mentiroso si diría que no; de alguna manera, al momento de estar con otras personas, pues como para no ser tan evidente, de alguna manera, sí también he contribuido a ello”*. En otras palabras, se precisa demeritar aquellas características que el sujeto no desea evidenciar en sí mismo, como también se

interpreta en el relato del sujeto MESPA30: *“No era feliz, no era feliz; pero yo tenía ese miedo de que alguien se burlara de mí. Miraba a los demás chavos que eran homosexual pero me daba pena de verlos y decía “qué feo porque no quiero terminar así como uno de ellos”.*

3.02.04. Técnicas de Psicoterapia Existencial:

La conceptualización de la psicoterapia existencial como marco epistemológico, permitió tener un enfoque dinámico para el análisis del sujeto HSH que vive con VIH y comprender las características de su problemática que hacen referencia directa a las preocupaciones enraizadas en su existencia como individuo. Como se ha evidenciado en los relatos de los sujetos, saberse con VIH implica una serie de significados cognitivos y emocionales, enmarcados por el contexto social y que se mantienen en constante movimiento, según cada sujeto redefine o modifica. Tales significados abarcan la dimensión más profunda del individuo, a lo que Yalom se refiere como factores o preocupaciones existenciales del individuo⁵⁵: la muerte, la libertad, el aislamiento existencial y la falta de sentido de vida.

Se evidenció que el sujeto HSH, al ser informado de su diagnóstico de VIH, vivenció concretamente el miedo a la muerte por el riesgo latente que el virus representa para su salud física. En ese momento, el sujeto se comprende como un ser finito, vulnerable y limitado de posibilidades, lo que supone una angustia profunda. A la vez, esta misma situación hace emerger el miedo a la soledad o aislamiento existencial, pues el sujeto teme ser discriminado por su diagnóstico y perder los vínculos cercanos. Ello se suma a las dificultades que ya el sujeto ha enfrentado a través de su vida por su orientación sexual, teniendo que definirse a sí mismo fuera de los estereotipos comunes y de las estructuras sociales de la

⁵⁵ Irvin D. Yalom. Pág. 30

heteronormatividad; esto se define como el miedo a la libertad o pérdida de la estructura. Entonces, el sujeto se ve problematizado en los aspectos más profundos de su existencia, viéndose en relación consigo mismo y con los demás como un ser carente de sentido o falta de propósito, por verse contradicho con su entorno.

En el abordaje de este sujeto problematizado en su propia existencia, se implementaron las técnicas de la psicoterapia existencial para orientar al mismo hacia la redefinición de su problemática. Principalmente, se planteó la actitud terapéutica de comprensión incondicional para que los sujetos se sintieran en un espacio seguro, libre de estigma y discriminación, lo que es definido como la sincronización del terapeuta. A partir de ello, se orientó constantemente a que el sujeto mantuviera un enfoque de su perspectiva centrado en el aquí y el ahora, para que pudiese considerar sus posibilidades presentes. El enfoque centrado en el momento actual, favoreció a que los sujetos dieran importancia a su responsabilidad, antes que los eventos dolorosos del pasado.

A través de técnicas como la derreflexión, la hiperintención y el distanciamiento existencial, se orientó a los sujetos a que analizaran su problemática desde una perspectiva distanciada de la angustia. Se evidenció que en base a ello, los sujetos lograban plantearse como posibilitados, comprendiendo que aún tienen la oportunidad de elegir su postura ante el diagnóstico, lo que se evidencia en el relato del sujeto MEDCU31: *“Realmente, el sentido este que nosotros le demos el giro positivo a las cosas. Porque si le das el sentido negativo, vas a decir no me tomo el medicamento, igual me voy a morir, puede pasar esto, puede pasar lo otro. Realmente, uno es dueño de escribir su propio destino, entonces tu destino como tal, uno determina qué vas a querer llegar a ser”*.

Se consideró como eje principal del abordaje existencial que el acompañamiento terapéutico debía ser una orientación en la libertad de elección del sujeto, no una imposición. En palabras de Sartre: “El hombre no es otra cosa que lo que él se hace. Este es el primer principio del existencialismo”⁵⁶; es decir, se buscó favorecer e impulsar la elección libre de los sujetos.

Con base en la propuesta de la logoterapia sobre el sentido de vida, se evidenció que en base a darle sentido al sufrimiento, el sujeto HSH logra definir un nuevo sentido de vida, principalmente enfocado en poner al servicio su propia experiencia, lo que es el eje fundamental de mantenerse en constante cuidado de su salud. Diría Frankl: “el sufrimiento deja de ser sufrimiento, en cierto modo, en cuanto encuentra un sentido, como suele ser el sacrificio”.⁵⁷

El sujeto MAMSO29 expresó: *“Pueda que sí, pero hubiese tenido que suceder otro tipo de lecciones. Lamentablemente tuvo que suceder esto, pero sucedió y he tomado decisiones que como decís, a futuro traen los frutos. No, realmente solo allí sí que de estas, yo le llamé así una lección de vida; tal vez muchos dirán qué lección de vida la que tomé, pero se dio, y allí sí que como se dio, aprovecharla y disfrutar y aprender cada día de lo que viene. Realmente porque uno se da cuenta de la situación a nivel social y el poder apoyar a algunas personas en este sentido, creo que es lo que me motiva a capacitarme para poder servir más”*. La logoterapia ha propuesto que el sentido se encuentra en la donación de la experiencia hacia fuera de sí mismo.

