

VIH-SIDA Y DUELO HOMOSEXUAL

Diana Marcela Andrés Omaña

Universidad de La Sabana

Resumen

Aunque los hombres homosexuales han experimentado la muerte de sus parejas desde antes del auge del VIH y la epidemia del SIDA, estos, han incrementado la atención a el dilema de la viudez homosexual, existe muy poca investigación sobre el duelo específico de los homosexuales y lo que requieren para adaptarse a su estado de viudos de una manera adaptativa. El objetivo del presente trabajo fue describir los factores relevantes a los viudos homosexuales, y la manera en la que el apoyo social es básico para que ellos resuelvan el duelo de manera funcional, además, trataron de llevar a cabo algunas comparaciones entre el duelo homo y heterosexual cuando la pareja muere de VIH. Los encuentros aquí presentados, provienen de una minuciosa revisión bibliográfica. Se encontró que la falta de reconocimiento de las parejas homosexuales en general y del estatus de un hombre homosexual como un viudo, complica el proceso del duelo. En conclusión, se encontró que los hombres homosexuales, cuyas parejas han muerto de SIDA exhiben una agrupación de síntomas clásicos manifestados por supervivientes de otros eventos traumáticos. Palabras claves: SIDA [SC 01516] Homosexualidad [SC 23230] Duelo [SC 21680] Red Social [SC48313] Muerte [SC 13110] Virus de Inmunodeficiencia Adquirida [SC23465]

Abstract

Even though gay men experienced the death of partners before the onset of HIV disease, and the AIDS epidemic has brought increased attention to the plight of gay male widowers, there is very little research on the specifics of how gay widowers mourn and what is required for them to adjust to their bereaved state in an adaptive way. The objective of this dissertation was describe the psychosocial issues relevant to gay widowers, and how social support is central for them to resolve their grief in a functional way, and to do some comparisons between heterosexual and gay widowers. The findings are product of a careful bibliographic research. It was found that the lack of recognition for male couples in general and for the status of a gay man as a widower in particular, complicates the grieving process. In conclusion, it was found that, gay men whose partners die exhibit the constellation of classic symptoms manifested by survivors of other traumatic events. Key Words: AIDS [SC 01516] Homosexuality [SC 23230] Grief [SC 21680] Social Network [SC48313] Death [SC 13110] Human Immunodeficiency Virus [SC 2365]

El Síndrome Inmunodeficiencia Adquirida [SIDA] es la enfermedad que se desarrolla como consecuencia de la destrucción progresiva del sistema inmunitario (de las defensas del organismo), producida por un virus descubierto en 1983 y denominado Virus de Inmunodeficiencia Humana [VIH]. La definen alguna de estas afecciones: ciertas infecciones, procesos tumorales, estados de desnutrición severa o una afectación importante de la inmunidad. (s.a., extraído de la red, 18 de Mayo 2006, www.aciprensa.com)

La definición de la palabra SIDA es una sigla que significa "Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida". La definición de cada una de estas palabras es:

“Síndrome: Conjunto de síntomas que unidos componen todo un cuadro clínico complejo. En el caso del sida es difícil identificar con certeza cuál es la enfermedad real que tiene una persona, pues los síntomas son parecidos a los de otras enfermedades; A pesar de esta situación, se han determinado algunas manifestaciones que pueden estar relacionadas con esta fase de la enfermedad, tales como sudoración nocturna excesiva, fiebres recurrentes, pérdida de más del 30% del peso corporal en menos de un mes, diarrea e inflamación de ganglios. Es muy importante enfatizar que estos síntomas son comunes en casi todos los tipos de infecciones y que cuando son característicos de infección por VIH se deben presentar mínimo dos de ellos por un período de dos o tres meses consecutivos;

Inmunodeficiencia: La acción de este virus tiene lugar directamente sobre el sistema inmunológico o de defensa, destruyendo la cantidad de defensas que necesita el cuerpo para hacer frente a los agentes que le pueden hacer daño;

Adquirida: Este síndrome y el virus como tal, no esta en las personas sino que se adquiere de alguien.” (s.a., extraído de la red Abril 15 de 2006, www.indetectable.org)

Por lo anterior, se entiende que hay diferencia entre los dos estados, VIH es el virus y SIDA es la enfermedad que causa éste virus y entre adquirir el virus y desarrollar la enfermedad transcurre un tiempo considerable. (s.a., extraído de la red Abril 15 de 2006, www.onusida.com)

“Cuando se adquiere el virus se puede estar saludable durante algunos años y sin presentar síntomas del deterioro que esta sufriendo el sistema de defensa. Éste periodo se llama asintomático ya que no se presentan síntomas.

Aunque la persona no presente síntomas y su presencia sea saludable puede transmitir la infección, se sabe que transcurridas 6 horas después de haberse infectado ya se esta en capacidad de transmitir el virus.” (s.a., extraído de la red Abril 15 de 2006, www.indetectable.org)

Cuando se empiezan a presentar síntomas de infecciones o de deterioro general de la salud se dice que se ha pasado a la etapa sintomática algunos de estos síntomas pueden ser fiebres recurrentes, pérdida de peso, sudoración nocturna, inflamación de ganglios e infecciones que se repiten con mucha frecuencia entre otros

síntomas. Y finalmente, cuando el sistema de defensa se encuentra muy mal, aparecerán muchas infecciones que no responden a los tratamientos, en algunas ocasiones algunos cánceres, y deterioro general de la salud, esta etapa se denomina SIDA. (s.a., extraído de la red, Mayo 5 2006 www.informateyprotegere.gov.co)

Las tres vías principales de transmisión son: la parenteral (transfusiones de sangre, intercambio de jeringas entre drogadictos, intercambio de agujas intramusculares), la sexual (bien sea homosexual masculina o heterosexual) y la materno-filial (transplacentaria, antes del nacimiento, en el momento del parto o por la lactancia después). (Alberola, 2001)

