

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN PACIENTES
HOMOSEXUALES QUE VIVEN CON EL VIH

Johana Patricia Quintero Castro

Universidad de la Sabana

Resumen

El VIH es visto actualmente como una epidemia global que ha generado diferentes debates alrededor de la sexualidad y la identidad de género, esta enfermedad crónica tiene un gran impacto y estigmatización social ya que se también es llamada “la peste gay” dado el número de homosexuales que viven con el VIH. Por esta razón el presente artículo tiene como objetivo brindar una visión más amplia de cuales son las estrategias de afrontamiento que tienen los pacientes homosexuales que viven con el virus teniendo en cuenta que estos pacientes no sólo se enfrentan a la enfermedad sino también al rechazo social. Este artículo esta fundamentado en una revisión teórica de 50 revisiones bibliográficas encontradas en libros, revistas y página Web.

Palabras claves: Estrategias de afrontamiento, VIH/SIDA, adherencia al tratamiento, homosexualidad, homofobia,

Abstract

The VIH is seen at the moment like a global epidemic that has generated different debates around the sexuality and the identity from sort, this chronic disease has a great impact and social stigmatization since also the plague has been called "gay" given the number of homosexuals who live with the VIH. Therefore the present article must like objective offer one more a ampler vision of as they are the facing strategies that have the homosexual patients who live with the virus considering that these patients not only face the disease but also the social rejection. This article this based on a theoretical revision of 50 found bibliographical revisions in books, magazines and page Web.

Key words: Strategies of facing, VIH/SIDA, adhesion to the treatment, homosexual, homophobia,

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN PACIENTES HOMOSEXUALES QUE VIVEN CON EL VIH

La actual investigación tiene como fin conocer cuales son las estrategias de afrontamiento en el paciente homosexual que vive con el VIH teniendo en cuenta los factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales de esta enfermedad; y como estos factores afectan una adecuada adherencia al tratamiento. Esta investigación es el resultado de un estudio teórico de 50 revisiones bibliográficas encontradas en libros, revistas y página Web.

El VIH es una enfermedad asociada por la población en general con el homosexualismo masculino y su promiscuidad, puesto que la mayor parte de los afectados pertenecían a este grupo social. Ochoa (2005) menciona que a finales de 1980 y a principios de 1990 el VIH era calificado como “peste gay” o “cáncer gay”.

En un primer momento se relacionó el SIDA con la población homosexual, ya que la totalidad de los casos se presentaban en estos individuos y se descartaba la posible relación con una patología que estaba produciendo una elevada tasa de mortalidad en determinadas zonas del África subsahariana. En 1984 los pocos científicos que todavía pensaban que la enfermedad era exclusiva de los homosexuales tuvieron que reconocer su error. En ese año, Luc Montaigner, del Instituto Pasteur, de París, descubrió el virus de inmunodeficiencia adquirida (VIH) y demostró que la enfermedad que afectaba a la comunidad homosexual era la misma que estaba devastando el África subsahariana. (Anónimo, 2001).

De acuerdo con Urdang, (2001) citado por Tallis (2003), hay una creciente comprensión global de que la epidemia tiene que ver menos con epidemiología y más con factores sociales. Lo que se necesita es una definición más clara de cuáles son los factores sociales, y también los económicos y políticos, en lo referido tanto a causa como a impacto. El género y las relaciones de género basadas en el poder son centrales.

Hernández y García (2001) aseguran que entre los varones bisexuales y homosexuales sigue siendo un problema la adopción de prácticas sexuales de riesgo. Además, las asociaciones de las prácticas sexuales de riesgo con la

homofobia internalizada medida como actitud negativa hacia la TEG y, en menor medida, las con las percepción del estigma y el ocultamiento sugieren que las estrategias que contribuyen a eliminar el prejuicio y la discriminación que sufren los BH también podrían favorecer la reducción de conductas de riesgo en varones BH. La mayoría de las campañas para prevención de la transmisión del VIH consisten en difundir información sobre prácticas de sexo protegido o seguro.

Morrow (2004) citado por Eguiluz, López y González (2005) encontró que los adolescentes homosexuales tienen un alto riesgo de depresión debido a múltiples factores estresantes, que debido al estrés psicológico que deben soportar, entre un 30 y 40% de jóvenes homosexuales, habían intentado suicidarse, comparado al 8% y 13% de heterosexuales.

Primeros casos de VIH

Souza (2005) relata que en la década de 1950 los resultados de estudios posteriores de sueros almacenados en bancos de sangre, descubrieron que en grupos humanos aislados de África Central ya había casos de personas infectadas con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (HIV), en la década de los cincuenta. El 12 de diciembre de 1977 Muere, a los 47 años, la médica e investigadora de Dinamarca Margrethe P. Rask. Ella había estado en África, estudiando el Ébola, y comenzó a presentar diversos síntomas extraños para su edad. La autopsia reveló que sus pulmones estaban llenos de microorganismos que ocasionaron un tipo de neumonía.

La primera sospecha de caso de sida se publicó el 5 de junio de 1981 en la revista 'Mortality and Morbidity Weekly Report', del Centro para el Control y Prevención de Enfermedades de Atlanta (CDC). El artículo describía los casos de cinco sujetos homosexuales de Los Ángeles contagiados por esta enfermedad que en los últimos 20 años se ha cobrado la vida de 22 millones de personas y que ahora afecta en todo el mundo a 36 millones. Los primeros datos sobre la enfermedad empezaron a darse a conocer en Europa a lo largo de ese año. En 1982 se publicó en la revista 'The Lancet' el primer caso conocido y comprobado de un paciente homosexual con sarcoma de Kaposi y abscesos múltiples por *Toxoplasma gondii* que había fallecido en Barcelona en octubre de 1981. (Anónimo, 2001)

Más tarde en 1982 investigadores del CDC estaban tomando datos con respecto a los nombres de personas homosexuales que hubiesen mantenido relaciones sexuales entre sí, a fin de crear un mapa de aquella dolencia, cuya forma de transmisión aún no se comprendía. Gran parte de las personas entrevistadas dicen haber mantenido relaciones con un hombre, Gaetan Dugas, un comisario de a bordo de origen franco-canadiense. Más tarde este hombre pasó a ser conocido como el paciente cero, a partir de quien la dolencia cruzó el océano Atlántico. En Brasil, los primeros siete casos confirmados ocurrieron en Sao Paulo, todos pacientes de práctica homo/bisexual. Los investigadores aún no habían llegado a un consenso sobre el nombre de esta dolencia, que era tratada por la prensa como la “Peste Gay” o GRID –Gay- Related Immune Deficiency. En este año se dieron a conocer casos de SIDA en 14 países alrededor del mundo. (Souza, 2005)

Discriminación sexual (homofobia)

Los medios de comunicación, han realizado, desde el principio, un tratamiento de la información sobre la enfermedad, que no solo no ha contribuido a su normalización, sino que ha creado alarma social, estereotipos e ideas erróneas sobre los enfermos, en sus potenciales estilos de vida y evolución como afectados. Debido a ello, las personas diagnosticadas VIH, afrontan con un precario equilibrio, los cambios que van surgiendo a lo largo de su enfermedad. Si bien muchas patologías, siguen las mismas fases de proceso, los pacientes, debido al impacto social de los eventos, realizan un procesamiento más amenazador. Así momentos puntuales como: Diagnóstico, Hospitalización, Adversos, están asociados a distorsiones cognitivas y alteraciones psicológicas agudas. (Cánoves, 2003).

Guajardo (2003) plantea que Las sociedades occidentales han pretendido universalizar su hostilidad o antagonismo con las personas de orientación homosexual, bisexual o lésbica, ubicándolas, hasta fines del siglo recién pasado, en el campo de la patología médico - psiquiátrica (hasta su eliminación en 1973 del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)) o en el del delito legalmente definido. De hecho, cada uno de los términos de identificación que se aluden tiene una carga valorativa actualmente reconocida y no

corresponden a meras descripciones técnicas del comportamiento, ni resultan pertinentes en todas las culturas y países.

El VIH/SIDA ha abierto debates en torno a asuntos relacionados con la sexualidad y ha servido para resaltar la importancia tanto de la igualdad de género en las relaciones sexuales como de la igualdad y el respeto en todas las relaciones sociales. (Tallis, 2003).