A la vez, el sufrimiento puede tener un significado que acerca al sujeto a plantear su misión en el mundo. Dijo el sujeto MIVMA48: *“Yo lo que pienso es que si he pasado bien estos años, estos siete años, algo bueno viene para mí y si estoy aquí, es porque tal vez tengo algo que hacer, una misión. Entonces, creo que*

⁵⁶ Sartre, Jean Paul. Pág. 12.

⁵⁷ Frankl, Viktor. Pág.135.

esa es mi principal motivación. Entonces, sobre todos los jóvenes, no me gusta verlos que se queden en esa ignorancia que tal vez yo tuve en un tiempo. Ellos ahora tienen más acceso a la tecnología pero están perdiendo un lado muy humano. Entonces cuando puedo, hablo con ellos y les digo “miren mucha, está bueno esto de la tecnología, pero esto también es muy valioso”.

Frankl explica que el sentido también se encuentra en el cumplimiento de la responsabilidad que el sujeto tiene con su entorno, lo que se evidencia en la motivación del sujeto MESP30: *“Por mis hijos, los quiero ver, mi sueño es verlos crecer, darles estudio, cosas que yo nunca tuve en la vida y los voy a defender sea como sea”.*

En conclusión, el abordaje existencial y la propuesta logoterapéutica permitió evidenciar y favorecer el sentido de vida que definieron los sujetos a pesar de los riesgos implicados. Se comprende esto en la expresión del sujeto MWAL040: *“Creo que la mejor, o lo mejor que pudo haberme dejado este diagnóstico, es precisamente eso. Claro, el momento en que se recibe, ese momento difícil, a veces es desesperante, pero sí se puede; muchos lo han podido hacer, y probablemente mucho mejor que yo y creo que esa es una oportunidad más de vida, y no solo oportunidad de vida, por eso en nuestras reuniones grupales, decíamos “el VIH no es algo que deba venir a destruirnos, creo que debe venir a hermanarnos, a confiar uno en el otro, a ayudarnos a cargar las situaciones, y aparte de ello, es otra manera de vida”;* aunque también debemos pensar en que *los que no viven en la situación de nosotros, debemos orientarlos, para que no tengan necesidad de pasar ese proceso para encontrar una mejor calidad de vida”.*

3.03. Análisis general:

Desde su fundamentación teórica y epistemológica, esta investigación sobre los recursos de afrontamiento sociales, se ha enmarcado en un análisis social de la problemática del sujeto HSH que vive con VIH. Se partió de la comprensión de este sujeto como un ente pensante que está inmerso en un contexto específico en el que ha construido su subjetividad y sus dimensiones, para lograr una interpretación del problema no como un proceso aislado de un individuo, sino como el resultante de circunstancias económicas, políticas, legales, educativas e ideológicas. Al plantear el análisis del recurso de afrontamiento, se tenía la comprensión de este como un mecanismo o proceso dinámico, integrado por las valoraciones cognitivas y emocionales que implica una situación y que pueden ser modificadas en su significado por otro proceso de pensamiento.

De manera general, se comprobó que la principal dificultad para el sujeto HSH eran los significados cognitivos y emocionales que implican el saberse portador de VIH. Tales valoraciones subjetivas sobre el virus, están enmarcadas por estructuras de pensamientos sociales que se han construido históricamente a través de prejuicios y estereotipos transmitidos tanto en macro procesos políticos, legales y educativos, como en micro procesos más sutiles como el lenguaje, la conducta y lo ideológico. Estas construcciones sociales del significado del VIH en el contexto guatemalteco, fueron comprendidas a través de las categorías del estigma y la discriminación, entendiéndolas como consecuentes y complementarias; el estigma es la marca o etiqueta que justifica el proceso de violencia o exclusión, que es la discriminación. Por ende, se evidenció el riesgo potencial que implica saberse con VIH.

A pesar de ello, se comprobó e interpretó que el sujeto con VIH puede aplicar un mecanismo de afrontamiento favorable para su salud, aun cuando se enfrenta a la misma problemática social. Los sujetos debieron aprender a crear distintos esfuerzos cognitivos para comprender su enfermedad, y así generar conductas que les han hecho adherentes al tratamiento, las cuales son flexibles para que se adapten a sus necesidades y a la vez den respuesta a la enfermedad. Conjuntamente a ese aprendizaje, se evidenció la importancia de que el sujeto evalúe los recursos que tiene para enfrentar el diagnóstico, todas aquellas potencialidades y oportunidades. En ese sentido, el afrontamiento ha implicado al paciente una nueva búsqueda de sí.