Con menor frecuencia se han descrito casos de transmisión del VIH en el medio sanitario (de pacientes a personal asistencial y viceversa), y en otras circunstancias en donde se puedan poner en contacto, a través de diversos fluidos corporales (sangre, semen u otros), una persona infectada y otra sana; pero la importancia de estos modos de transmisión del virus es escasa desde el punto de vista epidemiológico. (Alcamo, 2003)

El diagnóstico de la infección por VIH se puede hacer de tres maneras:

"a) Aspectos epidemiológicos: Cuando se le hace una encuesta a la persona y en ella se encuentra que ha tenido varias enfermedades de transmisión sexual (veneres), ha tenido relaciones sexuales penetrativas sin condón, ha compartido agujas.

b) Aspectos clínicos: Cuando ha tenido enfermedades que solo le dan a personas que están infectadas con el VIH como son Neumonías, sarcoma de Kaposi y algunos cánceres.

c) Aspectos de laboratorio. Cuando la persona se realiza la prueba ELISA para VIH, por la cual se diagnostica inicialmente la infección. En caso de dar POSITIVO indica que la persona está infectada con el VIH, y en caso de dar NEGATIVO indica que no está infectado con el VIH, sin embargo hay que tener en cuenta los siguientes aspectos en los resultados negativos pues puede existir un resultado de falso negativo que se debe a las siguientes causas:

- Periodo de Ventana Inmunológica: Es el tiempo que transcurre entre el momento de la infección y que la prueba ELISA se haga positiva. Un aspecto que hay que tener en cuenta es que el ELISA para VIH detecta las defensas que nuestro organismo hace contra el VIH y estas se forman en los primeros tres meses desde la infección y si la persona se hace el examen en ese periodo le va a dar un resultado falso negativo.

Otro resultado denominado INDETERMINADO, es cuando no es claro para el laboratorio definir si es positivo o negativo por lo cual hay que repetir el examen.

Todo resultado POSITIVO debe ser confirmado con una prueba más específica denominada WESTERN BLOT, que es con la cual se determina el diagnóstico.” (s.a., extraído de la red, 15 de Abril 2006, proyectoagoraclub@groups.msn.com)

Se puede decir que el SIDA es una enfermedad específicamente diferente de las hasta ahora conocidas. El SIDA tiene muchos aspectos comunes con otras enfermedades que han producido pánico en la historia: carácter contagioso, resultado fatal a largo plazo, extensión rápida hasta constituir una verdadera pandemia. Pero junto a estos caracteres, el SIDA tiene un elemento que hace de esta dolencia algo

específicamente distinto: su transmisión va ligada a menudo a comportamientos reprobados por la moral, como son el consumo de drogas, la conducta homosexual y la promiscuidad sexual. Si estableciéramos alguna comparación entre el SIDA y alguna otra enfermedad reciente, la referencia podría ser la sífilis antes del descubrimiento de los antibióticos. (Daulfi, 1987)

Perdidas Físicas

Muchas de las personas con VIH-SIDA comienzan a sentir una pérdida significativa de energía en la fase temprana de su enfermedad. En algunas ocasiones es bastante sutil, como no sentirse capaces de ejercitarse como se hacía anteriormente, o no poder subir corriendo unas escaleras o simplemente no poder estar despierto por el tiempo al que acostumbraba. La pérdida de energía es solo una de las numerosas pérdidas físicas que se pueden llegar a enfrentar en el transcurso de esta enfermedad. De acuerdo con los postulados de Aldana (2003) a medida que la gente va viviendo con la enfermedad, también experimentan deterioro mental y físico de diferentes maneras. Según Quintanilla (2003) “la prematura condición geriátrica es caracterizada por el envejecimiento rápido de una persona por múltiples infecciones relacionadas al SIDA, y puede resultar en que la PVV sienta que le han robado su juventud en meses en vez de décadas. Esta experiencia es en si sorprendente y en ocasiones enfurece a la persona que se esta tratando de adaptar a una vida con VIH.” (p. 33)

Todas las pérdidas físicas y cambios del cuerpo a causa de condiciones como neuropatías o Sarcoma de Kaposi que experimenta una persona con VIH tienen como

resultado una significativa pérdida de autonomía e independencia. Este tipo de debilidad física resulta en una entendible pérdida de la auto-confianza.

Si un individuo está sufriendo de condiciones neurológicas relacionadas al VIH-SIDA, este, puede experimentar pérdida de la memoria a corto plazo. La humillación y la vergüenza que en ocasiones acompañan a una persona con esta mortal enfermedad son la consecuencia de reconocer que el o ella está perdiendo algunas de sus facultades mentales, esto es un impacto bastante devastador. Lo anterior puede incluir la pérdida de la habilidad para manejar los propios medicamentos, cuidado personal e incluso las citas médicas. Los sentimientos que acompañan estas pérdidas son frecuentemente una mezcla de rabia y frustración, de sentirse como un niño que necesita que lo cuiden. (Quintanilla, 2003)

El SIDA puede llegar a tener un impacto importante en una persona dado a los cambios de la imagen corporal. Si una persona tiene lesiones cutáneas, o un catéter, tiene recordatorios diarios de su condición, y puede no sentirse atractivo/a. Cuando una PVV estaba acostumbrada a ejercitarse o a ser muy atlética, y comienza a experimentar pérdida del apetito o sensación de agotamiento, pérdida de peso y de masa y tono muscular, necesita, igualmente, integrar estas pérdidas a su nueva vida. La quimioterapia para el Sarcoma de Kaposi o para linfomas puede dar como resultado la pérdida del pelo. Todo lo anterior, puede causar que la PVV se sienta como una persona vieja, o por lo menos no como la persona que había construido y conocido durante toda su vida adulta. (Mulet, 2004)