En la vida cotidiana, los bisexuales, lesbianas y homosexuales se enfrentan a diferentes formas de violencia, y se dispone de pocas organizaciones que atiendan los problemas específicos de esta población; por otra parte, resulta indispensable señalar que aún son muchos los países donde la homosexualidad constituye un delito, y muchos los gobiernos que no otorgan reconocimiento institucional y jurídico a los arreglos familiares entre individuos del mismo sexo. Las formas más evidentes de violencia que sufren BLH van desde los insultos verbales y las agresiones físicas hasta formas extremas como el homicidio. En México, la Comisión Ciudadana Contra los Crímenes de Odio por Homofobia (CCCOH, 1999) ha documentado —a partir de una revisión hemerográfica— que entre 1995 y 1998 ocurrieron 164 asesinatos contra homosexuales y lesbianas, los cuales se caracterizaron por su brutalidad. (Ortiz y Granados, 2003).

Trullols (2006) señala que la Asociación de Psiquiatría de EE.UU., retiró de la lista de desórdenes de su Manual de diagnósticos, al comportamiento homosexual, actitud que ha sido seguida en los manuales de psiquiatría. En 1977 se realiza una encuesta aleatoria a 10,000 miembros de la APA, el 69% afirma que la homosexualidad suele ser más bien una adaptación patológica que una variación normal. En 1994 intentan declarar oficialmente como no ético el tratamiento de homosexuales incluso aunque estos lo pidieran voluntariamente. La Asociación de Psicología del Estado de Washington, declaró cínicamente que no deben aplicarse estas terapias ya que refuerzan el negativismo social hacia la homosexualidad.

Por otro lado Cáceres y Pecheny (2003) resaltan que un movimiento global impulsado desde fines de los años ochenta para “deshomosexualizar” la epidemia, tanto para evitar la estigmatización de los homosexuales como para convencer a los demás sobre los riesgos a los que cualquier persona sexualmente activa estaba

expuesta, y confrontar el mismo estigma que afectaba al SIDA como enfermedad “de otros”.

Comparando entre países, los factores determinantes en la magnitud de la respuesta social a la epidemia que afectaba a los hombres gay y otros HSH han incluido: la incidencia relativa de SIDA entre los HSH, la visión del SIDA como problema de salud pública, y, especialmente, el nivel de involucramiento de la sociedad civil en cuestiones de acceso a la salud, y del estatus de los derechos sexuales (Parker, Barbosa y Aggleton, 2000).

En el contexto de la transmisión sexual, la transmisión homosexual masculina ha sido y continúa siendo crucial en la región pues aunque el número de casos notificados como probablemente debidos a transmisión entre varones es similar al número de casos notificados como de probable transmisión heterosexual, el primero resulta elevadísimo si se considera que la población de hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres (HSH) constituye una fracción pequeña de la población general de adultos. De manera coincidente, los estudios de seroprevalencia en HSH muestran niveles bastante mayores a los de poblaciones índice de la situación entre heterosexuales (Tempranamente en la epidemia, se decía que América Latina mostraba una combinación de los viejos patrones I y II, que describían la importancia de los casos entre los HSH y los usuarios de drogas inyectables así como un componente heterosexual. (Cáceres, (2003).

Características biológicas del VIH/SIDA

Liras (2006) define el ciclo biológico del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), después de que éste ha penetrado en la célula diana (linfocito), se precisa la integración de su material genético en el genoma de la célula. Este proceso está mediado por la integrasa, enzima crucial para ello, pero además por la colaboración de los sistemas de reparación de la propia célula. Precisamente, se ha comprobado que en este mecanismo interviene también, entre otras, la ADN-PK junto con otros factores de transcripción como el factor Ku (Ku/ADN-PK). La depleción de este factor y la inhibición de la ADN-PK pueden ser una alternativa en la potenciación de los tratamientos antirretrovirales. Pero, además, su alto grado de conservación evolutiva, a diferencia de otras enzimas

como la transcriptasa en reverso u otras, harían más difícil la aparición de los procesos de resistencia que constituyen el problema más importante en el tratamiento de los pacientes infectados por el VIH.

Berbert, Castanheira, Feliú, Jorge & Junta (2006). Resaltan que el virus VIH penetra en la célula blanca a través de la comunicación intracelular de linfocito TCD4 y la gp120 del envoltorio del virus. Entonces ocurre un fenómeno de internalización del virus y el desnudamiento, ocurriendo la transcripción reversa del RNA viral, resultando en la producción del genoma viral en forma de DNA de doble hélice. Este DNA insertado en el genoma del huésped como el propio virus HIV, por una enzima integralmente codificada por el virus. La activación celular lleva a la transcripción y a la producción del RNA viral. Las proteínas estructurales son producidas y organizadas y los virus HIV libres son producidos por el brote viral en la célula huésped, y por consecuencia una organización interna, por estallido de una proteína cerne a través de una enzimaproteasa codificada por el virus, produciendo partículas virales maduras.

Por otro lado el SIDA es el síndrome de inmunodeficiencia adquirida, es una enfermedad caracterizada por la aparición de numerosas infecciones oportunistas y de algunos tumores, como consecuencia de la destrucción gradual del sistema inmune provocada por el VIH, y de manifestaciones nerviosas derivadas de la acción directa del virus. Existen dos virus de la inmunodeficiencia humana, perfectamente caracterizados, que se consideran especies independientes, el VIH-1 y el VIH-2 (Ochoa, 2005).

Formas de transmisión y factores de riesgo del VIH

La epidemia en estos lugares se ha centrado fundamentalmente en relaciones homosexuales y en consumidores de droga por vía intravenosa. La transmisión heterosexual del virus constituye la segunda vía más importante en España según datos de prevalencia, posicionándose tras las conductas de riesgo asociadas al uso de drogas por vía parenteral. (Cañellas, Perez, Noguera, Villamil, García, Berrocal, Fuente, Belza, & Castilla, 2000).

Según Chacón (2005) uno de los aspectos que más discriminación genera hacia las personas que viven con este virus y del aumento de las personas infectadas, es el desconocimiento de las formas de transmisión, por este motivo de

anotan cuales son las formas de transmisión del VIH/SIDA. Por transfusión sanguínea o por compartir agujas hipodérmicas intravenosas con una persona infectada, principalmente durante el uso de drogas intravenosas. De la madre al hijo o hija, durante el parto o la lactancia, el niño o la niña puede infectarse si su madre es portadora del virus, también por medio de fluidos corporales como el semen o los fluidos vaginales, por lo que la persona puede infectarse al tener relaciones sexuales cóitales, anales u orales.

El VIH en sus primeras fases es una enfermedad asintomática, pero al llegar a la fase SIDA se presentan síntomas, como diarrea, náuseas y vómitos, tos y disnea, fatiga, fiebre, problemas cutáneos y deterioro mental. (Fleischman, 2004).

Por otro lado Chacón (2005) señala que existe un desconocimiento en muchos sectores de la sociedad, en donde no se tienen claro las formas de transmisión del VIH, esta situación es la principal razón de la existencia de una serie de mitos. Por tal motivo es fundamental aclarar que el VIH no se transmite por ninguna de las siguientes maneras Por darle la mano, abrazar o besar a una persona infectada. Por compartir el baño, servicio sanitario, piscina, utilizar los utensilios de cocina, o comer del mismo plato de una persona infectada. Utilizar la misma ropa de una persona infectada. Por medio de la picadura de un mosquito.

Al analizar las conductas sexuales de riesgo para la infección por VIH, el uso de medidas de prevención y la prevalecía autoinformada de infección por VIH en varones de una de las principales asociaciones de homosexuales de la Comunidad de Madrid. Según un estudio transversal realizado durante 1997-1998. Mediante un cuestionario anónimo remitido por correo. Se analizan las características sociodemográficas, la frecuencia de uso del preservativo en las distintas practicas sexuales con la pareja estable y con las ocasionales. La prevalecía autoinformada de VIH y otros aspectos relacionados. Se obtuvieron 157 cuestionarios de varones-homosexuales y bisexuales. Su edad media fue de 32 años y el 85% tenía estudios medios o superiores. En los últimos 3 meses: el 56% tuvo relaciones con más de un hombre; el 70.6% practicó la penetración anal insertiva con pareja estable y el 57,3% con compactos ocasionales, de los que sólo el 33,510 y el 61,1% respectivamente utilizaron siempre el preservativo. La

penetración anal receptiva la realizaron el 09.7% con pareja estable y el 39,4% con contactos ocasionales, utilizando siempre el preservativo el 35,5% y el 78,4% respectivamente. El 86.6% tuvieron relaciones oro-genitales y menos del 10% utilizaron siempre el preservativo. 137 hombres conocían su estado sexológico y el 15,2% resultó VIH positivo. El 102% padeció alguna ETS durante el último año. Finalmente un importante porcentaje de entrevistados mantiene prácticas de riesgo (varias parejas y relaciones sexuales de alto riesgo sin protección) que, asociado a una prevalencia de infección elevada, puede traducirse en una importante tasa de seroconversión. (Cañellas, Perez, Noguer, Villamil, García, Berrocal, Fuente, Belza, & Castilla, 2000).