Los recursos de afrontamiento sociales son, concretamente, esos esfuerzos cognitivos y emocionales que el sujeto HSH hace para cambiar el significado peyorativo de saberse con VIH, y trascenderlo hacia una oportunidad de reivindicar su legitimidad como sujeto influyente en su medio. Por ello, se sustenta que el afrontamiento del VIH es un proceso o mecanismo plenamente social, pues se valida en la definición interna que el sujeto hace de sí, y en su manera de plantearse ante las dimensiones sociales de desarrollo.

La implementación de la psicoterapia existencial, como marco epistemológico y metodológico permitió la comprensión del sujeto HSH con VIH, en su dimensión más profunda como individuo y las preocupaciones que hacen referencia a su existencia misma. Pues se evidenció claramente el doble componente de estigma y discriminación al que se enfrentan los sujetos, tanto por su orientación sexual como por portar el virus, y como ello afecta de manera directa a tales preocupaciones esenciales. El abordaje de ello, a través de las técnicas de la psicoterapia existencial, favoreció a que los sujetos tuvieran herramientas para reivindicar y dar un sentido al sufrimiento que supone el VIH, y estructurar un nuevo propósito de vida.

Para ello, el grupo de autopoyo fue el espacio adecuado para propiciar los factores terapéuticos que emergen en el encuentro de varios individuos, que enfrentan una misma problemática. Se evidenció que el sentido de cohesión y universalidad que brinda el grupo, fue un factor determinante para que los sujetos evaluaran su problemática desde un distanciamiento emocional favorable, que les hizo verse como posibilitados, responsables y libres ante la elección de asumirse con el diagnóstico. Los vínculos sanos que el sujeto hace con personas que le apoyan en momentos difíciles, son también un recurso de afrontamiento; ello implica un esfuerzo en el individuo al atreverse a exponer su situación a otras personas, el ser flexible para respetar la opinión de otros sujetos y le lleva a poner al servicio su propia experiencia de dolor.

Se evidenció que cuando el sujeto es capaz de comprender que la situación dolorosa que vive, puede ser de beneficio para otros, encuentra verdadero sentido al sufrimiento; ello propicia el altruismo y le hace donar su propia existencia a otro. A partir de esto, el sujeto asume su responsabilidad en el mundo y dota de sentido sus acciones; da sentido a su vida, saliendo de sí para ponerse al servicio de otros. Entonces, el sujeto HSH que vive con VIH, puede ser capaz de afrontar su diagnóstico aún en un contexto desfavorable. La búsqueda del sentido de vida, es también un recurso de afrontamiento social pues imperativamente implica un servicio al entorno.

El presente análisis se sustentó en la utilización de un enfoque mixto de la investigación, pues los relatos de los sujetos recabados en las entrevistas cualitativas, representan un dato de validación clara con el enfoque epistemológico de la investigación. A su vez, la aplicación de un test cuantitativo estandarizado, validó esa misma información en común que las entrevistas arrojaron.

Capítulo IV

4. Conclusiones y recomendaciones

4.01 Conclusiones

1. Los recursos de afrontamiento sociales que el sujeto HSH desarrolla para enfrentar el diagnóstico de VIH, son las valoraciones cognitivas y emocionales previamente aprendidas que pueden ser percibidas como una situación de amenaza latente y que el sujeto puede modificar al estructurar una percepción distinta de su condición e interpretarla como una oportunidad de desarrollo; ello constituye un proceso de pensamiento dinámicos que está en relación directa con la definición que el sujeto hace de sí mismo y su percepción del entorno.
2. El grupo de autoapoyo representa un espacio de encuentro humano y convivencia segura que posibilita al sujeto HSH que vive con VIH, para afrontar su problemática a través de la cohesión, el sentido de la universalidad y los vínculos formados con más personas que se encuentran en la misma situación. En el grupo, el sujeto es capaz de aprender de la experiencia de otros y de poner su propia vivencia al servicio de los demás, fomentando el altruismo y la solidaridad.
3. El sujeto HSH que vive que con VIH enfrenta un doble componente de estigma y discriminación por su orientación o prácticas sexuales, y por ser portador del virus; esto se estructura desde la ideología de la heteronormatividad que se vivencia en procesos de violencia microsociales en la familia, círculos de amistades, ambientes laborales y sociales, y se sustenta en procesos macrosociales de exclusión correspondientes a la educación, acceso a salud y políticas públicas inclusivas.

