

**PROCESO DE DUELO EN HOMBRES QUE TIENEN SEXO CON HOMBRES
COMO RESPUESTA AL DIAGNOSTICO DE VIH/SIDA**

**RICHARD ALFONSO BEJARANO CRUZ
CHRISTIAN TORRES JARAMILLO**

**UNIVERSIDAD DEL VALLE
INSTITUTO DE PSICOLOGÍA
PROGRAMA ACADÉMICO DE PSICOLOGÍA SEDE PALMIRA
PALMIRA
2011**

**PROCESO DE DUELO EN HOMBRES QUE TIENEN SEXO CON HOMBRES
COMO RESPUESTA AL DIAGNOSTICO DE VIH/SIDA**

**RICHARD ALFONSO BEJARANO CRUZ
CHRISTIAN TORRES JARAMILLO**

**Trabajo de grado presentado como requisito parcial para optar por el título de
Psicólogos**

**Director
PS. Diego Correa Sánchez**

**UNIVERSIDAD DEL VALLE
INSTITUTO DE PSICOLOGÍA
PROGRAMA ACADÉMICO DE PSICOLOGÍA SEDE PALMIRA
PALMIRA
2011**

NOTA DE ACEPTACIÓN

DIRECTOR DE TRABAJO DE GRADO

JURADO

JURADO

PALMIRA____ MES____ AÑO____

DEDICATORIAS

El presente Trabajo de Grado es un esfuerzo en el cual, directa o indirectamente, participaron varias personas leyendo, opinando, corrigiendo, teniéndonos paciencia, dando ánimo, acompañando en los momentos de crisis y en los momentos de felicidad.

“A mi madre Esther Cecilia Jaramillo y a mi hermano Sebastián Torres que me acompañaron en esta aventura que significó el pregrado y que, de forma incondicional, entendieron mis ausencias y mis malos momentos.”

Christian

“A mi familia Blanca, Johana, Valeria, Ana María, Alfonso y Roberth por ser mi principal inspiración, a Alejandro por estar en mi presente y mi futuro y a las seis personas que abrieron su corazón y contaron su historia para hacer posible este proyecto.”

Richard

AGRADECIMIENTOS

A Dios quien nos brindó la fortaleza y guía necesarias para llevar a feliz término nuestra meta.

A nuestras familias y amigos quienes nos supieron entender y nos apoyaron en cada etapa de nuestra carrera.

A nuestros participantes, los cuales han sido los sujetos principales de nuestro trabajo de investigación y proporcionaron todos los elementos necesarios para llevar a cabo este proyecto.

A nuestra Universidad del Valle que nos acogió como estudiantes.

Al instituto de Psicología, por el soporte institucional dado para la realización de esta investigación.

A Diego Correa nuestro director de trabajo de grado quien fue la persona que nos orientó para realizar nuestro trabajo con sus aportes y sugerencias.

A Nuestros jurados por los aportes y direccionamiento en el proceso de construcción de esta investigación.

Gracias a todos.

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN, 10

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA, 12

2. JUSTIFICACIÓN, 13

3. ANTECEDENTES, 17

4. OBJETIVOS, 20

4.1 Objetivo general, 20

4.2 Objetivos específicos, 20

5. MARCO TEÓRICO, 21

5.1 Conceptos Básicos Sobre VIH/sida, 21

5.2 Hombres que tienen sexo con otros Hombres (HSH), 30

5.3 Impacto Emocional del Diagnóstico de VIH/Sida, 38

5.3.1 La Depresión, 39

5.3.2 El Estrés, 40

5.4 Impacto del diagnóstico en las interacciones personales, 42

5.5 El Proceso de Duelo, 43

6. MÉTODO, 50

6.1 Tipo de estudio, 50

6.2 Diseño de investigación, 50

6.3 Participantes, 51

6.4 Criterios de inclusión, 53

6.5 Criterios de exclusión, 54

6.6 Categorías de Análisis, 55

6.7 *Instrumento*, 56

6.8 *Procedimiento*, 57

6.9 *Consideraciones éticas*, 58

7. RESULTADOS, 59

7.1 *Pérdidas*, 59

7.1.1 Pérdidas asociadas a la salud, 59

7.1.2 Pérdidas afectivas, 60

7.1.3 Pérdidas en el plano laboral, 62

7.1.4 Pérdidas relacionadas con la autoimagen, 62

7.2 *Aspectos emocionales*, 63

7.2.1 Depresión, 63

7.2.2 Estrés y ansiedad, 64

7.2.3 Ideas suicidas, 65

7.2.4 Sentimientos de culpa, 66

7.3 *Apoyo percibido*, 67

7.3.1 Apoyo familiar, 67

7.3.2 Apoyo de pares, 68

7.3.3 Apoyo de Grupos, 69

7.3.4 Apoyo percibido del equipo de salud y rol del psicólogo, 69

7.4 *Estrategias de Afrontamiento*, 71

7.5 *Categorías emergentes*, 73

8. DISCUSIÓN, 75

9. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES, 82

REFERENCIAS, 85

LISTA DE CUADROS

- Cuadro 1. Número de personas con VIH, 13
- Cuadro 2. Número de personas con SIDA, 14
- Cuadro 3. Casos notificados de VIH, 26
- Cuadro 4. Prevalencia de infección por VIH entre HSH en América latina, 27
- Cuadro 5. Casos notificados de VIH/sida/muerte relacionada con el VIH/sida, 28
- Cuadro 6. Etapas del proceso de elaboración del duelo, 48
- Cuadro 7. Caracterización psicosocial de los participantes, 52
- Cuadro 8. Criterios de inclusión en la investigación, 53