Pensamientos Mortales

Por su carácter incurable, al menos hoy por hoy, hay un aspecto del SIDA que lo convierte en algo singular: por la responsabilidad moral que puede suponer el haberlo contraído y el poderlo transmitir a otras personas, se cae en cuenta de las consecuencias del ejercicio de la libertad. Además, el SIDA plantea ante nuestra civilización dos cuestiones adicionales, con una intensidad que hoy no es en absoluto frecuente: por un lado, lo inevitable de la muerte; por otro, las limitaciones de la ciencia y de la técnica, que no tienen respuesta eficaz para todo. (s.a., extraído de la red Mayo 18 2006, [www. aciprensa.com](http://www.aciprensa.com))

Según Helsing & Comstock (1981):

“Por un comprensible mecanismo psicológico, mientras exista posibilidad de curación el hombre tiende a alejar de sí la perspectiva de la muerte y basa su seguridad en la eficacia de la ciencia y de la técnica. Pero el SIDA confronta con la necesidad de admitir que la naturaleza plantea límites morales: es propio de la verdad de la libertad humana el asumir las consecuencias, a veces irreparables, de los propios actos; la muerte es la perspectiva vital de todos, y, la ciencia y la técnica no son la panacea que lo resuelva todo. De ahí el pánico

generalizado que el SIDA produce en nuestros días, y que plantea la necesidad de reflexionar sobre lo correcto o erróneo de algunos elementos culturales que configuran la mentalidad contemporánea.” (p. 801)

El SIDA ha tenido como consecuencia que muchas personas tengan que confrontar el tema de la muerte y el hecho de morir antes de lo esperado. Una muerte por SIDA es especialmente trágica ya que parte la vida de las personas en su cúspide, y muchas veces antes de que puedan cumplir sus sueños y expectativas. (Helsing & Comstock 1981)

No es inusual el percatarse de la propia mortalidad, cuando alguna persona amada muere por una enfermedad tan devastadora como el VIH-SIDA. La muerte de un ser querido en muchas ocasiones acaba con el paradigma de “tenemos suficiente tiempo”.

La mayoría de las personas en la época contemporánea viven con una ilusión de su propia mortalidad. Lo que esto significa es que, aunque intelectualmente cada persona sabe que llegará el día en que se va a morir, existe algo en cada uno de ellos que no le permite comprender que el mundo pueda continuar sin ellos. Cuando alguien cercano es diagnosticado con una enfermedad mortal, la negación de la propia mortalidad es necesariamente confrontada. Ver que la gente que se ama se enferma y se muere de SIDA tiene un efecto intrínseco en muchas personas que los fuerza a enfrentarse con la realidad de su propia mortalidad, especialmente si ellos también son PVV. (Helsing & Comstock, 1981)

El impacto de estar rodeados por personas que se encuentran en la última fase de sus vidas, o que se han muerto, puede, entendiblemente, tener como resultado para los supervivientes una tristeza muy profunda, o rabia y vulnerabilidad. Este sentimiento de fragilidad y vulnerabilidad puede ser aun más grande si el superviviente también se encuentra en riesgo de sucumbir de la misma condición que mato a sus seres queridos. (Dean & Hall, 1988)

La Perdida Por VIH-SIDA

En el caso particular de la infección por VIH-SIDA, el duelo, por lo general, comienza en el momento en el que se diagnostica el virus y continúa hasta después de la muerte de la persona amada.

Es en ocasiones muy común que el esposo, amante o amigo superviviente sienta un alivio luego de la muerte de su ser querido. Esto resulta muy cierto si el proceso de la muerte ha sido difícil y doloroso. (Berado, 1968)

A lo largo de la historia, las culturas que han poblado el planeta han considerado el homosexualismo de distinta manera. Aunque algunas de ellas son muy parecidas, las mismas culturas han incluso modificado su propio acercamiento al mismo, con el paso de los años, retomando o abandonando posturas anteriores. El impacto de tales consideraciones aún persiste de forma más o menos importante hoy día. (s.a., extraído de la red Mayo 20 2006, homestead.com/montedeoya/gay.html)

Según Dworkin & Kaufer (1995):

“Hasta hace unos pocos años, las personas homosexuales con SIDA se morían pronto y la gente solía estar preparada para ello (“ser

positivo” era casi “estar muerto”); hoy, muchos de ellos no están listos ni preparados para morir. Por ello, el proceso del duelo experimentado por hombres homosexuales que experimentan las pérdidas debido al SIDA debe entenderse como un estado de duelo crónico con pérdidas múltiples que pueden solaparse unas con otras. La experiencia de muchos hombres homosexuales urbanos es similar a la de un superviviente de una catástrofe mayor, y debe evaluarse y dirigirse dentro de este contexto. Es más, la dinámica general de ser un viudo homosexual es compleja, poco conocida y muy poco considerada. Para todos los hombres, cualquiera que sea su condición o preferencia sexual, la viudez necesita ser vista como un cambio social y fenómeno intrapsíquico.” (p. 43)

El duelo de un homosexual por la pérdida de la pareja es bastante complicado, ya que la muerte de un ser querido no es un buen momento para estar o sentirse solos. En muchos casos ellos se encuentran solos sin tener a quien recurrir, sin el apoyo de sus familias ni el de la familia de su pareja. En muchos casos por esta soledad, se sienten enojados con ellos mismos, por muchos motivos diferentes. No se dan cuenta que también están en duelo por los sueños que tenían con y por el difunto. (Martin, 1993)

Sufrir el duelo de una muerte por VIH-SIDA, para un hombre homosexual puede ser muy complicado y doloroso, porque, en muchas ocasiones, no se ha terminado de enterrar a un amigo o amante, cuando ya se está enterando que alguien cercano, e incluso también se tiene un diagnóstico del virus. Para los homosexuales

es especialmente doloroso y difícil llevar a cabo un duelo, muchas veces resultan con síndrome de fatiga crónica, o sintiéndose incapaces de llorar a cada persona individualmente. (Kubler, 1969)