4. El abordaje de la temática del VIH a través de la psicoterapia existencial y sus técnicas terapéuticas permite la comprensión de la percepción que el sujeto tiene de sus problemáticas existenciales más profundas; a la vez que, metodológicamente, se acompaña al sujeto a definir su existencia desde nuevos sentidos y significados en los que se concibe a sí mismo como un ser posibilitado ante el entorno que le rodea.
5. El sujeto HSH es capaz de afrontar el diagnóstico de VIH a través de modificar la valoración y percepción que tiene de sí mismo y su entorno, al poner su experiencia al servicio de otros cuando encuentra sentido al sufrimiento que padece, trascendiendo su problemática a una oportunidad de reivindicar su propósito de vida y asumir su responsabilidad en el mundo.
6. El acompañamiento y seguimiento de los servicios de salud en el sujeto que recibe el diagnóstico de VIH, influye directamente en la capacidad que este tenga de vincularse a una Unidad de Atención Integral e iniciar un proceso de adherencia en el cuidado de salud. Los sujetos de la investigación que fueron acompañados por un navegador en salud, fueron más capaces de adherirse al proceso de retención y tratamiento, a pesar del momento de crisis que supuso el diagnóstico.

4.02 Recomendaciones

1. A la institución Colectivo Amigos Contra el SIDA, continuar implementando programas de acompañamiento y seguimiento a los usuarios de sus servicios clínicos que son diagnosticados como VIH positivos, a través de la metodología de navegadores en salud y los

grupos de autoapoyo, para asegurar la vinculación, retención y adherencia de los pacientes a las Unidades de Atención Integral.

2. A las organizaciones de base comunitaria de las poblaciones claves y en mayor alto riesgo de VIH, como a los donantes y sub receptores de los presupuestos económicos destinados a proyectos de prevención, se recomienda la inversión en programas de salud mental y abordaje psicológico para atender las consecuencias de la violencia derivada del estigma y la discriminación en las personas que se auto identifican con una orientación sexual distinta a la heterosexual e identidad distinta a su sexo de nacimiento. Así como continuar trabajando en la incidencia de políticas públicas respecto a los temas de la diversidad sexual, que promuevan una sociedad inclusiva y justa, en oposición a las instancias estatales que fomentan la violencia y discriminación.
3. A las clínicas de tratamiento antirretroviral, organizaciones no gubernamentales que atienden a personas con VIH, y prestadores de servicios de salud públicos y privados, fortalecer los servicios de salud integral para asegurar la retención de los usuarios y ofrecer la posibilidad de una calidad de vida para toda persona que porta el virus, sin distinción de su etnia, religión, condición social, orientación e identidad sexual.
4. A la Escuela de Ciencias Psicológicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, incluir en el pensum educativo, temáticas relacionadas al papel de la psicología en la salud asistencial y el abordaje a personas que padecen enfermedades terminales.
5. Al Departamento de Investigación y Departamento de Ejercicio Profesional Supervisado, de la Escuela de Ciencias Psicológicas,

incentivar a los estudiantes a aplicar proyectos de atención e investigación psicológica en comunidades que se identifican de la diversidad sexual y poblaciones claves en mayor alto riesgo de VIH y otras infecciones de transmisión sexual.

4.03 Referencias

1. **Acción acelerada: pongamos fin a la epidemia de SIDA para el 2030.** ONUSIDA. Ginebra, Suiza. 2014.
2. Martín-Baró, Ignacio. **“Sistema, grupo y poder. Psicología social desde Centroamérica II”.** Primera edición. UCA Editores. El Salvador 1989.
3. **“Cuestionario para el Afrontamiento del Estrés”.** Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología. Revista de Psicopatología y Psicología Clínica 2003, Volumen 8, Número 1.
4. Frankl, Viktor. **“El hombre en busca del sentido”.** Segunda edición. Editorial Herder. España 2004.
5. Frankl, Viktor. **“Ante el vacío existencial. Hacia una humanización de la psicoterapia”.** Novena edición. Editorial Herder. España 2003.
6. **“Guía de prevención VIH/SIDA. Hombres que tiene relaciones sexuales con hombres”.** Ministerio de la Protección Social. Editorial Acierto, Publicidad & Mercadeo. Bogotá. D.C. 2011.
7. Hernández Sampieri, Roberto. **“Metodología de la investigación”.** Sexta edición. Editorial Mc Graw Hill. México 2014.

8. Inciarte, Alicia. **“Generación de teoría. Teoría fundamentada”**. Universidad de Zulia, Venezuela. Enero de 2011.
9. Morales-Miranda S, Álvarez-Rodríguez B.E, Arambú N, Aguilar J, Huamán B, Figueroa W, Osuna-Ramírez I, Mendizábal R, Rosales-Arroyo RP, Castillo A. **“Encuesta de Vigilancia de Comportamiento Sexual y Prevalencia del VIH e ITS, en poblaciones vulnerables y poblaciones clave”**. Guatemala 2013, Universidad del Valle de Guatemala, MSPAS, HIVOS Inc.2013. Publicación UVG. No. 27. septiembre 2013.
10. ONUSIDA. **“EL SIDA EN CIFRAS”**. Informe día mundial contra el SIDA 2015. Ginebra, Suiza 2015.
11. Reyes Teran, Gustavo. **“HIV MEDICINE 2005”**. Edición 2005. Editorial CIENI-INER. MÉXICO 2005.
12. Sartre, Jean Paul. **“El existencialismo es un humanismo y otros ensayos”**. Primera edición. Grupo Editorial Tomo S.A. México 2010.
13. Yalom. Irvin D. **“Psicoterapia existencial y terapia de grupo”**. Tercera edición. Editorial Paidós. España 2000.
14. Yalom, Irvin D. **“Psicoterapia existencial”**. Segunda edición. Editorial Herder. Nueva York, 1980.