LISTA DE ANEXOS

ANEXO 1. PREGUNTAS GUÍA DE LA ENTREVISTA EN PROFUNDIDAD

ANEXO 2. TEMAS DE LA ENTREVISTA EN PROFUNDIDAD

ANEXO 3. DECLARACIÓN PARA EL CONSENTIMIENTO INFORMADO

INTRODUCCIÓN

La pandemia del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y su manifestación clínica final, el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) continúa creciendo en el mundo. Según datos del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA – ONUSIDA, en inglés UNAIDS (2009), desde su aparición el VIH/sida se ha convertido en uno de los problemas de salud pública más difícil de manejar por los estados, en particular en regiones subdesarrolladas del mundo, donde el virus se propaga rápidamente, pues los altos costos de los tratamientos dificultan el acceso de las personas a una cobertura integral del tratamiento de esta patología. Según ONUSIDA (2009), para el 2008, se estimaba que 33.4 millones (oscila entre 31.1 millones a 35.8 millones) de personas estaban viviendo con VIH/sida, y se han registrado por esta causa, aproximadamente 2.0 millones de fallecimientos. La región del mundo más afectada por la pandemia continua siendo el África sub - sahariana que contaba para este año con 22.4 millones de personas infectadas, seguido por el sudeste asiático con 3.8 millones de casos reportados. En el Caribe, el caso más significativo es el de Haití, donde se estima que alrededor del 2,2% de su población, diez millones de habitantes, está afectada por el VIH/sida. En Latinoamérica se han registrado 2.0 millones de casos, del total registrado por ONUSIDA (2009), de los cuales, al menos el 52% corresponde a hombres y el 40% del total de los afectados son personas jóvenes (15-24 años). De la situación en Latinoamérica da cuenta ONUSIDA (2010) cuando menciona que:

Con una prevalencia regional del VIH del 0,6%, América Latina alberga principalmente epidemias concentradas y de bajo nivel. Los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres representan la mayor parte de las infecciones en América Latina, si bien hay una notable carga de infección entre los usuarios de drogas inyectables y los profesionales del sexo y sus clientes. Sin embargo, sólo una pequeña fracción de los gastos relativos a la prevención del VIH en la región se destina a programas de prevención que se centran específicamente en estas poblaciones. La carga del VIH parece estar en aumento en las mujeres de América Central (p. 6).

Más que fríos datos estadísticos, se habla de millones de personas y familias que afrontan el reto de vivir con una enfermedad con múltiples connotaciones sociales, con

un impacto en la vida de los individuos y su contexto social, por lo que desde la Psicología clínica y de la Salud, se convierte en un área de interés para el trabajo psicológico, pues aunado a una intervención multidisciplinar, redundará en el mejoramiento de calidad de vida de las personas afectadas y su familia.

La infección por VIH se puede considerar una condición específica de salud que no necesariamente es mortal, pero que afecta la calidad de vida, la autoimagen, las relaciones interpersonales, el proyecto de vida, la percepción de salud, entre otros aspectos, de las personas que viven y conviven con VIH/sida (PVVS). Este trabajo investigativo pretende abordar la significación que hace un grupo de hombres que tienen sexo con hombres (HSH) del diagnóstico de VIH/sida recibido en el último año e indagar como esté afecta diversas esferas de su vida. Se considera el primer año como una etapa crucial para desarrollar estrategias que faciliten el afrontamiento y aceptación de la nueva condición de salud o para que, creencias erróneas ligadas a una mala información, no permitan afrontar adecuadamente la situación.

Para conocer cómo viven los HSH el proceso de duelo como respuesta al diagnóstico de VIH, se propuso realizar esta investigación de corte cualitativo, la cual basándose en entrevistas a profundidad, recolecto información pertinente de la forma en la que seis HSH vivieron el proceso de duelo, lo que permitió caracterizar este proceso, lo que permitiría extrapolar los resultados obtenidos en esta investigación a otros HSH.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los avances en el tratamiento de la infección por VIH han aumentado notoriamente la expectativa de vida de las personas afectadas, pasando de ser considerada una enfermedad mortal a una enfermedad crónica, lo que enfrenta a las personas que viven con VIH/sida a nuevos retos y expectativas, pues deben continuar su vida, introduciendo los cambios inherentes a esta patología y que redundan en su calidad de vida. Se puede suponer que algunos de los principales retos que deben asumir los HSH, hacen referencia al estigma y discriminación percibido, al establecimiento de relaciones afectivas, la vivencia de la sexualidad de manera segura, el inicio de la terapia antirretroviral, los efectos adversos de la medicación, la decisión de contar o no su diagnóstico a parejas sexuales ocasionales, etc.

Muchos interrogantes por responder surgen cuando una enfermedad crónica como lo es el VIH llega a la vida de las personas: ¿Es preciso contarle a mi familia?, ¿Es necesario que mi pareja sexual lo sepa?, ¿Seré rechazado si alguien se entera de mi diagnóstico? ¿Cuándo tendré que tomar medicamentos y cuáles serán sus efectos secundarios? Adicional a lo anterior, el que sea el VIH una enfermedad de transmisión generalmente sexual, produce un estigma interno y externo, pues se suele asociar a comportamientos promiscuos o a un castigo por mantener relaciones sexuales con otros hombres.