Brito, A., Frasca, G., Guajardo, Manzelli, y Toro, (2006). Afirman que un factor de riesgo es la negación de que existen contactos sexuales entre hombres; estigmatización o criminalización de los hombres que tienen sexo con otros hombres; información epidemiológica insuficiente o poco fiable sobre la transmisión del VIH en las relaciones sexuales entre varones; dificultad para llegar a muchos de los hombres que mantienen este tipo de relaciones; establecimientos sanitarios insuficientes o inadecuados, incluyendo los dispensarios de infecciones de transmisión sexual; falta de interés entre los organismos donantes para apoyar y sostener los programas de prevención dirigidos a los HSH y falta de programas destinados particularmente a los trabajadores sexuales masculinos; falta de atención en los programas nacionales sobre el SIDA a la cuestión de los HSH.

Uno de los significados de este tipo de familia es la construcción de identidades sexuales no procreativas y la imagen de la sangre como símbolo biogenético de la procreación a la cual se opone la idea de “elección y creatividad” (Bestard, 1998). Por otra parte, un conjunto de trabajos indica que el sexo entre HSH en sitios públicos en las ciudades latinoamericanas constituye una de las prácticas de mayor ocultamiento, represión y discriminación, y cuyo conocimiento desde las ciencias sociales es más escaso. (Núñez, 2000).

Según un estudio en España sobre la actividad sexual y el uso de preservativo, los resultados muestran que más de la mitad de los participantes han tenido, al menos, una relación sexual completa. El preservativo masculino es el

anticonceptivo más utilizado. En los chicos, la variable que influye en el uso del preservativo es la capacidad para comunicar su ausencia de deseo. En el caso de las chicas, las variables que influyen en el uso del preservativo son la utilización de algún método anticonceptivo en la primera relación sexual, uso de la píldora, actitudes frente a la sexualidad y tiempo que llevan con la pareja. Las implicaciones de los resultados son discutidas en el marco de la pandemia de VIH/SIDA. (Lameiras, Rodríguez, Rodríguez, Bretón y Agudelo, 2005)

Liga colombiana de lucha contra el SIDA. (2000). señala que hay factores que hacen a ciertos grupos poblacionales más vulnerables frente a la infección por VIH/SIDA que otros. Estos factores pueden clasificarse en: epidemiológicos (mayor probabilidad de adquirir el VIH por el hecho de pertenecer a un grupo con una prevalencia más elevada), sociales (estar privado de atención médica y otros servicios sociales por pertenecer a un cierto grupo), económicos (incapacidad de evitar el riesgo y de tener acceso a medicina y salud en general debido a limitaciones económicas) y políticos (sus necesidades no son tenidas en cuenta en la formulación de políticas y proyectos). Estos reportes demuestran la discriminación y violencia de la que son víctimas por el hecho de vivir con VIH. En una cárcel de Bogotá, por ejemplo, las personas viviendo con VIH se encuentran aisladas en un patio, y allí son agredidos y violados por presos de otros patios, ya que por ser VIH positivos ellos los consideran homosexuales y por lo tanto sienten autoridad para usarlos sexualmente, lo que genera un problema de salud pública y violación de los derechos humanos de estas personas. Adicionalmente, han habido informes de discriminación y aislamiento de las personas viviendo con VIH/ SIDA, así como agresiones y ataques violentos que inclusive han llegado al asesinato a personas en razón de su seroestatus. Esto a pesar de que no existe una reglamentación que indique el aislamiento de las personas viviendo con VIH/ SIDA y más aún a la luz de las leyes y decretos existentes se debería garantizar el respeto por sus derechos humanos. Una forma no transmitirse el virus es por medio del preservativo reduce parcialmente la transmisión del VIH, con una efectividad cercana al 70%. Aunque existen nuevos datos que indican que algunos preservativos son permeables al VIH, la mayor parte de los contagios se deben a su uso incorrecto, roturas y deslizamientos. Los

compañeros de personas seropositivas están expuestos al riesgo de contraer la infección por VIH si mantienen relaciones sexuales. El riesgo se reduce, aunque no se elimina, si se usa el preservativo de forma correcta y sistemática, siendo la abstinencia la única forma de eliminar el riesgo al 100%. La falsa creencia de que la efectividad del preservativo es absoluta podría contribuir a la propagación de la enfermedad. Es deber del médico que trata a un paciente seropositivo comunicarle a él y a su pareja esta información, para que ellos puedan entonces tomar una decisión libre y responsable. (Guillén y Aguinaga, 1995).

Existen tantas campañas de prevención (VIH/SIDA, Sexo seguro, abstinencia sexual, ITS, embarazos no deseados), que es difícil hablarles del placer, desde el cuidado y la responsabilidad individual. Una contradicción más. En ocasiones la prevención actúa como represor, y la represión provoca síntoma. La prevención de VIH/SIDA en adolescentes desde una visión integral a través del trabajo realizado con pequeños grupos de adolescentes (Taller de Educación para la Salud), y no de forma puntual, aislada y desintegrada del contexto de su salud, es la única forma posible para que sus actitudes cambien, así y todo se tropieza con la dificultad de no colocarse o ser colocado por el/la adolescente sobre una posición capaz de incrementar la angustia persecutoria, propia del momento evolutivo, a través de la información preventiva, significándose ésta como elemento represor, rechazando cualquier información. (Bataller, y Perelló, 2002).

Tratamiento del VIH

Chávez, Wu, Álvarez, & Comité nacional de sida pediátrico, sociedad chilena de pediatría (2000) mencionan que todos los casos en etapa SIDA están en tratamiento antiretroviral, 16 con biterapia y 8 con triterapia; 23 de ellos (95,8%) están con profilaxis de infecciones bacterianas con inmunoglobulina intravenosa y 21 (87,5%) con profilaxis de neumonía por *P. carinii* empleando cotrimoxazol. Están actualmente en tratamiento con antiretrovirales 35 casos en etapa no SIDA y los 24 en etapa SIDA; 42 de ellos están con biterapia con dos inhibidores de transcriptasa reversa análogos de nucleósidos (ITRAN), de éstos se está usando zidovudina (ZDV) en 40 casos, didanosina (ddI) en 24, lamivudina (3TC) en 18 y stavudina (d4T) en 2. Con triterapia hay 17 niños, los que están recibiendo dos

ITRAN, asociados a inhibidores de proteasa o a inhibidores de transcriptasa reversa no nucleósidos (ITRNN). De los análogos de nucleósidos, se está usando 3TC en 14 niños, d4T en 10, ZDV en 5 y ddI en 5. De los inhibidores de proteasa, están recibiendo ritonavir 11 niños y nelfinavir 3. Los otros 3 niños reciben un ITRNN: nevirapina.

El tratamiento con anti-retrovirales debe ser iniciado lo más rápido posible. Es recomendado el uso de inhibidores de la transcriptasa reversa análogos de nucleósidos como el AZT (Zidovudina), Lamivudina, Didanosina, Zalcitabina, Estavudina, Abacabir y Adefovir; inhibidores de la transcriptasa reversa no análogos de nucleósidos como Delavirdina, Efaviran y Nevirapina y un inhibidor de la proteasa como el Indinavir, Nelfinavir, Ritonavir, Saquinavir, y Amprenavir. Entre tanto, estos medicamentos provocan diversos efectos colaterales como anemia, leucopenia, trombocitopenia, náuseas, alteraciones del paladar, insomnio, vómitos, fatiga, cefalea y lipodistrofia. (Berbert, Castanheira, Feliú, Jorge & Junta, 2006).

La fase terminal de la vida se inicia cuando el médico juzga que las condiciones del paciente han empeorado hasta tal punto que ya no es posible ni detener ni invertir el curso de la enfermedad; es cuando el tratamiento se hace básicamente paliativo y se concentra en la reducción del dolor. En tales condiciones surge un sinnúmero de dilemas controversiales, cuya resolución afectan de modo considerable tanto al enfermo y sus familiares como al médico. (Escalante y Escalante, 2002).