El VIH-SIDA se ha convertido virtualmente en un sinónimo de pérdida. Siendo los homosexuales la comunidad más afectada por esta enfermedad no es inusual que una sola persona esté siendo afectada por la muerte de varios de sus seres queridos a la vez. Intentar llevar a cabo un duelo por varias personas a la vez complica este proceso y resulta en un período prolongado de duelo donde el superviviente puede sentirse incapaz de separar sus sentimientos hacia un amigo o amante en particular. (Martin & Dean, 2000)

Dinámica General de la Viudez

Para todos los hombres, la viudez necesita ser vista tanto como un fenómeno social como intrapsíquico. Rubinstein (1986) describió la viudez como “un rol social, producido por la transición de un estatus de casado a uno de soltero por la muerte del esposo/a. La transición a la viudez como rol social puede ser dolorosa y extraña. Intrapsíquicamente, ajustarse a una pérdida puede ser extraordinariamente doloroso y estresante.” Antes de la aparición del SIDA, muy pocos hombres homosexuales atravesando la etapa de la adultez media, conocían a otros hombres homosexuales cuya pareja había muerto. Identificarse como viudo homosexual frecuentemente ha sido complicado por la ausencia de modelos visuales. (Klein & Fletcher, 1986) Bowlby (1980) enumera tres fenómenos típicos de los adultos que pierden a su pareja. Estos son persistencia del vínculo del muerto por el superviviente, soledad

emocional y salud enferma. Aunque Rubinstein y Bowlby solo discutieron sobre los hombres heterosexuales, sus observaciones son igualmente aplicables a viudos homosexuales. Glick et al (1974) encontraron que hombres cuyas esposas han muerto, tienden a definir lo que les paso como un desmembramiento y no como un abandono. Los viudos homosexuales frecuentemente manifiestan que han perdido una parte de ellos luego de la muerte de sus parejas.

Rubinstein (1986) caracterizo a los hombres viudos mayores como exitosos o no exitosos reorganizando sus vidas luego de la muerte de sus esposas. El grupo de hombres exitosos funcionaban bien, parecían felices y se habían desconectado de su matrimonio. Los hombres no exitosos admitían varios grados de tristeza y se sentían aun casados psicológicamente incluso luego de varios años y eran incapaces de continuar con el normal funcionamiento de sus vidas. El DSM-IV afirma que: “La duración y la expresión de un duelo ‘normal’ varia considerablemente entre los diferentes grupos culturales. El diagnostico depresivo mayor no esta indicado a menos que los síntomas se mantengan 2 meses después de la perdida.” (p. 298) Heyman & Gianturco (1973) encontraron que la adaptabilidad a largo plazo del duelo es generalmente caracterizada por la estabilidad emocional, redes sociales estables, pocos cambios de vida y pocas deficiencias de salud relacionadas al duelo. Todos estos constructos son igualmente relevantes a viudos homosexuales.

Glick et al (1974) encontraron que los viudos eran mas rápidos que las viudas para comenzar a salir con otras personas y eventualmente casarse de nuevo. Algunos viudos homosexuales comienzan a salir con otros hombres cerca de la muerte de su

pareja y otros no. Los viudos que salen con otras personas describen una necesidad de poder hablar sobre sus difuntas parejas.

Asuntos Específicos a la Viudez Homosexual

Según Shernoff (2000) todos los viudos homosexuales se preguntan cuanto tiempo se es viudo, que se necesita para desarrollar una identidad de viudo, entre otras. Desde el comienzo del SIDA, muchos hombres homosexuales han vivido múltiples muertes relacionadas al SIDA. La muerte de sus parejas es un detonador para comenzar el proceso de duelo por otros amigos y seres queridos. Si el doliente es también PVV, su estado de salud, probablemente empeorara por el proceso de duelo. Si la pareja no formalizo legalmente ciertos documentos dando al superviviente poderes civiles y médicos por medio de abogados, o si no se hizo un testamento, el viudo homosexual podría ser sujeto a indignidades y pérdidas inmediatamente después de la muerte de su pareja que un hombre heterosexual no tendría. Algunas personas ven la viudez como una identidad transitoria que culmina una vez el periodo de dolencia aguda termina, o al entrar a una relación afectiva. (Varas & Toro, 2003) Para otros, la viudez es integrada a la totalidad de la persona, que es un ejemplo claro de que han entrado en una fase bastante avanzada del duelo que Bowlby (1973) describe como reorganización, caracterizada por superar la perdida y construir una nueva vida.

Helsing & Comstock (1981), demostraron que los hombres supervivientes presentan un mayor índice de mortalidad luego de la muerte de su pareja que las

mujeres. Los hombres homosexuales con VIH-SIDA, pueden estar en mayor riesgo de morir luego de la muerte de su pareja, especialmente, si la mayoría de sus conocidos y amigos han muerto previamente por la misma enfermedad.

Homofobia y Viudez Homosexual

Miller (1992) afirma que: “La sociedad ofrece pocas oportunidades para la expresión evidente del duelo en general, y aun menos oportunidad para los homosexuales. Aun mientras los homosexuales están en proceso de duelo, son sujetos a la homofobia.” (p. 155) La orientación sexual no tiene nada que ver con la dinámica del duelo, pero, las ramificaciones de la homofobia pueden complicar en gran manera el proceso de duelo de los homosexuales.