El conocer los aspectos psicosociales más relevantes implícitos en el proceso de duelo de los HSH como respuesta al diagnóstico de VIH, facilita las estrategias de intervención psicosociales, logrando una mejor adaptación a esta nueva condición en la vida de las personas afectadas.

2. JUSTIFICACIÓN

Colombia es uno de los países latinoamericanos con mayor prevalencia de casos notificados de VIH/sida. El primer caso se reportó en 1984, y según datos del Observatorio del Ministerio de la Protección Social (2010), para el año 2009, el número de nuevos casos reportados de infección por VIH/sida fue de 6.780 personas, con lo que en el país contaba para este año con un total de 71.509 de personas con diagnóstico positivo. Es necesario aclarar que ya en el año 2007 se tenía estimado que cerca de 250.000 personas estaban viviendo con VIH en Colombia; la diferencia entre el reporte oficial y los datos estimados radica en la problemática del subregistro lo cual dificulta estimar cifras reales de la situación de la epidemia en el país. Algunos estimados daban cuenta que para el año 2006, por cada 100.000 habitantes, 8,2 vivían con VIH/sida (Ochoa, 2009)

Entre los años 1983 y 2007, en el Valle del Cauca, ya se habían registrado 11.500 casos de VIH/sida, siendo para este último año, el segundo departamento con más número de casos reportados del país. En el Valle del Cauca, la situación continua siendo preocupante, pues teniendo en cuenta los datos estadísticos del Observatorio Nacional para VIH del Ministerio de la Protección Social, el Valle del Cauca sigue siendo una de las tres regiones del país con mayor número de personas afectadas por el VIH y el sida, tal y como se muestra en las Tablas 1 y 2, por lo que las intervenciones multidisciplinarias para dar respuesta a esta patología continúan siendo prioritarias.

Cuadro 1. Número de personas con VIH

Distribución por departamento y periodo – total

Departamento/región	Año				
	2005	2006	2007	2008	2009
Antioquia	1518	4319	3449	4186	4541
Bogotá	923	4756	5629	8456	9212
Valle	5713	4192	3367	5619	5425

Fuente: Base de datos VIH del Sivigila. INS-MPS.

Procesamiento: Observatorio Nacional de VIH. MPS. 18 Feb. 2010.

Cuadro 2. Número de personas con SIDA

Distribución por departamento y periodo – total

Departamento/región n	Año				
	2005	2006	2007	2008	2009
Antioquia	1286	2735	3276	3539	4124
Bogotá	764	1904	4775	5961	6113
Valle	1499	2855	3713	4969	3705

Fuente: Base de datos VIH del Savigila. INS-MPS.

Procesamiento: Observatorio Nacional de VIH. MPS. 18 Feb. 2010.

El impacto en la salud mental derivado de este diagnóstico es considerable, por lo que se requiere de un acompañamiento psicosocial que responda a las demandas de las personas afectadas y de su contexto social. La adecuada asesoría psicológica post test positivo, basada en las necesidades reales de los pacientes, es determinante para facilitar que las personas que viven con VIH/sida asuman estrategias de afrontamiento positivas y elaboren un proceso adecuado de duelo que redunde en beneficio de su calidad de vida.

Según el Informe Nacional Sobre los Progresos Realizados en la Aplicación del United Nations General Assembly Special Session in HIV/AIDS –UNGASS (2008), realizado por el Ministerio de la Protección Social para ONUSIDA, la proporción hombre/mujer, ha aumentado, teniendo en cuenta que en 1998, la proporción era 1:3.8 (una mujer por cada 3.8 hombres con VIH/sida) y en el año 2007, se calculaba esta proporción en 1:1.8, por lo que las campañas de promoción, prevención y respuesta al VIH/sida, dirigidas a las mujeres cobran cada vez más relevancia, por lo que ONUSIDA (2010) propone un plan operativo que permita establecer estrategias que reduzcan la vulnerabilidad de las mujeres al VIH, como avances en esta temática menciona que:

Los países han asumido diversos compromisos mundiales y regionales para abordar las necesidades y derechos de las mujeres y niñas, como parte de respuestas eficaces al VIH y dentro del contexto más general de la Carta de las Naciones Unidas (1945) y la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948). Entre los acuerdos internacionales que tratan cuestiones relacionadas con la mujer, la igualdad de género, la salud y los derechos humanos figuran la Declaración y Programa de Acción de Viena (Conferencia Mundial sobre los Derechos Humanos,

1993), el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (1994) y la Declaración y Plataforma para la Acción de Beijing (1995), así como instrumentos internacionales de derechos humanos, y convenciones y convenios regionales, como el Convenio sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) (1979) y su Protocolo Opcional de 1999, y el Protocolo sobre los Derechos de las Mujeres en África de la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos (2005). Asimismo, los países se han comprometido a ampliar progresivamente sus respuestas a la problemática del sida y las mujeres a través de la Declaración de Compromiso sobre el VIH/sida (2001) y la Declaración Política sobre el VIH/sida (2006), la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas y los Objetivos de Desarrollo del Milenio (2000), reconociendo la necesidad de incrementar la asignación de recursos y la generación de capacidad. Estos compromisos proporcionan una base sólida para reforzar la respuesta multisectorial en el tema de las mujeres, las niñas y la igualdad de género mediante la creación de entornos propicios que defiendan los derechos humanos de las mujeres y atiendan a las necesidades de las mujeres que viven con el VIH, además de centrarse en planteamientos globales de prevención del VIH, salud sexual y reproductiva y violencia contra las mujeres. (pp. 1,2)