Adherencia al tratamiento

Cánoves (2003) afirma que los aspectos relacionados con el procesamiento humano de la información, son de suma importancia en el curso de las enfermedades, predictivos en la evolución de patologías crónicas y de obligada consideración en la problemática del VIH. En función al procesamiento de información, las amenazas a la salud e integridad física, influyen en las emociones y propician distintas conductas de enfermedad. El enfoque longitudinal describe los estados anímicos que acompañan habitualmente la evolución cronológica de la enfermedad. En VIH, estas respuestas psicológicas, son similares a las descritas en pacientes de otras patologías crónicas. Estos estados anímicos se describen en

términos de temores o miedos, sentimientos asociados y mecanismos adaptativos utilizados. La presencia de estos estados anímicos, se ve acompañada de trastornos emocionales. El diagnóstico VIH, produce gran impacto emocional y pensamientos de Rechazo Deterioro y Muerte Socialmente, el VIH es asociado al dolor, al deterioro, al rechazo social y a la muerte, de ahí que el diagnóstico en sí, pueda desencadenar desbordamiento emocional, e inclusive ideación suicida. Estas situaciones anímicas, pueden enmascarar sintomatología orgánica y viceversa. Es básico el diagnóstico diferencial.

De acuerdo con Kelly y Murphy (1992) citado por Ballester (2003) recientemente se han desarrollado programas de tratamiento que más que estar exclusivamente orientados a la promoción de la adhesión, toman en consideración otras variables que pueden estar afectándola directa o indirectamente. En este sentido se ha enfatizado la utilidad que podrían tener técnicas de intervención que ayuden al paciente a reducir su ansiedad, su malestar emocional, su sensación de indefensión y la percepción de falta de control. Se podría incluir entre esas técnicas el entrenamiento en relajación, la terapia cognitiva, la imaginación guiada, el entrenamiento en habilidades de afrontamiento o el entrenamiento asertivo para mejorar la relación con los profesionales sanitarios. Sin embargo, si los programas de intervención para la mejora de la adhesión a los tratamientos son escasos todavía lo son más los estudios en los que se evalúe la eficacia de los programas de intervención psicológica sobre los pacientes con VIH.

La OMS, citado por Salas, (2006) postula Es el cuidado activo y total de aquéllas enfermedades que no responden al tratamiento curativo. El control del dolor, y de otros síntomas, así como la atención de aspectos psicológicos, sociales e incluso espirituales es primordial. La meta de la Medicina Paliativa es conseguir la mejor calidad de vida de sus pacientes y sus familias. La medicina ha de considerar prioritaria la creación de unas circunstancias clínicas que favorezcan una muerte tranquila, la cual podemos definirla como una en la que el dolor y el sufrimiento se reduzcan mediante unos cuidados paliativos adecuados, en donde los cuidados al final de la vida sean cuidados activos y continuados al paciente y la familia, de modo que al paciente nunca se le abandone ni descuide y en la que

los cuidados se consideren igual de importantes para los que no vayan a sobrevivir como para los que sí.

Los cuidados paliativos se definen como la atención integral, activa y continuada del paciente terminal y la familia en su domicilio realizada por un equipo multidisciplinario, cuando la expectativa no es la curación, sino proporcionar calidad de vida. Las enfermedades tributarias son: Cáncer, AVC isquémico o hemorrágico, ELA, Sd Inmovilidad, IRC, EPOC, SIDA, ICC, Artrosis, Sd demencial, Enf Parkinson, HCE, etc. El cuidado paliativo domiciliar involucra una evaluación multidimensional que es la base para la planificación de cuidados e incorpora las expectativas del paciente y familia respecto a problemas existentes, su repercusión y soluciones probables. La evaluación implica la intervención del estado emocional del enfermo y su familia, detección de miedos, culpas y dudas, así como las etapas de adaptación al proceso de muerte y factores de riesgo de duelo patológico. La familia también va a presentar necesidades y temores ante la situación que vive, el equipo debe encontrar signos de sobrecarga física, psíquica o social ante el afrontamiento de una pérdida afectiva. (García, 2006).

Muchos pacientes diagnosticados Sida años atrás, se encuentran actualmente trabajando, han elevado sus cifras de CD4 con las terapias combinadas, tienen carga viral indetectable, están motivados y lo que mas desean es “normalización”, por lo que no precisan apoyo psicológico.

En el otro extremo del continuo, existen pacientes VIH asintomáticos, con redes de apoyo, que no precisan medicación, pero con tal impacto emocional que imposibilita su vida social; Su actitud vital es de indefensión, por lo que precisan intervención psicológica especial. Esta argumentación, de sobra conocida, abunda en la tremenda dificultad que implica el establecimiento de líneas divisorias estáticas, en el caso del Sida.

Duelo

García (2006) informa que el duelo es la reacción emocional ante la pérdida de un ser querido. Las clasificaciones diagnósticas como el DSM-III-R o DSM-IV atribuyen al duelo normal síntomas depresivos moderados como la pérdida de interés por el mundo exterior, tristeza, sentimientos de culpa,

insomnio, anorexia, sin que esto se acompañe de grandes déficits funcionales ni de inhibición psicomotora.

Kübler-Ross (1975) citado por Rodríguez, Yasmín, Ruiz y Restrepo (2004), subrayan la importancia para el paciente del apoyo y de la compañía, así como de la escucha oportuna de sus sentimientos. El duelo anticipatorio permite iniciar el proceso antes de que ocurra la muerte, pero no significa que no habrá dolor en el momento en que ésta ocurra. Constituye una oportunidad para que la familia incluya al enfermo en el proceso y facilite la resolución de conflictos y una buena despedida que proporcionen al enfermo mayor tranquilidad y bienestar, al mismo tiempo que propicia en los sobrevivientes un duelo postmortem menos traumático. Por esta razón, Mora (2002), hace referencia a la importancia de implementar estrategias psicológicas tales como las terapias de soporte y las terapias cognitivas y comportamentales, durante la etapa, lo cual también está planteado por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1998), aclarando que estas terapias deben llevarse a cabo durante toda la enfermedad ya que son adecuadas para modificar muchos factores que provocan o aumentan el dolor y otros síntomas. De esta manera se seguiría insistiendo en proporcionar el acceso a terapias que, acompañadas del tratamiento médico, garanticen el mejoramiento de la calidad de vida tanto del paciente como de su familia.

El duelo es un proceso «normal», con una limitación en el tiempo y con una evolución previsiblemente favorable. Del mismo modo, se sabe que las pérdidas implican gran sufrimiento para la mayoría de las personas y que en una minoría de ellas pueden producirse además complicaciones en el proceso y aparecer trastornos psíquicos. Estudios recientes encuentran que un tercio de las consultas en atención primaria tienen orígenes psicológicos y que una cuarta parte de ellas se identifican como el resultado de algún tipo de pérdida. Los factores predictores de riesgo de complicación del duelo son aquellos aspectos que aumentan la probabilidad de que el proceso no se desarrolle adecuadamente y, para describirlos, habitualmente se diferencia entre situacionales, personales e interpersonales. (Barreto y Soler, 2002).

Fonnegra (1999) asevera que la muerte de la pareja constituye una de las experiencias más dolorosas y amenazantes para la estabilidad emocional. La

intensidad y la complejidad inherentes al vínculo entre una pareja hacen que el perder al cónyuge signifique afrontarse a innumerables pérdidas, tanto tangibles y cotidianas (el esposo (a), la seguridad emocional, el apoyo económico, la vida sexual, etc.) como simbólicas, es decir, el significado interno que tiene esa pérdida: la fuente de seguridad, el saberse importante en la vida del alguien, el estatus social, el apoyo en los momentos difíciles, la compañía en la vejez, entre otros.

Trastornos Psicológicos relacionados con el VIH

Schwartzmann, Caporale, Suárez y Sancristóbal (2003) indican que ha habido un rápido incremento en los próximos años de trastornos psíquicos asociados con el SIDA, que generará necesidades especiales de atención psiquiátrica para el tratamiento de la enfermedad somática y la reducción del agotamiento del personal médico y de enfermería. Desde la investigación, la psiconeuroinmunología⁷ ha intentado avanzar en la última década en la relación entre los factores psicosociales, el SNC, el sistema inmune y la enfermedad, si bien la relación entre el bienestar físico y psicosocial ya había sido señalada a través de la historia y en diversas culturas⁸. Desde la comunidad científica y desde los legos, el paradigma mente-cuerpo ha sido lanzado a la luz pública, bien para elevarlo como un nuevo modelo explicativo de la salud-enfermedad como para denostarlo como apropiación ilegítima de antiguos cuentos de brujas sin base científica. Sin embargo, la evidencia que indica que el estrés y la depresión se asocian con cambios en la función inmune es creciente, aun cuando la relación entre estas variables sea compleja y no completamente entendida. En este sentido, se ha demostrado la asociación entre depresión, disminución de la función inmune, edad, sexo y hospitalización.