Una dinámica única a perder una pareja del mismo sexo es que este tipo de relación no está reconocida, validada o valorada universalmente. Schwartzberg (1996) afirma que “El viudo o viuda heterosexual que pierde a su pareja recibe un nivel tácito de soporte social y condolencia. Los viudos homosexuales están más predispuestos a toparse con desden, exclusión, miedo y culpa.” (p. 422) Doka (1989) explica que “el duelo desenfrenado ocurre cuando 1) la relación no es reconocida, 2) la pérdida no es reconocida, y 3) el doliente no es reconocido.”(p. 45)

No todos los viudos homosexuales experimentan el duelo desenfrenado. Cuando un individuo no ha escondido su orientación es más factible que el tenga una red de apoyo viable de individuos que jugaran un rol crucial en su duelo. El viudo que pretendió no ser homosexual y que su pareja no era más que “un compañero de

cuarto” es, definitivamente, mas susceptible a experimentar un duelo desenfrenado que otro viudo que tiene acceso a simpatía y apoyo al menos de la comunidad homosexual. (Doka, 1989) Según Dworkin & Kaufer (1995) “Todos estos factores deben ser tenidos en cuenta al redefinir el proceso de duelo e identificar los mecanismos de adaptación e intervenciones adecuadas para responder a las necesidades de los homosexuales de hoy en día.”. (p. 42) El duelo desenfrenado puede contribuir a que el viudo mantenga su relación con el difunto activa como mecanismo de defensa a que su relación sea negada. Para algunos hombres el trauma de perder a su pareja tiene el potencial de revivir sentimientos homofóbicos anteriormente resueltos que incluyen la vergüenza de ser homosexual. Una indicación de que una homofobia se ha combinado con el duelo desenfrenado es la devaluación y minimización por el superviviente. (Rápale, 2003)

Según Miller “con la experiencia de perdidas repetidas, los supervivientes homosexuales muchas veces luchan para no ser identificados como culpables” (p. 171). Cuando la culpa es internalizada y se mezcla con homofobia algunos viudos piensan que hicieron algo para merecer el dolor que están experimentando. Muchos sienten y piensan que si no fueran homosexuales no se tendrían que sentir de esa manera. El problema con esta línea de pensamientos, es que mezcla el hecho de ser homosexual con el dolor, esto, es una indicación de homofobia internalizada, en lugar de reconocer que el dolor es una respuesta apropiada luego de amar y perder al ser amado. Si el superviviente es PVV, el concepto de ser culpable puede complicar el

duelo, al combatir el interrogante de porque se esta aun vivo mientras su compañero murió de esta enfermedad.

Siegal & Hoefler (1981) y Richmond & Ross (1995) resaltaron problemas tales como la hostilidad de las familias y la exclusión de la planeacion del funeral, e incluso hasta de la ceremonia, como estresores únicos y focos de dolor que los homosexuales en muchas ocasiones se ven obligados a enfrentar inmediatamente después de la muerte de sus parejas. Los homosexuales, luego de perder a su pareja no tienen, en muchas ocasiones, el mismo apoyo que tendría a una persona heterosexual en las mismas condiciones. Esto puede tener el efecto de reforzar las dudas sobre si mismo o la baja autoestima que el viudo posiblemente ya esta experimentando a raíz de la muerte de su pareja.

Teoría del Trauma y Viudos Homosexuales

Gabriel (1996) afirmo que “las personas que viven con SIDA y sus supervivientes están surgiendo como el nuevo grupo de personas que experimentan traumas psicológicos.” (p. 6) La exposición a la muerte tanto violenta como repentina del ser amado es un evento que es considerado traumático. Un común denominador del trauma psicológico según Herman (1992) es un “sentimiento de miedo intenso, indefensión, pérdida de control y riesgo de exterminación.” (p. 33) Gabriel (1996) afirma que:

“Los viudos pueden exhibir varias respuestas emocionales como ansiedad, horror, miedo, ira, culpa, tristeza y depresión; pesadillas;

flashbacks de las imágenes estresoras; evitación de situaciones relacionadas con el estresor; dificultad para dormir, somatización de síntomas; abuso de sustancias; rendimiento social inadecuado; dificultades interpersonales; disfunción sexual, hiper sexualidad y dificultad para sostener relaciones íntimas. Los viudos homosexuales que han experimentado la muerte de sus parejas pueden exhibir uno o varios de los elementos señalados anteriormente en grados variantes de intensidad en su día a día.” (p. 8)

Como parte de su reacción al duelo, algunos individuos en duelo presentan síntomas característicos de un episodio depresivo mayor o síndrome de estrés post traumático. De igual manera, el individuo en duelo típicamente percibe el estado de ánimo depresivo como normal. (DSM-IV, 2003) Experimentar recuerdos vividos de un evento traumático es uno de los síntomas mas vistos en supervivientes de traumas.

La gran mayoría de los viudos pueden describir el momento exacto en el que su pareja murió, o el momento en el que fueron avisados de la muerte de su pareja incluso después de varios años. Los viudos homosexuales deben trabajar en terapia una forma que valide la naturaleza traumática de la pérdida, con el fin de ayudarlos a recuperar un equilibrio emocional. (Laudos, 1993) Dworkin & Kaufer (1995) aconsejaron a los profesionales que atienden viudos homosexuales que se concentren en el bajo autoestima, identidad personal e imagen corporal, además de reestablecer el significado de la vida.

Apoyo Social y Recuperación del Duelo

Las investigaciones de Danielli, (1985), Bankoff, (1986) y Figley, (1986) demuestran que un apoyo social inadecuado contribuye al desarrollo de reacciones traumáticas y estresantes luego de cualquier evento traumático de la vida y que un apoyo social deficiente ha sido asociado con una pobre recuperación del duelo. Vachon et al (1982) encontraron que la ausencia de apoyo social esta directamente relacionada con altos niveles de ansiedad y tristeza hasta dos años luego de la muerte del compañero. Aunque se presume que los autores citados anteriormente se referían exclusivamente a heterosexuales, la experiencia de varios expertos en el área de psicología clínica consultados, afirma que sus encuentros pueden ser extrapolados como pertinentes a viudez homosexual. Apoyando lo anterior esta la investigación de Lennon et al (1990) que afirma que la cantidad de apoyo social a la que tenga acceso un homosexual luego de la muerte de su pareja a causa del SIDA, se relaciona directamente en la forma en la que se recupera de este evento.