E-grafía.

1. Janssen-Cilag. Infosida.com. 25 de mayo de 2016.
<http://www.infosida.es/que-es-el-tratamiento-arv>
2. Colectivo Amigos Contra el SIDA. 2016. <http://casgt.org/index.html>
3. Portal educativo Encuentro. José Pablo Feinman.
<http://www.encuentro.gov.ar/sitios/encuentro/programas/buscar?search=colonialismo>

ANEXOS

ANEXO I

CAE

Cuestionario de Afrontamiento del Estrés

Nombre Edad Sexo

Instrucciones: En las páginas que siguen se describen formas de pensar y comportarse que la gente suele emplear para afrontar los problemas o situaciones estresantes que ocurren en la vida. Las formas de afrontamiento descritas no son ni buenas ni malas, ni tampoco unas son mejores o peores que otras. Simplemente ciertas personas utilizan unas formas más que otras. Para contestar debe leer con detenimiento cada una de las formas de afrontamiento y *recordar en qué medida Vd. la ha utilizado recientemente cuando ha tenido que hacer frente a situaciones de estrés. Rodee con un círculo el número que mejor represente el grado en que empleó cada una de las formas de afrontamiento del estrés que se indican.* Aunque este cuestionario a veces hace referencia a una situación o problema, tenga en cuenta que esto no quiere decir que Vd. piense en un único acontecimiento, sino más bien en las situaciones o problemas más estresantes vividos recientemente (*aproximadamente durante el pasado año*).

0	1	2	3	4
Nunca	Pocas veces	A veces	Frecuentemente	Casi siempre

¿Cómo se ha comportado habitualmente ante situaciones de estrés?

1. Traté de analizar las causas del problema para poder hacerle frente.....	0	1	2	3	4
2. Me convencí de que hiciese lo que hiciese las cosas siempre me saldrían mal.....	0	1	2	3	4
3. Intenté centrarme en los aspectos positivos del problema.....	0	1	2	3	4
4. Descargué mi mal humor con los demás.....	0	1	2	3	4
5. Cuando me venía a la cabeza el problema, trataba de concentrarme en otras cosas.....	0	1	2	3	4
6. Le conté a familiares o amigos cómo me sentía.....	0	1	2	3	4
7. Asistí a la Iglesia.....	0	1	2	3	4
8. Traté de solucionar el problema siguiendo unos pasos bien pensados.....	0	1	2	3	4
9. No hice nada concreto puesto que las cosas suelen ser malas.....	0	1	2	3	4
10. Intenté sacar algo positivo del problema.....	0	1	2	3	4
11. Insulté a ciertas personas.....	0	1	2	3	4
12. Me volqué en el trabajo o en otra actividad para olvidarme del problema.....	0	1	2	3	4
13. Pedí consejo a algún pariente o amigo para afrontar mejor el problema.....	0	1	2	3	4
14. Pedí ayuda espiritual a algún religioso (sacerdote, etc.).....	0	1	2	3	4
15. Establecí un plan de actuación y procuré llevarlo a cabo.....	0	1	2	3	4
16. Comprendí que yo fui el principal causante del problema.....	0	1	2	3	4
17. Descubrí que en la vida hay cosas buenas y gente que se preocupa por los demás.....	0	1	2	3	4
18. Me comporté de forma hostil con los demás.....	0	1	2	3	4
19. Salí al cine, a cenar, a «dar una vuelta», etc., para olvidarme del problema.....	0	1	2	3	4
20. Pedí a parientes o amigos que me ayudaran a pensar acerca del problema.....	0	1	2	3	4
21. Acudí a la Iglesia para rogar que se solucionase el problema.....	0	1	2	3	4
22. Hablé con las personas implicadas para encontrar una solución al problema.....	0	1	2	3	4
23. Me sentí indefenso/a e incapaz de hacer algo positivo para cambiar la situación.....	0	1	2	3	4
24. Comprendí que otras cosas, diferentes del problema, eran para mí más importantes.....	0	1	2	3	4
25. Agredí a algunas personas.....	0	1	2	3	4
26. Procuré no pensar en el problema.....	0	1	2	3	4
27. Hablé con amigos o familiares para que me tranquilizaran cuando me encontraba mal.....	0	1	2	3	4
28. Tuve fe en que Dios remediaría la situación.....	0	1	2	3	4
29. Hice frente al problema poniendo en marcha varias soluciones concretas.....	0	1	2	3	4
30. Me di cuenta de que por mí mismo no podía hacer nada para resolver el problema.....	0	1	2	3	4
31. Experimenté personalmente eso de que «no hay mal que por bien no venga».....	0	1	2	3	4
32. Me irrité con alguna gente.....	0	1	2	3	4
33. Practiqué algún deporte para olvidarme del problema.....	0	1	2	3	4
34. Pedí a algún amigo o familiar que me indicara cuál sería el mejor camino a seguir.....	0	1	2	3	4
35. Recé.....	0	1	2	3	4
36. Pensé detenidamente los pasos a seguir para enfrentarme al problema.....	0	1	2	3	4
37. Me resigné a aceptar las cosas como eran.....	0	1	2	3	4
38. Comprobé que, después de todo, las cosas podían haber ocurrido peor.....	0	1	2	3	4
39. Luché y me desahugué expresando mis sentimientos.....	0	1	2	3	4
40. Intenté olvidarme de todo.....	0	1	2	3	4
41. Procuré que algún familiar o amigo me escuchase cuando necesité manifestar mis sentimientos.....	0	1	2	3	4
42. Acudí a la Iglesia para poner velas o rezar.....	0	1	2	3	4