La demencia asociada al VIH se caracteriza por un deterioro marcado en el funcionamiento cognitivo. Las manifestaciones clínicas sugieren una afectación predominantemente subcortical afectando la capacidad de atención, concentración, memoria, al procesamiento de la información, al lenguaje y al sistema motor. (Navia, Jordan, y Price, 1986).

Niederecker, Naber, y Riedel, (1995) señalan que en diversos desórdenes orgánicos del cerebro la enfermedad somática subyacente se define como un

desorden inmune o autoinmune primario, por ejemplo la infección del VIH o erythemato sus sistémico del lupus (SLE). Los agentes inmunosupresivos e inmunomoduladores son métodos establecidos para tratar los secuelas neuropsiquiatricos de los desórdenes inmunes o autoinmunes, por ejemplo SIDA y SLE. Los acercamientos terapéuticos en la enfermedad de Alzheimer también aplican métodos inmunológicos tales como estrategias de la inmunización y de SIDA de activo/pasivo. En vista de la red interactiva comprensiva entre la mente y el cuerpo, la investigación futura debe centrarse en los acercamientos que ligan las blancos de los diversos sistemas implicados.

Pieribone, (2004) describe que el recibir un diagnóstico de VIH causará, naturalmente, un cierto distrés emocional. Si bien un diagnóstico de VIH puede ciertamente conducir a un estado de ansiedad y distrés, éstas son sensaciones transitorias en la mayoría de las personas y no representan lo mismo que la depresión clínica. El distrés y la ansiedad de corto plazo pueden ser tratadas con apoyo y otros tipos de psicoterapia. Depresiones más grave se podrían requerir ambos, psicoterapia y medicamentos antidepresivos.

Hay que hacer constar que mientras que los problemas psiquiátricos con un origen orgánico eran muy comunes al inicio de la epidemia del SIDA, desde el advenimiento de la terapia antirretroviral potente –TAP– los síndromes sin una etiología orgánica son más frecuentes. La presencia de deterioro cognitivo sin llegar a cumplir los criterios de demencia es de dos a tres veces más frecuente que el CDS. Continua la controversia acerca de la presencia de alteraciones en las pruebas neuropsicológicas, su tipo e intensidad, en pacientes infectados por el VIH asintomáticos. (Gallego, Deike, Gordillo, y Valdés, 2001)

Chiesi, A., Vella, S. y Dally, L., (1996). Argumetan que una proporción de las personas infectadas por el VIH puede desarrollar trastornos cerebrales, no sólo como complicaciones secundarias sino también como efecto directo del VIH. Dentro de los trastornos cerebrales primarios asociados a la infección VIH se incluye la demencia asociada a la enfermedad por el VIH o el complejo demencia SIDA (CDS) y con un grado menor de deterioro cognitivo, el trastorno cognitivo menor.

Gallego, Deike, Gordillo, y Valdés, (2001) informan que en pacientes seropositivos se dan frecuentemente cuadros de depresión mayor, pero cuando se trata de estimar la prevalencia real de casos, existen bastantes divergencias, aunque sí hay consenso en que las tasas son mayores que en la población general. Las tasas de prevalencia a lo largo de la vida para trastornos depresivos en pacientes VIH positivos se han establecido entre el 30-60% mientras que la prevalencia en el momento de la evaluación para la población ambulatoria es algo menor. Cuando se consideran a los pacientes hospitalizados estas tasas pueden ser mucho más altas. La ideación suicida es común entre las personas infectadas por el VIH y suele estar asociada a un incremento de los síntomas. Episodios de ansiedad recortados (de uno a varios meses) son frecuentes en los pacientes seropositivos. Si se usan los criterios rigurosos del DSM-IV, que requieren un mínimo de seis meses de sintomatología ansiosa, la prevalencia es significativamente más baja. Está puede ser una de las razones de la amplia variabilidad de resultados de los diferentes estudios para la prevalencia a lo largo de la vida (4-40,5%). A lo largo de la vida, el trastorno por abuso de alcohol tiene una prevalencia que oscila entre un 21,6% y 64,3%, mientras que para el abuso de drogas se estima entre un 29,4% y 55,9%

El campo de los aspectos mentales de la salud de la infección del VIH ha crecido substancialmente en años recientes. La reacción a estrés agudo se trata de un trastorno transitorio de una gravedad importante. Puede ocurrir en cualquier fase de la infección por VIH, especialmente coincidiendo con cambios en el estadio clínico del individuo y ante el diagnóstico de seropositividad. La mayoría de los nuevos casos de manía ocurren en la infección por VIH avanzada y a menudo asociada con la presencia de daño cerebral. (Catalan, Burgués, y Klimes, 1995).

Los hombres con la infección HIV-1 y la depresión importante pueden deteriorar más con frecuencia, más seriamente, o cualitativo diferentemente cognitivo que individuos con cualquier desorden solo. Además, la fuente del disturbio cognoscitivo puede ser difícil de determinarse. La distinción es clínico relevante porque los disturbios cognoscitivos asociados a la depresión importante sola pueden desplomarse cuando la depresión remite, mientras que se esperaba

que el disturbio causado por daño de cerebro de HIV-1 permaneciera y se empeorara posiblemente. (Goggin, Zisook, Heaton, Atkinson, Marshall, Mccutchan, Chandler, Grant, y The Hnrc Group, 1997).

Estrategias de Afrontamiento

Las estrategias de afrontamiento se refieren a cómo la gente se maneja ante las demandas de los sucesos estresantes. Son aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo. Este modelo se denomina modelo transaccional del stress en tanto que el afrontamiento no es simplemente una respuesta a un hecho que ha sucedido, sino que es un proceso activo de modelado de lo que ha sucedido y de lo que sucederá. (Martín, Zanier y García (2003)

De acuerdo con una investigación realizada por Camping (1999). Existen varios factores que tienen las personas que conviven con el VIH. En el factor 1, el miedo y la angustia al desarrollo del SIDA, evidencian que aumenta la percepción del estrés y el desarrollo de conductas de evitación como estrategia de afrontamiento para disminuir la amenaza de peligro, así como hay aumento de un cierto fatalismo y externalización del problema con muy poca capacidad para cambiar algo vivido como irremediable y experimentando con ansiedad, fatalidad y desesperanza. El factor 2, abarcaría la existencia y utilidad del apoyo social. El hecho de que las escalas de Alexitimia (TAS) y el grado de conocimiento de conductas de riesgo (CCR) puntúen negativamente, indican que el apoyo social sería de mayor utilidad en personas que no tuviesen características alexitimicas y sin un conocimiento claro de las conductas de riesgo de infección. El hecho de que el apoyo social actué en un factor ortogonal a los otros factores debe hacer reflexionar respecto a si la utilidad de este recurso como modulador o amortiguador del estrés sólo puede darse en sujetos no alexitimicos o sin un nivel elevado de información respecto a las conductas de riesgo. El factor 3, hace referencia a todas aquellas conductas que suponen una implicación en el tratamiento, como una internalización de las estrategias cognitivo-conductuales de afrontamiento de la enfermedad y con expectativas de futuro y de resultados en

función de las medidas adoptadas. Estos factores reflejarían distintas formas de afrontamiento a la infección por VIH y al desarrollo del SIDA.

Stiebler Leal (1993) citado por Martín, Zanier, y García, (2003) constató una asociación significativa entre las respuestas psicológicas iniciales de las pacientes al diagnóstico y los resultados de la progresión de la enfermedad después de cinco, diez y quince años. Las consecuencias favorables fueron más frecuentes en pacientes cuyas respuestas fueron categorizadas como negación o espíritu de lucha, no así la aceptación estoica ni la desesperanza.

Según un estudio realizado por Carrobles, Remor, y Rodríguez, (2003) describen la relación de las estrategias de afrontamiento y el apoyo social percibido (afectivo y sanitario) con el distrés emocional en 229 hombres y mujeres adultos con infección por VIH de distinto origen cultural (español y peruano). Los resultados indican asociaciones entre las variables de afrontamiento y el apoyo social percibido con el grado de distrés emocional experimentado por los sujetos. No se han encontrado, sin embargo, variaciones en el afrontamiento considerando el avance de la enfermedad y el deterioro inmunológico, para la muestra completa. No obstante, sí se han encontrado algunas diferencias analizando las muestras por separado. Las estrategias de afrontamiento específicas: evitación/comportamientos pasivos, poca implicación activa-positiva, rumiación/pasivo cognitivo, confianza activa en otros y la falta de apoyo percibido del entorno afectivo explican el 29% de la varianza total en el distrés emocional, a través de un análisis de regresión múltiple.