Según Shernoff (2000), varios estudios de supervivientes de situaciones traumáticas relacionadas con muertes por SIDA sugieren que la respuesta de la comunidad, fuera del grupo cercano, es un recurso emocional importante para aquellos que sobreviven a una experiencia traumática. Cuando un viudo hace parte de una minoría sexual que no tiene aceptación ni apoyo social, su trauma tiene el potencial de ser exacerbado. Herman (1992) encontró que el apoyo de la comunidad es una ayuda enorme para reparar la herida infligida por un evento traumático. Las comunidades deberían tener grupos especializados para brindar apoyo a aquellos

individuos homosexuales que han perdido a un ser querido a causa de esta enfermedad SIDA.

Sobrepasando el Duelo

Los modelos teóricos predominantes en el área de la pérdida y el duelo son modelos de periodos, que describen varias fases de respuestas emocionales. Bowlby (1980) propuso cuatro fases del duelo que incluyen shock, búsqueda, depresión y reorganización y recuperación. Wortman et al (1989) investigaron si en realidad existe cualquier evidencia empírica que sostenga una teoría de fases de recuperación ante la muerte de un ser querido. Ellos descubrieron que la información disponible no sustentaba, y en ocasiones contradecía, la teoría de las fases. Mientras que algunas personas pueden seguir patrones esperados, otros no. Muchos hombres no necesariamente proceden en el desarrollo de la viudez de una manera lineal, en ocasiones experimentan aspectos de más de una fase simultáneamente, y frecuentemente van de una etapa a otra, sin seguir un orden específico.

La muerte de la pareja es una de las causas por las cuales las personas comienzan psicoterapia. Muchos hombres sienten que la necesidad de hablar sobre su evolución y dolor es más de lo que sus amigos pueden tolerar. Es importante anotar que la terapia individual tradicional, aunque muy efectiva, en ningún momento es la única manera apropiada en la que los profesionales de la salud pueden ayudar y asistir a un homosexual durante el periodo seguido a la muerte de su pareja. (Shernoff, 1989, p. 16)

Según Beregan (2000), remitir a los viudos homosexuales a un grupo específico de duelo es otro tipo de intervención. Psiquiatras, psicólogos y trabajadores sociales tienen que estar preparados para asumir un rol terapéutico de apoyo que puede trascender a la psicoterapia tradicional, mientras ofrecen esperanzas para el futuro. Esto se convierte en una necesidad terapéutica, especialmente si el viudo es el último miembro superviviente de un grupo de apoyo y el terapeuta es prácticamente la única persona con la que comparte su historia. Una característica entendible y típica de enterrar al ser amado es la rabia intensa, ya sea hacia la injusticia de la vida, hacia Dios, hacia la causa de la muerte, hacia el difunto o solo por estar en la condición inevitable de recoger las piezas y continuar con la vida. Reconocer que existen numerosas buenas razones para estar enojado, expresar e integrar esta rabia son componentes esenciales para adaptarse a la viudez. La rabia de los viudos homosexuales es activada por las reacciones homofóbicas y la insensibilidad hacia su pérdida, y necesita ser validada por los profesionales que trabajen con ellos. (Shernoff, 2000)

CONCLUSIONES

Invariablemente, cada viudo se pregunta si esta haciendo las cosas correctamente. Los profesionales de la salud mental deben recordarles a sus clientes que no hay una manera correcta o incorrecta para sobrellevar el proceso del duelo y de continuar con su vida luego de la muerte de su pareja. La única cosa incorrecta para hacer es evitar los sentimientos dolorosos que deben ser experimentados. En nuestra sociedad existen mitos culturales bastante poderosos, acerca de cómo llevar a cabo el proceso de manera “correcta”. Estos mitos tocan varios aspectos del duelo como, cuanto tiempo es sano estar en duelo, que sentir, que no sentir, como comportarse, cuando demostrar ciertos sentimientos, con quien compartir los sentimientos, entre otros. Los dolientes se enfrentan a muchas directrices indirectas acerca de cómo se debe conducir su duelo.

Los mitos que hacen referencia a como llevar un duelo correctamente no siempre son verdaderos. Wortman et al (1989) sugirieron que muchas de las hipótesis mas básicas sobre cómo las personas se acoplan a la perdida, en muchas ocasiones no se parecen a las experiencias reales de las personas. Entre las hipótesis que cuestionaron están: “1) ¿Es la depresión una consecuencia inevitable de la perdida? 2) ¿La ausencia de la depresión indica una respuesta patológica? y 3) ¿Tiene una persona que trabajar el duelo para ser curado?” (p. 250)

Los hallazgos clínicos de los autores consultados confirman que la depresión es, aunque no siempre, una consecuencia de perder a la pareja y que la ausencia de la

misma, bajo ninguna circunstancia indica una forma patológica de duelo, y, que todas las pérdidas significativas, en efecto, necesitan trabajarse para resolver esa parte inevitable de la vida.

Schwartzberg (1996) sugirió que en la cultura occidental muchas personas siguen un camino similar al vivir el duelo. El individuo responde con depresión y dolor por un periodo discreto que puede durar por un par de años, y luego, gradualmente, retorna a su nivel de funcionamiento previo. Aunque, también anoto que una cantidad considerable de personas no siguen este camino. Los profesionales de la salud mental, deben estar atentos a recordarles a sus clientes que existen múltiples maneras de llevar a cabo el duelo por su pareja. Algunas personas tienen un duelo prolongado, mientras que otros, viven el duelo por un corto periodo de tiempo. Reaccionar diferente a lo que indica la cultura, al durar un poco más en duelo, por ejemplo, o muy poco, no significa que la respuesta no es sana. Según Schwartzberg (1996) “Las personas varían en gran manera en la manera en la que responden a una calamidad significativa de la vida; la ausencia de caos puede, simplemente, reflejar otro estilo ‘normal’ de responder” (p. 82)