Anexo 2

Modelo de entrevista.

Código de paciente:

Tiempo de diagnóstico:

Edad:

Orientación sexual:

Entrevista sobre recursos de afrontamiento ante el diagnóstico de VIH.

Preguntas generadoras:

1. Recurso de afrontamiento.

¿Qué significa para usted recibir el diagnóstico de VIH?

¿Qué actitudes nuevas ha generado en usted el diagnóstico?

¿Qué dificultades supone que tendrá o está teniendo?

¿En quién puede confiar para revelar su diagnóstico?

¿Qué cualidades tiene en usted mismo para enfrentar el diagnóstico?

¿Qué oportunidades tiene a su alcance para enfrentar el diagnóstico?

2. Estigma y discriminación.

En su entorno social ¿Qué ha aprendido respecto a la enfermedad del VIH?

¿Qué le decían del tema en su infancia?

¿Se ha sentido discriminado por alguna razón?

¿Siente que su orientación sexual agrava el problema del VIH?

¿Ha sufrido algún tipo de violencia relacionada a estos temas?

¿Cómo se siente respecto a su orientación sexual?

¿Alguna vez ha discriminado a alguien de su misma orientación sexual o de distinta orientación?

Sistematización

1. Recurso de afrontamiento.

Cognitivo-valoración.	
Conducta-actitud.	
Emociones-estrés.	
Vínculos.	
Posibilidades-habilidades.	
Amenaza.	
Flexibilidad.	
Humor-Goce del placer.	

2. Estigma y discriminación.

Percepción del entorno.	
Percepción de sí mismo-auto concepto.	
Actitudes peyorativas hacia sí y hacia otros.	
Violencia vivida por algún motivo relacionado a la orientación o práctica sexual	



Anexo 3

CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Proyecto de investigación: Recursos de afrontamiento sociales ante el diagnóstico de VIH en pacientes Hombres que tienen sexo con otros Hombres.

Yo, _____ identificado con DPI número _____, reconozco mi participación voluntaria en el Proceso de Apoyo Psicológico y Proyecto de Investigación **Recursos de afrontamiento sociales ante el diagnóstico de VIH en pacientes Hombres que tienen sexo con otros Hombres**, dentro del Colectivo Amigos Contra el SIDA (CAS), al cual he sido invitado por Diego Armando Monroy Alvarado, quien se identifica con DPI número 2239 43258 0101, voluntario de CAS y responsable del proyecto de investigación, bajo los siguientes argumentos que conozco y acepto:

1. Participo en el proceso mencionado de manera totalmente voluntaria, libre de cualquier medida de presión y sin remuneración de tipo económica u otra índole a cambio.
2. Mi estado diagnóstico positivo en VIH e información de datos personales serán tratados de manera estrictamente confidencial y ética, únicamente a conocimiento del responsable del presente y mi persona, de conformidad con el artículo 38 del Decreto 27-2000, del Congreso de la república de Guatemala, Ley General para el combate del VIH y SIDA.
3. Autorizo que se hagan grabaciones de audio de las entrevistas que mi persona preste para fines de la investigación presente; y es de mi conocimiento que el audio de las entrevistas terapéuticas sostenidas con el responsable Diego Monroy, será grabado para fines únicamente del proyecto de investigación mencionado. Las entrevistas serán tituladas con un código que incluya el género, la edad, las primeras dos iniciales de un nombre y las primeras dos iniciales del primer apellido.
4. Las grabaciones de las entrevistas serán tratadas de manera estrictamente confidencial y privada, según lo regulado en el artículo 24 de la Constitución Política de la República de Guatemala. En las mismas no se revelarán datos personales como nombre completo, vivienda, origen étnico y número telefónico.
5. Estoy de acuerdo en que la información revelada se utilice únicamente para los fines investigativos del proyecto a cargo de Diego Monroy.
6. Es de mi conocimiento que el proyecto de investigación **Recursos de afrontamiento sociales ante el diagnóstico de VIH en pacientes Hombres que tienen sexo con otros Hombres**, ha sido aprobado por el Centro de Investigaciones en Psicología CIEPs, de la Escuela de Ciencias Psicológicas, de la Universidad de San Carlos de Guatemala, en fecha 21 de octubre de 2016, como parte del proceso de tesis del estudiante Diego Armando Monroy Alvarado, carné número 2010-16056, y es también autorizado para su realización por las autoridades pertinentes del Colectivo Amigos Contra el SIDA.