En Colombia, de acuerdo con datos del Observatorio Nacional de VIH del Ministerio de la Protección Social (2010), se evidencia un incremento progresivo de la infección por VIH en mujeres. Si bien es cierto que el número de casos reportados de mujeres monógamas ha aumentado, la epidemia aún se concentra en grupos de alta vulnerabilidad: trabajadores y trabajadoras del sexo, hombres que tienen sexo con hombres (HSH), con una mayor incidencia en el grupo de HSH. Debido a que los primeros casos reportados de VIH/sida fueron detectados en varones homosexuales, se empezó a asociar la enfermedad sólo con este grupo poblacional, lo que implicó una nueva estigmatización pero también favoreció a que las campañas iniciales fueran diseñadas para dar respuesta al impacto del VIH y evitar su propagación en estas personas. Sin embargo, por la “feminización” de la epidemia, actualmente se ha puesto mayor énfasis en las campañas dirigidas a las mujeres, lo que puede favorecer la vulnerabilidad de los HSH frente al VIH.

Como se mencionó anteriormente, la noticia del diagnóstico de una enfermedad que aunque crónica, todavía es altamente estigmatizante, genera sentimientos de pérdida, cambios emocionales y una resignificación de la realidad; estos factores pueden ser

desestabilizantes para la vida de las personas afectadas y necesariamente implican la elaboración de un proceso de duelo que le permita al sujeto acomodarse a esta nueva situación vital. El caracterizar como vive un grupo de HSH, el proceso de duelo, asociado al diagnóstico de VIH, permitirá un mejor acompañamiento psicológico encaminado a que el sujeto elabore de forma positiva un proceso de duelo.

3. ANTECEDENTES

En la preparación de esta investigación se revisaron antecedentes relacionados con la problemática del VIH en HSH en Colombia y América Latina. Principalmente las investigaciones se centran en los comportamientos de riesgo que asumen los HSH en las relaciones sexuales y que favorecen la transmisión del VIH y otras ITS:

- Estudio Centinela en VIH e ITS en Hombres que tienen sexo con hombres, Proyecto LAMBDA. Bogotá (2006). Este estudio transversal, realizado con una muestra poblacional que estuvo constituida por 632 hombres que tienen sexo con hombres, tuvo como objetivo medir la seroprevalencia y los factores asociados a la infección por VIH de la población HSH en la ciudad de Bogotá, explorando los factores de riesgo y/o protectores asociados a la infección por VIH y otras ITS a través de una encuesta de conocimientos, actitudes y prácticas. Los resultados de dicho estudio dan cuenta de que la infección por VIH no se encuentra concentrada en los estratos menores como se veía anteriormente sino que se reparte en todos los estratos socioeconómicos, la población HSH más afectada por la infección, según el estudio, continúa concentrándose en el rango de edades de 18 a 34 años, el uso del preservativo en las relaciones sexuales no es frecuente, la prevalencia de infección por VIH encontrada está dentro del rango esperado para América Latina para Hombres que tiene sexo con Hombres, la cual se encuentra entre 12 % y 18 %, aunque es menor de lo que se esperaba para la ciudad de Bogotá. El instrumento utilizado fue un cuestionario de 82 preguntas, que indagaba sobre aspectos sociodemográficos, identidad sexual, derechos, prácticas y conocimientos sobre sexo seguro, consumo de drogas y alcohol. Este estudio no evidencia que se indagara en los aspectos psicológicos relacionados con el diagnóstico de VIH/sida en los participantes.

- Identificación de Conductas y Prácticas en relación al VIH/SIDA en la población HSH en ocho departamentos de Nicaragua. Managua (2005). Se desarrolló un estudio de identificación de patrones de conductas y prácticas sexuales de Hombres que tienen Sexo con Hombres (HSH), con la finalidad de obtener información analítica sobre los condicionantes y determinantes del comportamiento en relación a la infección del VIH.

El estudio fue descriptivo de corte transversal, utilizando un diseño muestral por conveniencia, entrevistándose a 250 HSH en 8 departamentos del país. El estudio permitió conocer algunos de los principales comportamientos y prácticas de riesgo en la población analizada: Múltiples parejas sexuales y relaciones sexuales desprotegidas. Las barreras identificadas para la adopción de prácticas seguras fueron un abordaje conservador y distorsionado de la salud sexual y reproductiva de los familiares, Homofobia internalizada, motivada probablemente por un miedo al rechazo y repudio de los familiares por contravenir las normas y comportamientos socialmente permitidos y discriminación y rechazo por parte del personal de salud. Las variables estudiadas fueron: Socio-demográficas (edad, estado civil, número de uniones, hijos, escolaridad, profesión/oficio, situación económica familiar), Conocimiento (sobre prevención del riesgo en las ITS/VIH/SIDA), Actitud (frente a sí mismo, las enfermedades, el entorno familiar y social) y Prácticas Sexuales (primera relación sexual, número de parejas sexuales, práctica de relaciones urogenitales y ano-genitales, uso del condón, medidas de prevención de ITS)