Para evaluar el afrontamiento al dolor se han utilizado dos tipos diferentes de aproximaciones. La aproximación más tradicional ha sido evaluar el afrontamiento utilizando cuestionarios que piden al paciente que especifique y responda al estresor primario en su vida (sea o no el dolor). Otra aproximación ha sido desarrollar cuestionarios de afrontamiento específicos que preguntan al individuo sobre su forma de afrontamiento ante el dolor crónico. Ambos enfoques suelen coincidir en sus resultados cuando los individuos consideran el dolor como la fuente primaria de estrés en sus vidas, pero difieren cuando no resulta así. Por otra parte, las estrategias de afrontamiento ante el dolor crónico se han clasificado

de diversas formas, que han dado lugar a un conjunto de problemas asociados con las definiciones empleadas. (Soriano y Monsalve, 2002).

De acuerdo con Lazarus y Folkman (1980) tomado por Soriano y Monsalve (2002) consideran que la distinción establecida entre estrategias centradas en el problema y las centradas en la emoción no resulta clara, además de que el éxito en una estrategia conductual reduce el impacto emocional. Por su parte, Fernández considera que mientras hay autores que prefieren definir el afrontamiento en términos conductuales, otros prefieren hacerlo en términos cognitivos. El problema reside en la distinción entre el afrontamiento y sus resultados cuando se utilizan las definiciones conductuales. Las estrategias de afrontamiento pueden clasificarse en adaptativas y desadaptativas. La consideración de una estrategia como adaptativa o desadaptativa depende de múltiples factores, interviniendo tanto las diferencias intraindividuales como también las interindividuales. Sin embargo, también es cierto que diferentes estudios han encontrado relaciones entre el uso de determinadas estrategias y su grado de adaptación al dolor.

Semple, Patterson, Straits-Troster, Atkinson, McCutchan y Grant (1996), analizaron las características psicológicas y sociales de mujeres y hombres homosexuales infectados de VIH encontrando que los hombres homosexuales empleaban más el afrontamiento evitativo y presentaban altos índices de soledad al ser comparados con las mujeres.

González, Puente, Sanchez y Sosa, (2001) citado por Vera, Pérez, Moreno, y Allende, (2004) señalan antecedentes como los anteriores han demostrado que en los sujetos que presentan VIH-SIDA se produce un gran deterioro de la calidad de vida a nivel físico, sexual, psicosocial y de relaciones interpersonales (Por otra parte, socialmente, el SIDA es una enfermedad altamente estigmatizante, existe mucho prejuicio y temor hacia quienes se han infectado, debido a que rápidamente se asocia a homosexualidad, promiscuidad o drogadicción por lo que se tiende a rechazar a estas personas, se les aísla y se les discrimina, en el trabajo, a veces los amigos, los familiares e incluso en los servicios de asistencia pública.

Intervención

En la intervención en un paciente que vive con el VIH Podrían beneficiarse de técnicas cognitivas psicoeducativas y técnicas de relajación así como de técnicas de reestructuración cognitivo-conductuales ya que la adopción de este patrón podría comprometer, a nivel teórico y considerando las aportaciones empíricas de la Psiconeuroinmunodeficiencia, su sistema inmunitario y consecuentemente, su calidad de vida. El factor 2 (Racionalización y Emocionabilidad) indicaría la dirección en que se centra el afrontamiento que realiza el sujeto, si centrado en los problemas o bien centrado en las emociones. Un sujeto con una alta puntuación en este sector buscaría el apoyo social como modulador de sus emociones al no presentar rasgos alexitimicos y no poseer conocimientos relevantes respecto a las conductas de riesgo; por el contrario, un sujeto con una baja puntuación en este factor presentaría rasgos alexitimicos, conocimiento de las conductas de riesgo y no buscaría apoyo social debido a su dificultad en identificar y describir sentimientos y a su preocupación por acontecimientos externos. (Camping, 1999).

El entrenamiento en estrategias de afrontamiento desarrollado por Chesney y Folkman (1994) citado por Camping (1999) permite al individuo ajustar el tipo de afrontamiento a la situación estresante adoptando una estrategia centrada en el problema en aquellas situaciones que pueden ser cambiadas y usando una estrategia centrada en la emoción cuando existan elementos no modificables en la situación. Este tipo de entrenamiento sería beneficioso para aquellas personas que mostrasen la utilización de una única estrategia Racionalización o Expresión especialmente si se realiza en grupo con la finalidad de que aprenda a expresar verbalmente sus emociones. Los sujetos que mantuvieran una actitud de espíritu de lucha serian los que, a nivel teórico, pondrían en menor riesgo su sistema inmunológico con lo que las estrategias de intervención deberían ser mínimas en función de las demandas y necesidades del paciente, Los autoinformes pueden ayudar a delimitar diferentes topologías de pacientes que requieran intervenciones terapéuticas bien diferenciadas. Sin embargo, es necesario la realización de nuevos estudios en diferentes poblaciones que permitan validar las posibles existencias de distintas topologías así como de la utilidad de las estrategias de

intervención requeridas. También es imprescindible realizar estudios que permitan estudiar la relación de estos factores con variables inmunológicas.

Tobón y Vinaccia (2003) describen un modelo general de intervención psicológica en el VIH/sida. Para ello, se tienen en cuenta diez ejes esenciales: el estudio epidemiológico, la prevención, la preparación para el análisis del VIH, el informe de los resultados de no seropositividad, la comunicación de seropositividad, la evaluación psicosocial integral, el tratamiento de la persona infectada en estado asintomático, el tratamiento en la fase sintomática (sida propiamente dicho), la preparación para la muerte y, finalmente, la elaboración del duelo en la pareja y familia tras la muerte de la persona con sida. La intervención por ejes puede ser simultánea o secuencial, de acuerdo a las necesidades de la persona infectada. En cada eje se definen los objetivos de la intervención psicológica, la forma de evaluar el proceso, las técnicas a emplear y el tiempo promedio de duración de la intervención.

CONCLUSIONES

El VIH es una de las enfermedades que más preocupa a la comunidad médica, no sólo porque es una enfermedad crónica que no tiene aún cura sino porque en ella se alojan diversos debates a nivel social, cultural y religioso. El que una persona viva con el VIH trae consigo no sólo repercusiones a nivel fisiológico sino un sin número de prejuicios a nivel moral y sexual. En el presente artículo se quiso resaltar en especial las estrategias de afrontamiento que tiene el paciente homosexual diagnosticado con VIH revisando diferentes temáticas relacionadas con esta enfermedad.

Primero que todo las estrategias de afrontamiento se basan en como las personas enfrentan los eventos que se presentan en el transcurso de su vida, en este sentido se puede tomar una posición pasiva o activa, tanto a nivel comportamental como cognitivo. En el caso de haber sido diagnosticado con VIH el paciente no sólo se enfrenta al saber que su tiempo de vida es más corto que el esperado sino que al tener esta enfermedad son rechazados por las personas y son tildados de promiscuos y de homosexuales.

Existen muchas distorsiones cognitivas con respecto al VIH, de las formas de transmisión y quienes pueden ser portadores. Los primeros casos de VIH se encontraron en homosexuales, por esta razón esta enfermedad relacionada con ellos. Pero cabe anotar que en la actualidad este virus se ha dispersado a muchas personas no sólo homosexuales, bisexuales y hombres que tienen sexo con otros hombres sino a heterosexuales y a mujeres. En este sentido el VIH puede infectar a todas las personas, no importa su edad, su sexo, ni condición sexual y económica.

La transmisión homosexual y bisexual de VIH que se ha registrado es relativamente baja, y representa el 11% de los casos notificados al CAREC durante el período 1982–2000. Sin embargo, se considera una vía importante de contagio entre la población heterosexual, mayormente por contacto bisexual. El estigma social asociado a la homosexualidad significa asimismo que el índice de notificaciones de casos de VIH/SIDA en este grupo seguirá siendo bajo. Entre otros modos de transmisión está el uso de drogas intravenosas, la transfusión de sangre y productos de sangre, y la transmisión perinatal. El porcentaje

correspondiente a contagio por uso de drogas intravenosas, salvo en el caso de Bermuda (43%), fue tan solo del 1,5%, mientras que el correspondiente a sangre y productos de sangre no fue sino del 0,3%. En el período 1982–2000, los casos de transmisión perinatal representaron aproximadamente el 6% de los casos registrados.