Después de leer y comprender los argumentos descritos en el presente consentimiento, reconozco mi voluntariedad en la participación y acepto la legalidad del mismo.

F _____
Participante.

F _____

Diego Monroy
Responsable de proyecto

Anexo 4

Universidad de San Carlos de Guatemala.
Escuela de Ciencias Psicológicas
Colectivo Amigos Contra el SIDA.
Planificación 1 para grupo de Auto apoyo.



Recursos de afrontamiento sociales ante el diagnóstico de VIH en el sujeto Hombre que tiene sexo con otros hombres. Colectivo Amigos Contra el Sida.

Objetivo.	Actividad.	Material.	Tiempo.	Responsable.
Dar bienvenida a asistentes y nuevos participantes.	Saludo a los presentes y motivación de la actividad.	Humano.	5 min.	Diego Monroy
Crear confianza en los participantes e integrar a todos los presentes.	Se iniciará relatando una historia ficticia, a la que cada participante debe agregar una parte, hasta darle un final.	Humano.	10 min, para que participen todos.	Diego Monroy
Fomentar la integración y participación de los participantes.	Bingo. Se dará una tabla de opciones en la cual los participantes deben conseguir firmas según la afinidad con los demás.	Tabla de características. Lapicero.	15 minutos.	Diego Monroy
Abrir espacio de discusión sobre la autoestima.	Se darán materiales a los participantes para decorar un objeto desde sus	Comales pequeños de barro, témperas, silicón frío.	15 minutos.	Diego Monroy

	gustos personales.			
Concientizar sobre la reconstrucción de la autoestima.	Se invitará a los participantes a dejar caer el objeto decorado para que este se rompa, y luego repararlo. Se hará la reflexión sobre reconstruir la autoestima ante las dificultades.	Silicón frío, materiales de limpieza.	30 minutos.	Diego Monroy
Cerrar emociones que hayan surgido y darle conclusión a la actividad.	Se resaltarán los aspectos positivos hablados por los participantes para promover el cierre de emociones y estabilizar el clima emocional.	Humano.	5 min.	Diego Monroy
Firmar compromisos de participantes nuevos y creación del gafete.	Se pedirá un momento aparte para que los participantes nuevos firmen el compromiso de confidencialidad y la creación de su gafete.	Humano. Cartas de compromiso. Marcadores y tarjeta.	5 min	Diego Monroy
Concluir la actividad.	Se agradecerá la asistencia y se darán avisos pertinentes.	Humano.	5 min	Diego Monroy

Anexo 5
Informe de Grupo de Auto Apoyo
Proyecto “Recursos de Afrontamiento Sociales ante el Diagnóstico de VIH en
pacientes HSH”.

Tema: “La dificultad más grande”:

Información básica:

Reunión realizada el sábado 21 de enero de 2017, en las instalaciones del Colectivo Amigos Contra el SIDA (CAS), 7 calle 3-42 zona 1 de la ciudad capital. Cinco pacientes participantes; responsable de proyecto: Diego Monroy.

Antecedentes:

Los cinco pacientes participantes son usuarios constantes de los servicios de CAS, hombres identificados con orientación homosexual o bisexual, entre los 25 y 40 años, con diagnóstico positivo de VIH desde aproximadamente 5 meses y ya vinculados a alguna Unidad de Atención Integral (UAI).

Desarrollo de reunión:

Se inició la actividad con una dinámica de presentación de los participantes en la que a través de realizar un gafete propio de identificación cada uno dijo su nombre y expresó un aspecto de importancia en su vida. Luego se procedió a escuchar la expectativa de cada participante respecto a la reunión grupal. Una expresión común fue querer conocer las experiencias de vida de otras personas que afrontan la misma situación para tomarlo como un apoyo en el proceso personal. El participante que lleva más tiempo de diagnóstico y que considera estar afrontándolo de manera asertiva, dijo que deseaba compartir lo que ha aprendido para que sea de utilidad a otras personas. Posteriormente se realizó una dinámica de participación e integración llamada “Mar, tierra y agua”, en la que se lanzaba una pelota de goma entre los participantes y se decía algún ecosistema correspondiente al mar, la tierra o el agua; la persona que recibía la pelota debía expresar un animal perteneciente al ecosistema mencionado en un lapso de 5 segundos.