- Intervención Grupal y Calidad de Vida en Personas Diagnosticadas de VIH. Uribe, A. (2005). Esta investigación tuvo como objetivo identificar las áreas de menor y mayor calidad de vida en un grupo de HSH con diagnóstico de VIH y evaluar la influencia de una intervención grupal en el nivel de calidad de vida de los participantes. La muestra fueron 19 HSH de la ciudad de Cali, a quienes se les aplicó el Cuestionario Multidimensional de Calidad de Vida para Personas con VIH/SIDA. El estudio concluye que los principales trastornos psicológicos secundarios al VIH/SIDA, son la depresión y el estrés ocasionados por la percepción de pérdidas relacionadas con aspectos tales como la salud, relaciones interpersonales (pareja, familia y amigos), la imagen corporal, la sexualidad, la sensación de control de su propia vida, el trabajo y la dependencia y la reducción o pérdida del derecho a la intimidad. Se evidencia que la intervención grupal tuvo un impacto positivo en la percepción de funcionamiento social y apoyo social, lo cual denota la incidencia de la intervención grupal como herramienta terapéutica para mejorar la calidad de vida en las personas viviendo con VIH, teniendo en cuenta que los grupos de “pares” permite conocer diferentes estrategias de afrontamiento. El

acompañamiento psicológico se centró en la motivación y en la negociación como estrategias para una significación positiva del diagnóstico.

De las investigaciones anteriores se observa que la mayoría se enfoca en las prácticas sexuales de riesgo de los HSH y su determinante en la infección por VIH; sólo una se aborda el impacto psicológico del diagnóstico y sus implicaciones para la calidad de vida de las personas afectadas; predomina la investigación cuantitativa, con instrumentos pre establecidos para recolectar la información, lo que dificulta la posibilidad de que las personas participantes en la investigación, expresen libremente, ideas y sentimientos que pueden ser de interés para complementar el estudio del fenómeno sobre el cual se investiga.

Por lo anterior, es necesario continuar realizando investigaciones de corte cualitativo sobre las implicaciones psicológicas del VIH en el colectivo de HSH; en particular, la entrevista en profundidad permite un abordaje integral del sujeto, indagando sobre su subjetividad y permitiendo una mejor recolección de información.

4. OBJETIVOS

Para retomar las dinámicas de los HSH frente el VIH y el impacto psicológico que subyace al diagnóstico, se propuso realizar este proyecto con participantes pertenecientes a este grupo poblacional, en el que se tuvieron los siguientes objetivos generales y específicos:

4.1 Objetivo general

Caracterizar el proceso de duelo de seis HSH que recibieron diagnóstico de VIH/sida en el último año.

4.2 Objetivos específicos:

- Describir los cambios en el estado emocional (positivos y negativos) más recurrentes, a lo largo del proceso de duelo.
- Describir las estrategias de afrontamiento puestas en marcha por los sujetos participantes

Los objetivos anteriores permitirán responder a la pregunta problema que se constituye en el eje principal de esta investigación: ¿Cómo vive, un grupo de HSH, el proceso de duelo asociado al diagnóstico de VIH positivo recibido en el último año?

5. MARCO TEÓRICO

Para la estructuración teórica y metodológica de este proyecto investigativo se ha realizado una revisión sobre diferentes conceptos que abarcan información básica sobre VIH/sida, tales como situación epidemiológica, pruebas diagnósticas, tratamientos disponibles. Teniendo en cuenta los participantes de este proyecto, se hace una revisión de los conceptos de homosexualidad y HSH a través de la historia, el impacto emocional ante el diagnóstico de VIH/sida, y se definen características del proceso de duelo que se hace ante el diagnóstico. A continuación se presentan los conceptos teóricos referentes a VIH y sida.

5.1 Conceptos Básicos Sobre VIH/sida

El VIH es el virus que causa el sida. Ataca el sistema inmunológico, que son las defensas del cuerpo contra las enfermedades. El VIH se encuentra en la sangre, leche materna, semen y fluidos vaginales, por lo cual, estos son los mecanismos de transmisión de una persona a otra. Una vez se adquiere el virus se puede permanecer aparentemente saludable y sin presentar síntomas que generen sospechas, por lo cual es un periodo asintomático, pero, con el progresivo deterioro del sistema inmunológico, se empiezan a presentar signos y síntomas que dan cuenta de la fase sintomática de la enfermedad. El VIH es una enfermedad que aparece a finales del siglo XX., en los primeros años de la década de los ochentas, los Centers for Disease Control and Prevention (CDC) de Atlanta, notaron numerosos casos clínicos de un síndrome, hasta ese momento desconocido, que afectaba principalmente a hombres homosexuales y que se caracterizaba por una alteración de la inmunidad celular y que se evidenciaba en la presencia simultánea de infecciones oportunistas (tales como neumonía y tuberculosis, entre otras), acompañadas por un tumor cutáneo denominado sarcoma de Kaposi. Más adelante se observó que este mismo síndrome afectaba también a mujeres, niños pequeños, inmigrantes de Haití residentes en Estados Unidos, usuarios de drogas inyectables, hemofílicos y otras personas que habían recibido transfusión sanguínea. Esta variabilidad en la población afectada hizo pensar que esta enfermedad, a la cual se denominó sida, podía considerarse como una enfermedad infecciosa, hipótesis que más

adelante se confirmó. En 1983, un grupo de investigadores del instituto Pasteur en Francia, dirigido por Luc Montagnier, detectó actividad retrotranscriptasa en un medio de cultivo obtenido de un ganglio linfático de un joven homosexual. (Salinas, 1993, Quesada, Galbán, Cádiz 1987).