Para la mayoría de personas en duelo, el seguir adelante con su vida luego de los cambios dolorosos que conlleva una pérdida, es la tarea mas complicada de alcanzar. Cuando un amante muere, la pérdida obliga al superviviente a entrar en un mundo donde sus estructuras habituales de vida diaria desaparecen en un mundo lleno de confusión, desorganización y ansiedad que no existían antes de la muerte de su pareja. Un nuevo orden debe ser construido. (Miller, 1992, p. 158)

Sobrevivir a la muerte de la pareja es una experiencia emocional devastadora. Aunque, algunas personas emergen del proceso de duelo con ganancias inesperadas. Por ultimo, la viudez es simultáneamente un periodo de crisis y resolución, un tiempo de transición y reflexión tanto en el pasado como en el futuro, y un tiempo para pensar en un nuevo comienzo. Cuando el estresor y las dinámicas a las que se ven enfrentados los viudos homosexuales son correctamente evaluadas y atendidas de manera apropiada y sensible, los profesionales de la salud mental tienen el potencial de ser recursos invaluableles durante este periodo de gran cambio.

La pérdida del compañero homosexual posee varios factores que pueden afectar adversamente el resultado del duelo, Uno de ellos es la ausencia de reconocimiento de la condición, ya que la viudez homosexual no se reconoce universalmente, ni se valida o valora. Cuando hablamos de viudos homosexuales, hablamos de un grupo olvidado de viudos por ende el tipo de relación que llevaba el viudo con su pareja es un factor que también puede afectar el duelo dependiendo de si era una relación reconocida socialmente o enmascarada. Otro de los factores de gran importancia en el proceso del duelo homosexual es la estigmatización ya que aun cuando las condenas históricas han desaparecido en gran parte, el homosexualismo, tanto si es oculto como manifiesto, puede estigmatizar gravemente al sobreviviente.

Los supervivientes experimentan menos apoyo social que sus contrapartes heterosexuales y sienten mas necesidad de comprensión que en otras muertes; la vergüenza asociada a la estigma es uno de los sentimientos mas difíciles de sobrellevar. La baja auto estima y vergüenza de ser homosexual, en ocasiones es uno

de los factores que mas afectan el duelo homosexual ya que el reproche se integra a la homofobia personal, y el efecto de esto sobre la autoestima es bastante notable.

Los viudos homosexuales sienten rabia hacia la familia nuclear del difunto, hacia el hecho de ser homosexual, rabia al saber que probablemente también fueron infectados por el difunto, y hasta con ellos mismos por haber ocultado el hecho de ser homosexuales, en algunos casos. Existe también un trauma persistente y continuado que afecta el proceso de duelo homosexual, dependiendo en parte del seroestatus y el sentimiento de culpa por sobrevivir. El miedo es muy frecuente, tanto por lo anterior como por el reconocimiento de los propios sentimientos autodestructivos, incluso arrastra con ellos una sensación de destino o predestinación.

Los viudo homosexuales casi intrínsecamente sufre un aislamiento social severo y una red de apoyo que ira desapareciendo de forma mas pronunciada que en otros duelos por lo cual existe en ello un sentimiento de traición y abandono. En muchos casos los supervivientes de una perdida por SIDA sienten una limitación de los métodos de expresión del dolor por conspiración del silencio.

Con frecuencia puede darse el pensamiento distorsionado o la necesidad de ver la muerte del compañero no como una muerte por SIDA, sino como una muerte accidental, por cáncer, creándose así un patrón de comunicación distorsionada en las familias y el entorno social. La familia crea así un mito a lo que realmente le ocurrió a la victima, y si alguien cuestiona la muerte llamándola por su nombre real, produce un gran enojo y rechazo de los demás, aquellos que necesitan verla como una muerte

accidental o natural. Así, es frecuente que los miembros de la familia oculten la causa de la muerte y sepan quien sabe y quien no la verdad.

Las pérdidas múltiples que debe enfrentar un homosexual, son el factor que, según Osterweis & Solomo (1992) y Sowell et al (1991) mas afecta la viudez homosexual ya que esto implica confrontaciones extensas, progresivas, acumulativas y traumáticas.

Referencias

- Alberola, I. (2001) *El SIDA: medicina y ética*. Madrid: Editorial Palabra, 17-23
- Alcama, I. (1993) *AIDS, the biological basis*. Iowa: Wm. C. Brown Publishers, 34-35
- Aldana, B (2003) Recomendaciones para pacientes portadores del virus del SIDA. *Iladiba: medicina para el medico del nuevo milenio*, (17), 52-54
- Bankoff, E. (1986) *Peer support for widows: Personal and structural characteristics related to its provision*. Washington, D.C.: Hemisphere, 7-11
- Berado, F. (1970) *Survivorship and social isolation*. Boise: Basic Books, 47
- Bergeron, J. & Handley, P (2000) *Bibliography on AIDS-related bereavement and grief*. *Death Studies* (vol. 16) Jacksonville: The Free Press, 51
- Bowlby, J. (1973) *Attachment and Loss: Separation Anxiety and Anger* (vol.2) Nueva York: Basic Books, 51-53
- Bowlby, J. (1980) Childhood mourning and its implications for psychiatry. *American Journal of Psychiatry*, (8), 481-498.
- Cass, V. (2005) Homosexual identity formation: A theoretical model. *Journal of Homosexuality* (3), 219-235.
- Danieli, Y. (1985) *Trauma and Its Wake: The Study and Treatment of Post-Traumatic Stress Disorder*. Nueva York: Brunner/Mazel, 33
- Daufi, L. (1987) *La enfermedad hoy*. Barcelona: Editorial Salvat, 189
- Dean, L. & Hall W. (1988) Chronic and intermittent AIDS-related bereavement. *Journal of Palliative Care* (4), 54-57.