Para abordar el tema planteado a la primera reunión, se inició una conversación grupal con el relato de cada participante sobre el tiempo de diagnóstico y una descripción breve de cómo ha sido su proceso personal. Se evidenció que en todos, la noticia fue totalmente inesperada y afectó bastante en la mayoría de los ámbitos de sus vidas. Expresaron que los primeros días posteriores a conocer su estado de salud, fueron emocionalmente difíciles y rodeaban muchas dudas en

cuanto a los pasos necesarios para poder afrontarlo de manera efectivo y en bien propio. Luego, la discusión se enfocó hacia lo que cada participante consideró como la dificultad más grande a afrontar. Diversas opiniones fueron expresadas, pero el factor común fue el miedo a sufrir rechazo en sus círculos sociales si su diagnóstico fuese conocido.

Se dirigió la conversación hacia la influencia de la orientación sexual ligada al temor de ser rechazado por portar VIH. Los participantes expresaron que reconocen el temor de ser rechazados por los prejuicios sociales que rodean la homosexualidad y el VIH, debido a que el diagnóstico se considera una consecuencia de la conducta sexual. Relataron que en varios ámbitos que comparten han preferido mantener al margen su orientación sexual y, consecuentemente el diagnóstico. También se discutió sobre las actitudes de rechazo y discriminación que se viven dentro de la misma comunidad de hombres homosexuales.

Para finalizar la conversación, se realizó una dinámica con una bola de lana en la que cada participante expresaba un compromiso que decidiera asumir al estar dentro del grupo y luego lanzaban el extremo de la lana para que otro tomara el turno. Todos expresaron la intención de asistir puntualmente a las reuniones y ser bastantes sinceros en sus opiniones, así como respetar los comentarios de los demás.

Aspectos psicológicos:

Se observó que antes de iniciar la agenda de actividades para la reunión, mientras llegaban todos los participantes, en quienes llegaron más temprano surgió la intención de presentarse, platicar y tomar confianza a pesar de ser personas que se veían por primera vez. Se evidenció que espontáneamente surgió un sentido de identificación grupal sin que el terapeuta responsable lo propiciara. A la vez, durante las conversaciones se observaba que los participantes sentían bastante apertura a compartir experiencias personales y privadas. Se considera que este punto es consecuente con la identificación grupal y el sentido de cohesión surgido de que todos sabían que cada uno presente compartía una misma situación respecto del diagnóstico y de la orientación sexual.

Los participantes son capaces de identificar y analizar el doble componente de estigma y discriminación que han vivenciado toda su vida, debido a la orientación sexual, y que afrontan ahora derivado del diagnóstico de VIH. El doble componente de discriminación ha repercutido en el poco apoyo que los participantes expresaron tener de círculos sociales primarios como familia y trabajo. De todos los presentes, solo uno le expresó a su familia el diagnóstico por

estar casado y por el riesgo potencial de que la esposa portara el virus. Los demás prefieren tenerlo al margen.

Existe notable diferencia en la manera en que algunos participantes se expresan y desenvuelven en el proceso grupal al proceso individual de terapia. Uno de los participantes se mostró más callado y prefería no expresar opiniones largas en comparación a su diálogo en la terapia individual. Otro de los usuarios, se mostraba mucho más expresivo y bromista con todos los participantes; se notaron varias expresiones por tener la atención del grupo. Uno de los participantes con menor tiempo de diagnóstico se mostró bastante participativo e interesado en conocer y compartir experiencias, a pesar de que mostraba resistencia a participar en el grupo antes de la reunión.

Un aspecto importante a resaltar es uno de los comentarios que expresó el paciente con mayor tiempo de diagnóstico, cuando expresó que todos los presentes estaban con la misma situación exceptuando el terapeuta encargado. Se considera importante evidenciar la expresión pues los participantes se reconocen identificados ante un problema específico y resaltan la diferencia de aquellas personas que no afrontan la misma situación.

Conclusiones:

- La identificación grupal y el sentido de cohesión es de suma importancia para que el proceso grupal genere cambios significativos en los participantes. Este mismo surge de manera espontánea debido a que todos se saben enfrentando una misma situación.
- El sentido de la universalidad genera esperanza en los participantes al conocer que no son los únicos que afrontan tales dificultades.
- Existe interés y buena respuesta de los participantes a la actividad. Se evidenció motivación a participar en las dinámicas y a expresarse. A la vez que manifestaron algunas ideas de actividades o momentos que les gustaría compartir.

Sugerencias:

- Se considera muy importante generar un acuerdo de confidencialidad para que cada participante pueda firmar y tener como respaldo legal ante la revelación que cada uno hace de su diagnóstico.
- Es de importancia generar un reglamento de participación dentro del grupo para que el respeto y la buena convivencia esté sustentado en un elemento concreto que los mismos participantes generen.