Existen dos clases de virus genéticamente diferentes, el VIH-1 y el VIH-2. El virus VIH-1, presenta variabilidad genética en diferentes regiones del planeta y es el responsable de la pandemia mundial. De este virus se conocen 12 subtipos diferentes, en África predomina los subtipos A y C, mientras que en Europa y América el predominio es del subtipo B; la diferencia entre cada subtipo subyace en la rapidez con la que se propaga en la población, siendo el C, el más agresivo por su evidente repercusión epidemiológica. El VIH-2, es endémico del África Oriental, se diferencia del VIH-1 en que la enfermedad producida es menos agresiva, por lo que el deterioro del sistema inmune es más lento; a pesar de contar con dos clases genéticamente diferentes, ambos ocasionan una enfermedad clínicamente idéntica. (Armendáriz, 2004, Salinas, 1993, Quesada *et al.* 1987).

Actualmente se conoce cuáles son los *mecanismos de transmisión del VIH-1*: sangre, semen, flujo vaginal y leche materna, aunque si bien es cierto que se puede hallar partículas virales en saliva, sudor, orina, materia fecal y lágrimas, pero su concentración es tan baja, por lo que son consideradas fuentes improbables de infección. Los mecanismos más frecuentes de transmisión son la transmisión sanguínea, la transmisión sexual y la transmisión madre - hijo, siendo el contacto sexual sin protección la principal vía de infección por VIH. El coito anal, sin preservativo o con un uso inadecuado del mismo, para el receptor pasivo, constituye una práctica sexual altamente riesgosa, ya que se pueden presentar lesiones traumáticas en la mucosa anal, que pueden ser puertas de entrada y/o salida para el virus. El contagio por vía sanguínea o parenteral que ocurre cuando se recibe una transfusión de sangre contaminada o cuando se comparten jeringas para uso de drogas endovenosas. Una tercera vía de infección, llamada de madre a hijo o materno infantil (antes llamada transmisión vertical), ocurre cuando una madre seropositiva da a luz por parto normal a su hijo o durante el periodo de lactancia. Respecto al VIH-2, aunque se conocen pocos datos en relación a sus mecanismos de

transmisión parece ser que pueden ser los mismos del VIH-1. (Salinas, 1993; Betancur 1995; Quesada *et al.* 1987).

Existen pruebas presuntivas para determinar anticuerpos en sangre para VIH, una de las más utilizadas es la prueba Enzyme-linked immunosorbent assay (ELISA), que es una prueba de laboratorio que permite detectar las defensas específicas que el cuerpo produce ante la presencia del virus VIH, llamadas anticuerpos. Los resultados de esta prueba pueden ser: No reactiva: (o negativa) lo que quiere decir que no se encontraron anticuerpos detectables en el momento de la prueba. Es necesario tener en cuenta el llamado "período de ventana inmunológica" (que puede llegar hasta tres meses y en algunos casos poco frecuentes hasta seis meses), y dependiendo de la exposición al riesgo se debe analizar la necesidad de repetir la prueba posteriormente. También la prueba pueden resultar Reactiva: (positiva) lo cual implica que se detectaron anticuerpos contra el VIH y es necesario confirmar su especificidad pues la prueba puede ser realmente reactiva o falsamente reactiva. La prueba de ELISA es una prueba presuntiva por lo que se debe realizar una prueba confirmatoria que determine la infección por VIH. La prueba más utilizada es la Western Blot ya que es más específica que la ELISA, porque detecta un mayor número de anticuerpos individuales contra las proteínas que componen el virus, el resultado de esta prueba confirma o descarta la infección por VIH, aunque en algunas ocasiones el resultado puede ser indeterminado, el cual no es concluyente, pues aun cuando presenta alguna reactividad, ésta no cumple con los criterios de interpretación para considerarlo positivo; por lo que quien recibe un resultado indeterminado debe continuar un seguimiento de seis meses en los que se harán pruebas periódicas, pues aún no se puede precisar o descartar la presencia del virus.(Velásquez 1995, ONUSIDA 2008, Olaya 2010).

En Colombia, el manejo de la infección por VIH/sida, está reglamentada por el Decreto 1543 de 1997, y según esta normatividad, la realización de pruebas presuntivas es voluntaria y es claro que no se podrá hacer sin el consentimiento informado de la persona o su tutor, excepto en el caso de donantes de sangre y sus derivados y donantes de órganos para transplante (Velásquez, 1995). En todo caso, los resultados de las pruebas presuntivas y confirmatorias son absolutamente confidenciales y sólo son de

interés para el paciente y su equipo de salud, aunque por razones de vigilancia epidemiológica, los resultados positivos confirmados deberán ser reportados a las autoridades sanitarias locales, manteniendo siempre la confidencialidad en el manejo de la información.

Como se mencionó anteriormente, cualquier persona que se realice una prueba para VIH, deberá recibir una adecuada *asesoría* pre y pos test, sea cual sea el resultado. Para tal efecto la regulación establecida en el Decreto 1543 de 1997 (Ministerio de Protección Social) es clara cuando define consejería (que para efectos de esta investigación se toma como asesoría) en su Artículo 2º, como el:

Conjunto de actividades realizadas para preparar y confrontar a la persona con relación a sus conocimientos, sus prácticas y conductas, antes y después de la realización de las pruebas diagnósticas; ésta se llevara a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y actividades de asesoría a las personas infectadas, a sus familiares y comunidad, en lo relacionado con las ETS, el VIH y el SIDA.