La transmisión del VIH puede darse de tres formas sexual, de madre a hijo y por vía sanguínea. Algunas personas sienten aversión al estar al lado de una persona con VIH ya que piensan que se les puede transmitir por el aire o por tocarlos, por esta razón las personas con VIH son relegadas y aisladas.

Las personas que viven con el VIH deben lidiar con un conjunto de estresores fisiológicos, socioculturales, económicos y psicológicos que en conjunto constituyen una amenaza potencial a su salud física y mental. Partiendo de esta premisa, se han llevado a cabo diversas investigaciones con el objetivo de identificar, si los hubiere, aquellos estilos de afrontamiento que pudieran estar relacionados con alteraciones en la inmunocompetencia y en la progresión de la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), así como aquellos estilos más adaptativos que no derivarían en decrementos de la competencia inmune y en estados afectivos negativos. Por ejemplo, Temoshok (1993) encontró en pacientes seropositivos sintomáticos una relación positiva y estadísticamente significativa entre la presencia de un alto número de células Natural Killer y una baja preocupación en los sujetos acerca de la infección por VIH, un bajo nivel de fatiga y la práctica correcta de autocuidados. (Carrobles, Remor, y Rodríguez, 2003).

Temoshok (1993) encontró en pacientes seropositivos sintomáticos una relación positiva y estadísticamente significativa entre la presencia de un alto número de células Natural Killer y una baja preocupación en los sujetos acerca de la infección por VIH, un bajo nivel de fatiga y la práctica correcta de autocuidados.

Eguiluz, López y González (2005) consideran que algunos de los grupos minoritarios y que por consiguiente, pudieran padecer depresión e ideación suicida, son las personas infectadas de VIH y los homosexuales. Estos grupos además se enfrentan a dificultades socio-culturales entre las cuales podemos

mencionar la estigmatización, violencia y discriminación por tener orientación homosexual, vista como una enfermedad o un acto perverso.

En un estudio realizado por Soucase, Monsalve, Soriano, y de Andrés (2004) en el estudio de las estrategias de afrontamiento utilizada por el paciente para hacer frente a su dolor, siendo definidas estas como los pensamientos y acciones que los individuos realizan en sus esfuerzos por manejar el dolor, y su repercusión sobre la calidad de vida del paciente. A nivel descriptivo, los resultados muestran que las pacientes informan de un nivel de dolor moderadamente elevado, siendo las estrategias de afrontamiento al dolor más utilizadas, la autoafirmación y la búsqueda de información, y presentando un índice de calidad de vida inferior al de la población general. A nivel correlacional, no se ha encontrado ninguna relación significativa entre el índice general de calidad de vida y las estrategias de afrontamiento al dolor, aunque el uso de estrategias de afrontamiento más bien pasivas (como por ejemplo, la religión) se asocian significativa y positivamente con la dimensiones de calidad de vida que implican cierto grado de desadaptación por parte del paciente a la enfermedad, mientras que el uso de estrategias más activas ante el dolor (por ejemplo, distracción y autocontrol mental) se relacionan significativa y negativamente con dichas dimensiones.

Por otro lado es importante reforzar la prevención, promoción y prevención con respecto al VIH/SIDA ya que la desinformación puede no sólo generar nuevas victimas sino también un creciente rechazo a la comunidad que convive con el virus. Así mismo debe prevenirse alteraciones psicológicas con una entrega de diagnóstico mal hecha.

La entrevista, elemento base de la intervención terapéutica, permite recoger información y crear vínculos con los pacientes. Posibilita dar feedback objetivo y comenzar la intervención psicológica por los aspectos más críticos. Es necesario conocer las principales preocupaciones del paciente y la información que posee sobre la enfermedad. La terapia, se centra en las estrategias de afrontamiento y autocuidados, tratando de paliar el impacto del diagnóstico, así como en el control de las variables de Ansiedad y Depresión. La intervención con un paciente recién diagnosticado, incluye muchas áreas de trabajo y cuenta,

hipotéticamente, con el factor tiempo. Las posibilidades de apoyo o el apoyo social percibido, es problemática: diagnóstico, hospitalización, cumplimiento, efectos adversos, sexualidad, recursos (Cánoves, 2003).

Finalmente, los homosexuales que viven con el virus del VIH se enfrentan a un rechazo social, con una expectativa de vida corta y en algunas ocasiones aislados de la comunidad en general, esto puede traer consigo unas estrategias de afrontamiento pasivas que pueden dificultar una adherencia al tratamiento positiva. El VIH no tiene cura, pero se puede ofrecer a las personas que conviven con este virus una buena calidad de vida, en este sentido la comunidad médica, enfermeras, psicólogo, psiquiatras, etc. Tienen como obligación generar un espacio donde el paciente no se sienta discriminado y donde este pueda tener acceso a la salud, a un apoyo terapéutico y a la satisfacción de sus necesidades básicas.

Referencias

- Anónimo, (2001). *Qué es el VIH/sida*. Disponible en red: [http://www.ondasalud.com, extraído el 14 de noviembre 2006]
- Ballester, R. (2003). Eficacia terapéutica de un programa de intervención grupal cognitivo comportamental para mejorar la adhesión al tratamiento y el estado emocional de pacientes con Infección por VIH/SIDA. *Revista Psicothema* (15) 517-52
- Bataller, I. y Perelló, V. (2002). *Prevención VIH/SIDA en la adolescencia y juventud en el marco integral de la educación para la salud*. *Revista española* (3) 428-437.
- Barreto M. y Soler S., (2002). *Apoyo Psicológico En El Sufrimiento Causado Por Las Pérdidas: El Duelo. Hospitales Dr. Moliner y Arnau de Vilanova*. Valencia (España).
- Berbert A., Castanheira T., Feliú G., Jorge C. & Junta I. (2006). *Estudio clínico multicentrico de pacientes con hiv/sida sometidos a tratamiento con el inmunomodulador canova Asociado con medicamentos anti-retrovirales*. Disponible en red: [http://www.canovado brasil.com.br/español/trabajos/EspTC_Berbert_Mult icentrico.pdf, extraído el 18 de octubre de 2006]
- Brito, A., Frasca, G., Guajardo, T., Manzelli, G. y Toro, A. (2006). *Sexo entre hombres en América Latina: Vulnerabilidades, fortalezas, y propuestas para la acción*. (14), 1-10. Obtenido noviembre 4, 2006, de la base de datos de la ONUSIDA.
- Cáceres, F. & Pecheny, M. (2003). *Confrontando la epidemia de VIH/SIDA entre los hombres gay y otros hombres que tienen sexo con hombres en América latina y el caribe* (16) 7-19. Obtenido noviembre 4, 2006, de la base de datos de la ONUSIDA.
- Cáceres, F. (2003). Epidemiología de la infección por VIH entre los hombres que tienen sexo con hombres en América latina y el caribe: *Situación actual y recomendaciones para la vigilancia epidemiológica* (2) 26-31 Obtenido noviembre 4, 2006, de la base de datos de la ONUSIDA.

- Camping, M. (1999). *Variables psicológicas y seropositividad al VIH: aplicación de la medicina conductual en el análisis empírico de una interrelación*. Editorial Socidrogalcohol. (Sociedad Científica Española de Estudios sobre el Alcohol, el Alcoholismo y las otras Toxicomanías). Barcelona. (11). 4 – 15.
- Campos, Á. (2006). Sufrimiento y dolor por la muerte de la pareja. (6) 11-13. Obtenido en noviembre 13, 2006, de la base de datos Proquest.
- Cañellas, S., Perez, J., Noguera, I., Villamil, M., García, L., Berrocal, M., Fuente, L., Belza, J. & Castilla, J. (2000). *Conductas sexuales de riesgo y prevalencia de infección por VIH en hombres con prácticas homosexuales y bisexuales en la comunidad de Madrid*. Revista Salud Pública; (74) 25-32.
- Carrobes, J., Remor, E., y Rodríguez, L., (2003) *Afrontamiento, apoyo social percibido y estrés emocional en pacientes con infección por VIH*. Universidad Autónoma de Madrid. Revista Psicothema. (15), 420-426.
- Carroso, L. (2005) *Salud y derechos reproductivos: VIH/SIDA e igualdad de género* Panorama social de América Latina. (18) 231-251.
- Catalan, J., Burgués, A. y Klimes, I. (1995). *Psychological Medicine of HIV Infection*. Oxford. Disponible en red: [<http://www.oup.com/us/catalog/general/subject/Medicine/PsychiatryPsychology/?view=usa&ci=9780192622020>, extraído el 10 de diciembre de 2006]
- Chacón L. (2005) *El VIH/SIDA prevención, promoción y formas de transmisión*. En: VII Congreso Nacional de Ciencias Exploraciones fuera y dentro del aula INBioparque. (2005). Santo Domingo de Heredia, Costa Rica
- Chávez, A., Wu, E., Álvarez, E. & Comité nacional de sida pediátrico, sociedad chilena de pediatría (2000). *Human immunodeficiency virus infection in pediatrics: The Chilean experience*. Revista Chi Infect (4), 302-306
- Chiesi, A., Vella, S. y Dally, L., (1996). *Epidemiology of AIDS dementia complex in Europe*. J Acquir Syndr Hum Retrovirol (11) 39-44. Obtenido en 10 de diciembre, 2006, de la base de datos de Pubmed.