- Doka, K. (1989) *Disenfranchised Grief: Recognizing Hidden Sorrow*. Lexington: Lexington Books, 45-60
- Dworkin, J. & Kaufer, D. (1995) *Social services and bereavement in the gay and lesbian community*. Nueva York: Harrington Park Press, 40-43
- “El SIDA.” Disponible en red: [www.aciprensa.com, extraído el 18 de Mayo 2006]
- Figley, C. (1986) *Traumatic stress: The role of the family and social support system*. Nueva York: Brunner/Mazel, 11-13
- Gabriel, M. (1996) *AIDS Trauma and Support Group Therapy*. Nueva York: The Free Press, 6-14
- Glick, I., et al (1974) *The First Year of Bereavement*. Nueva York: John Wiley & Sons, 153-160
- Harry, J. (1984) *Gay Couples*. Nueva York: Praeger, 5-14
- Harry, J. & DeVall, W. (1978) *The Social Organization of Gay Males*. Nueva York: Praeger, 143-147
- Helsing, K. & Comstock, G (1981). Factors associated with mortality after widowhood. *American Journal of Public Health* (71), 802-809.
- Herman, J. (1992) *Trauma and Recovery*. Nueva York: Basic Books, 23-33
- Heyman, D. & Gianturco, D (1973). Long term adaption by the elderly in bereavement. *Journal of Gerontology* (28), 359-362.
- “Información Básica sobre VIH-SIDA.” Disponible en red [ProyectoAgoraClub@groups.msn.com, extraído el 15 de Abril 2006]
- Jay, K. & Young, A. (1977) *The Gay Report: Lesbians and Gay Men Speak Out: Sexual Experiences and Lifestyles*. Nueva York: Summitt, 57

- Klein, S. & Fletcher, W. (2003) Gay grief: An examination of its uniqueness brought to light by the AIDS crisis. *Journal of Psychosocial Oncology*, (4), 15-25.
- Kubler-Ross, E. (1969) *On Death and Dying*. Nueva York: Macmillan, 51-67
- Laudos, M (1993) *Ética Clínica: fundamentos y aplicaciones*. Santiago: Universidad Católica de Chile, 3-7
- Lennon, C., et al (1990) The influence of social support on AIDS-related grief reactions among gay men. *Social Science Medicine*, (31), 477-484.
- Martin, J. (1993) Psychological consequences of AIDS-related bereavement among gay men. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, (6), 856-862.
- Martin, J. & Dean, L (2000). Effects of AIDS-related bereavement and HIV-related illness on psychological distress among gay men: A 7 year longitudinal study, 1985-1991. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, (61): 94-103.
- McWhirter, D. & Mattison, A. (1994) *The Male Couple: How Relationships Develop*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall, 27-37
- Mendola, M. (1980) *The Mendola Report: A New Look at Gay Couples*. Nueva York: Crown, 100-103
- Miller, S. (1992) *AIDS: Intervening with Hidden Grievors*. Westport: Auburn House, 155-177
- Mulet, T. (2004) La infección por el VIH/SIDA y atención primaria. *Atención Primaria*, (33), 27-28
- Osterweis, M. & Solomon, R. (1992) *Bereavement: Reactions, Consequences and Care*. Washington, D.C.: National Academy Press, 113

- Parkes, C. (2001) *Bereavement: Studies of Grief in Adult Life*. Nueva York: International Universities Press, 22-29
- Quintanilla, B. (2003) La fractura mental: lo que ignoramos del SIDA. *Istomo: Empresa. Humanismo. Etica*, (45, no. 265), 30-33
- Raphael, B. (2003) *The Anatomy of Bereavement*. Nueva York: Basic Books, 32
- Richmond, B. & Ross, M. (1995) *Death of a partner: Responses to AIDS-related bereavement*. Chester: John Wiley & Sons, 57-85
- Rubinstein, R. (1986) *Singular Paths: Old Men Living Alone*. Nueva York: Columbia University Press, 5-8
- Scala, J. (2005) Uniones homosexuales y derechos humanos. *Persona y bioética*, (9), 86-100
- Schwartzberg, S. (1992) *A Crisis of Meaning: How Gay Men Are Making Sense of AIDS*. Nueva York: Oxford University Press, 417-422
- Schwartzberg, S. (1996) AIDS-related bereavement among gay men: The inadequacy of current theories of grief. *Psychotherapy*. (3), 422-429.
- Shernoff, M. (2000) *Gay Widowers: Grieving in Relation to Trauma and Social Supports*. Nueva York: Plenum Publishing Corporation, 7-20
- Shuchter, S. (1993) *Dimensions of Grief: Adjusting to the Death of a Spouse*. San Francisco: Jossey-Bass, 105-121
- Silverstein C. (1981) *Man to Man: Gay Couples in America*. Nueva York: Morrow, 7-17

Sowell, R., et al (1991) The lived experience of survival and bereavement following the death of a lover from AIDS. *Image: The Journal of Nursing Scholarship* (2), 89-93.

Spada, J. (1979) *The Spada Report: The Newest Survey of Gay Male Sexuality*. Nueva York: Signet, 77-79

Vachon, M., et al (1982) Correlates of enduring distress in bereavement: Social network, life situation and personality. *Psychological Medicine*. (12), 783-788.

Varas, N. & Toro, J. (2003) Políticas públicas relacionadas con el VIH/SIDA: tensión entre las necesidades individuales y colectivas. Una agenda de trabajo para la psicología en América Latina. *Revista Latinoamericana de Psicología*, (35, no. 2), 195-206

“VIH y SIDA lo que usted debe saber.” Disponible en red: [www.indetectable.org, extraído el 15 de Abril 2006]

Wortman, C., et al (1989) The myths of coping. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. (57), 349-357.

www.aidsinfo.vih.gov, Abril 15 2006

www.criancy.org/espanol, Abril 15 2006

www.gtt-vih.org/betaespanol, Mayo 18 2006

www.opal.org, Mayo 18 2006

www.positive.org, Mayo 16 2006

www.onusida.com, Abril 15 2006