Lo anterior brinda un encuadre a la labor del psicólogo, cuando participa en los procesos de asesoría pos test positivo para VIH, ya que tiene la oportunidad de ofrecer la orientación necesaria para que el individuo pueda iniciar a elaborar el proceso de duelo necesario e identificar y asumir estrategias adecuadas de afrontamiento del resultado (ONUSIDA 2008). La forma en que un individuo signfica el diagnóstico y pone en marcha las estrategias de afrontamiento, movilizandoo sus propios recursos psíquicos, puede depender de una adecuada asesoría basada en las necesidades y demandas reales del individuo, por lo que el psicólogo que realice este ejercicio clínico debe estar sensibilizado con el tema y poseer un buen conocimiento del mismo para direccionar a la persona en este momento coyuntural. En el tema particular de acompañamiento en la elaboración del proceso de duelo, el psicólogo debe conocer la dinámica psicológica que subyace en este proceso y que será de gran importancia en la aceptación del diagnóstico.

Una vez confirmada la infección por VIH, se hace necesario tener en cuenta los marcadores de la *evolución de la enfermedad*, el recuento de células CD4/CD8

determina el número de linfocitos de defensa con las que cuenta el sistema inmune y es una medida fundamental para monitorear el estado inmunológico del paciente y debe hacerse en personas que reciben tratamiento antirretroviral, cada 3 a 6 meses y si este no recibe tratamiento, la inmunosupresión disminuiría el conteo de células CD4 y su porcentaje en sangre, por lo que es necesario realizar este examen cada 2 a 4 meses, para definir el momento de inicio de terapia farmacológica, que usualmente es antes de que el conteo de CD4 llegue a 200 células por microlitro (mcl). Es fundamental el acompañamiento psicosocial en el inicio de la terapia antirretroviral, pues muchos temores, a veces infundados, pueden afectar la adherencia al tratamiento y traer complicaciones a la salud. La carga viral es otro marcador utilizado para describir la cantidad de VIH en sangre, la cual se determina mediante la cuantificación del RNA del VIH, es decir mide la cantidad de copias del genoma del virus de VIH que se encuentran circulando en sangre y en otros fluidos biológicos mediante la amplificación in vitro del material genético viral. La prueba de genotipificación es una prueba que se realiza para detectar mutaciones genómicas del VIH y que puedan interferir en la acción de la terapia antirretroviral (Barros 2007, Betancur, Correa, Estrada y Orozco 2007, Olaya 2010).

Si bien es cierto, que la pandemia está afectando hoy en día más a las mujeres por relaciones heterosexuales, resultados que en Colombia se evidencian, en parte por los resultados de las pruebas de ELISA que se practican las gestantes, como parte del protocolo de atención integral a las mujeres embarazadas (Ministerio de Salud de Colombia, 1994). Sin embargo, los hombres y en particular los HSH, continúan siendo la población más afectada por el VIH/sida en América Latina, lo cual incide en un factor de riesgo significativo para las mujeres, de lo anterior da cuenta ONUSIDA (2009) citando a Soto (2006), cuando dice que:

El riesgo de que la infección siga propagándose sigue vigente, aunque hasta la fecha la transmisión heterosexual fuera del comercio sexual ha desempeñado un papel relativamente limitado en la epidemia de América Latina. Más de uno de cada cinco (22%) hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, encuestados en cinco países de América Central, informó haber tenido relaciones tanto con hombres como con mujeres. (p. 62)

En el Cuadro No 3 se muestran los resultados estadísticos de la infección por VIH según género en Colombia. Se observa la progresión de la infección en mujeres, pero la mayoría de casos pertenecen al género masculino:

Cuadro 3. Casos notificados de VIH

Distribución anual por sexo. Colombia. 1983 a 2009

AÑO	HOMBRES	MUJERES	Sin Datos	TOTAL
1985	4			4
1986	5	1		6
1987	55	2	1	58
2007	1.972	987		2.959
2008	2.832	1.427		4.259
2009	3.277	1.683		4.960
TOTAL	34.624	12.926	348	47.898

Fuente: Base de datos VIH del Sivigila. INS-MPS.

Procesamiento: Observatorio Nacional de VIH. MPS. 18 Feb. 2010.

Del total de la población masculina diagnosticada, es considerable el número de hombres que admite tener contacto sexual con otros hombres, que viven con VIH, posiblemente sea, porque que las prácticas sexuales de este grupo pueden representar un mayor riesgo para la infección por VIH, si no se usa protección, las prácticas sexuales genitales de los HSH pueden ser tanto penetrativas - insertivas como penetrativas - receptivas (orales o anales del pene); Cuando estas prácticas se realizan sin preservativo que brinde la protección necesaria (es decir, que su uso sea adecuado y no este vencido o en mal estado) conllevan un riesgo elevado de transmisión del VIH y otras Infecciones de Transmisión sexual ITS. (Estrada 2004, Velandia 2009).

Es necesario seguir realizando estudios de seroprevalencia en el grupo de HSH y continuar caracterizando los diversos patrones de comportamiento y prácticas sexuales de este grupo poblacional, con la finalidad de obtener información analítica sobre los condicionantes y determinantes del comportamiento que puedan favorecer la infección

del VIH y otras ITS. (Estrada 2004). En particular es preocupante la práctica cada vez más frecuente de relaciones sexuales “bareback”, es decir, actos sexuales sin preservativo, y se refleja en el auge de producciones de la pornografía gay y sitios virtuales que reivindican esta riesgosa práctica sexual (Treasure island media productions, gaysexbareback.com, bestbareback.com, etc.) en la que se ha dejado de usar condón, lo cual puede llevar a incentivar más esta práctica, aumentando la prevalencia de la infección por VIH en la población HSH.