- Escalante, G. y Escalante, K. (2002) *Enfermedad terminal y psicología de la salud*. Revista Medula de Facultad de Medicina, Universidad de Los Andes. Mérida. Venezuela. (8) 1-4.
- Fernández, M., Núñez, M., Rodríguez, J., Bretón J. & Agudelo, D. (2005) *Actividad sexual y uso del preservativo masculino en jóvenes Gallegos universitarios*. Revista Clínica y Salud (16) 253-267
- Fleischman, P., (2004). *Tratamiento, atención y apoyo para las personas que viven con el VIH. Informe sobre la epidemia mundial de SIDA 2004*. Disponible en red:[
http://www.unaids.org/bangkok2004/GAR2004_pdf_Chapter5_treatment_sp.pdf, extraído el 15 de enero de 2007]
- García A., (2006). *El Duelo Una Posición Transformadora. En: I Congreso Nacional De Psicología Del Dolor Y Cuidados Paliativos. "Saber Escuchar Y Entender"* (2006) Obtenido en noviembre del 2006, de la base de datos de ProQuest.
- Gallego, L., Deike, M., Gordillo, V. y Valdés A. (2001). *Trastornos mentales en pacientes infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana*. Madrid Revista Anales de Medicina Interna. (18) 597-604.
- García, A. (2006). *El duelo una posición transformadora*. (4) 8-9. Obtenido en noviembre 13, 2006, de la base de datos Proquest.
- Goggin, K., Zisook, S., Heaton, R., Atkinson, H., Marshall, S., Mccutchan, A., Chandler, J., Grant, I. y The Hnrc Group, (1997). *Neuropsychological performance of HIV-1 infected men with major depression*. Revista Journal of the International Neuropsychological Society (3), 457-464.
- Guajardo, S. (2003) *Contexto sociocultural del sexo entre varones* (4) 57-62
 Obtenido noviembre 4, 2006, de la base de datos de la ONUSIDA.
- Guillén, F. y Aguinaga, G. (1995). *Efectividad de los preservativos en la prevención de la infección por VIH en parejas de personas seropositivas*. Revista Medicina clínica. (105), 541-549.

- Hernández L. & García, M. (2001). *Internalized oppression and high-risk sexual practices among homosexual and bisexual males*, Mexico. Obtenido en Noviembre 2, 2006 de la base de datos de ProQuest.
- Lameiras, M., Núñez, A., Rodríguez, Y., Bretón, J. y Agudelo, D. (2005) *El VIH y prevención primaria*. Revista Clínica y Salud, (16) 253-267.
- Leserman, J., Petitto. M, Robert, L., Golden, R., Bradley, D., Gaynes, N. y Hongbin, D., (2000). *Impact of Stressful Life Events, Depression, Social Support, Coping, and Cortisol on Progression to AIDS*. Revista American Journal of Psychiatry. (157), 1221-1228.
- Liga colombiana de lucha contra el SIDA. (2000). *Informe preliminar sobre la situación de los privados de la libertad y el VIH / SIDA en Colombia*. Disponible en red [<http://www.laccaso.org/pdfs/prisioncol.pdf>, extraído el 20 de noviembre de 2006].
- Liras, A. (2006). *Reparación del ADN en el control de las enfermedades*. Revista Portal de Biología y Ciencias de la Salud (15), 1-5.
- Martín, D., Zanier, J. y García, F. (2003). *Afrontamiento y calidad de vida. Un estudio de pacientes con cáncer*. Revista PSICO-USF, (6), 55-64.
- Navia, B., Jordan, B. y Price, R. (1986). *The AIDS dementia complex: I Clinical features*. Ann Neurol (19), 517-524. Obtenido en 10 de diciembre, de 2006, de la base de datos de Pudmed.
- Niederecker, M., Naber, D. y Riedel, R., (1995) *Incidence and aetiology of psychotic disorders in HIV infected patients*. Revista Nervenarzt; (66) 36 - 71.
- Núñez, G. (2000). *Sexo entre Varones. Poder y resistencia en el campo sexual*. (5) 62-71 Obtenido noviembre 4, 2006, de la base de datos de la ONUSIDA.
- Ochoa, L. (2005). *Philadelphia (1993): Visión del SIDA cuando comenzó a ser tratable*. Ediciones Universidad de Salamanca
- Ortiz, L. & Granados A. (2003) *Violencia hacia bisexuales, lesbianas y homosexuales de la Ciudad de México*. Revista mexicana de sociología, (2) 266-296.
- Pieribone, D., (2004). *El VIH y la depresión*. Virginia. Editorial. The City of WeHo. (5) 125-150

- Rodríguez, A., Yasmín. R., Ruiz R. y Restrepo, M. (2004) *Intervención familiar para el manejo psicológico en pacientes oncológicos con mal pronóstico en el hospital de la misericordia* Universidad Nacional de Colombia. Revista Colombiana de Psicología, (13), 90-101.
- Salas, I. (2006) *Los cuidados paliativos en Latinoamérica: obstáculos y soluciones, Una experiencia en Costa Rica. Centro Nacional de Control de Dolor y Cuidado Paliativo.* (2) 2-5. Obtenido en noviembre 13, 2006, de la base de datos Proquest.
- Semple, Patterson, Straits, Troster, Atkinson, McCutchan y Grant, (1996). *Social and psychological characteristics of HIV-infected women and gay men. HIV Neurobehavioral Research Center (HNRC) Group.* University of California, San Diego, USA. Disponible en red : [http://www.ispub.com/ostia/index.php?xmlFilePath=journals/ijanp/vol5n2/hiv.xml, extraído el 20 de noviembre de 2006]
- Soriano J. y Monsalve V., (2002). *CAD: Cuestionario de Afrontamiento ante el Dolor.* Revista Sociedad Española. Ediciones, S.L. (9), 13-22.
- Soucase, B., Monsalve, V., Soriano, J. y de Andrés J. (2004). *Estrategias de afrontamiento ante el dolor y calidad de vida en pacientes diagnosticados de fibromialgia.* Revista Sociedad española del dolor (11), 353-359.
- Souza, H., (2005) *Línea del tiempo del SIDA: del primer caso hasta la actualidad “El SIDA no es mortal. Mortales somos todos nosotros”.* Disponible en red: [http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/bmn/linea_del_tiempo_del_sida_de_l_primer_caso_hasta_la_actualidad.pdf, extraído el 14 de Noviembre de 2006]
- Schwartzmann, L., Caporale, B., Suárez, A. y Sancristóbal, S., (2003). *Incidencia de trastornos psíquicos en pacientes con enfermedades médicas: ¿qué hacer?.* Revista de Psiquiatría del Uruguay. (67) 2- 20.
- Tallis, V., (2003). *GÉNERO y VIH/SIDA.* Disponibles en red: [www.ids.ac.uk/bridge/reports_gend_CEP.html, extraído el 20 de noviembre de 2006]

- Temoshok, L. (1993). *Emotions and health outcomes: some theoretical and methodological considerations. Emotion Inhibition and Health.* Publishers: Goettingen, Germany. (21) 235-243.
- Tobón, S. y Vinaccia, S., (2003) *Modelo de intervención psicológica en el VIH/sida.* Universidad Veracruzana. Revista Psicología y Salud (8) 210-230.
- Trullols, L., (2006) *Identificación Sexual. Diferencias Sexuales Y Prevención De La Homosexualidad.* Disponible en red [http://www.fiamcbarcelona2006.org/pdf/S1.3PsiCat_Trullols.pdf, extraído el 22 de noviembre 2006]
- Vera, P., Pérez, V., Moreno, E. y Allende, F., (2004). *Diferencias en variables psicosociales en sujetos VIH homosexuales y heterosexuales.* Revista International Journal of Clinical and Health Psychology (4), 55-67.