La prevalencia (entendida como la cantidad de personas que viven con una enfermedad dividida entre la población total del país en un periodo de tiempo determinado) de VIH en HSH en América latina, ha disminuido en los últimos años, tal y como se evidencia en el Cuadro No. 4, donde se muestran algunos de los datos presentados por Estrada (2004) y ONUSIDA (2008, 2010) al respecto, sin embargo, Colombia sigue siendo uno de los países de la región con mayor prevalencia de VIH:

Cuadro 4. Prevalencia de infección por VIH entre HSH en América latina

Región	País	Población	Prevalencia %	Año	Prevalencia %	Año
América Central	El Salvador	HSH	17.7	2003	9.8	2009
	Panamá	HSH	10.6	2003	SD	
	Nicaragua	HSH	10.5	2003	4.2	2009
Área Andina	Colombia	HSH	20.4	1999/2000	10-18%	2006
	Ecuador	HSH	28.4	1999/2000	SD	
Cono Sur	Argentina	HSH	13.38	2003	11.8	2008
	Uruguay	HSH	13.34	2000	9.1	2008

Fuente: Estrada, J (2004) la infección por VIH/sida entre hombres que tiene sexo con hombres (HSH) en América latina. Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública. Universidad de Antioquia. UNAIDS (2010) en UNAIDS Report on the global Aids Epidemic. ONUSIDA (2008) América Latina. Situación de la epidemia de sida. Resumen regional.

Como se señalaba anteriormente, los HSH colombianos, también se enfrentan a la realidad del VIH/sida. El Cuadro No 5 muestra la distribución de los casos notificados de acuerdo al mecanismo probable de transmisión, y aunque, en Colombia existe un subregistro de los casos reales de VIH, por lo que las cifras pueden ser considerablemente mayores. Tal y como se mostraba en la tabla No 4, en países como Colombia, se concentra el mayor número de casos de infección por VIH en HSH (Estrada 2004), lo que ha contribuido al estigma, discriminación y exclusión social de este grupo. En el Cuadro No 5 se muestra la estadística desde los primeros casos notificados de la infección por VIH incluyendo la población afectada.

Cuadro 5. Casos notificados de VIH/sida/muerte relacionada con el VIH/sida

Distribución anual por Mecanismo probable de transmisión. Colombia. 1983 a 2009

AÑO	Heterosexual	Homosexual	Bisexual	TOTAL
1983	2			2
1984		2	1	3
1985	3	5	1	12
2007	2.055	410	89	4.062
2008	3.527	823	189	6.275
2009	4.087	1.191	288	6.780
TOTAL	27.861	10.086	4.716	71.509

Fuente: Base de datos VIH del Sivigila. INS-MPS. Procesamiento: Observatorio Nacional de VIH. MPS. 18 Feb. 2010.

Aunque en el año 2008, aproximadamente dos millones de personas (entre 1.7 y 2.4 millones) murieron por causa del sida (ONUSIDA 2009), cada vez existen más fármacos para el tratamiento eficaz de la infección por VIH y consecuentemente un aumento de la sobrevivencia de las personas afectadas.

El *tratamiento para la infección por VIH* ha avanzado en los últimos años. El primer medicamento que estuvo disponible para el VIH fue el inhibidor de la transcriptasa inversa llamado Zidovudina (AZT). Hoy en día se cuenta con un número considerable de fármacos que tienen como objetivo la preservación de la función inmune (evitando la

replicación viral), mejorar y mantener la calidad de vida de las personas viviendo con VIH/sida (PVVS), reducción de la morbi-mortalidad asociada a la infección por el VIH. Los fármacos actúan interviniendo en las diferentes etapas que utiliza el virus para replicarse, por lo que debe tomarse una combinación de medicamentos para lograr la menor replicación viral posible. Un esquema de tratamiento antirretroviral efectivo que logre el control de la infección por VIH y disminuya el riesgo de complicaciones asociadas, deben incluir la combinación de varios medicamentos tales como: los inhibidores nucleósidos de la transcriptasa reversa (INTR), en los que se encuentran la Zidovudina (AZT), Lamivudina (3TC), Estavudina (d4t), Abacavir y la Didanosina (ddI), los inhibidores no nucleósidos de la transcriptasa reversa (INNTR), como la Nevirapina, Delavirdina, Etravina y el Efavirenz, los inhibidores de proteasa (IP), entre ellos se encuentran el Atazanavir, Nelfinavir, Saquinavir, Ritonavir e Indinavir, los inhibidores de fusión (IF) como el Enfuvirtide (T-20) (Betancur *et al* 2007, aidsmap.com 2009). La adherencia a estos tratamientos permite un adecuado control de la infección por VIH, por lo que el psicólogo que apoye procesos terapéuticos con personas viviendo con VIH/sida debería conocer las características de cada medicamento y los probables efectos adversos que estos pudieran tener, a fin de brindar una información clara y oportuna a los consultantes.

La etapa *sida* es la expresión clínica final de la infección por VIH, ya que el virus produce una disfunción del sistema inmunitario, que puede ser mortal si la persona afectada no ha recibido el tratamiento antirretroviral adecuado. El diagnóstico de sida se hace de acuerdo a los criterios establecidos por el CDC, uno de ellos es cuando el número de linfocitos CD4 cae por debajo de 200 células/mm³, y los niveles de carga de virus en la sangre son muy altos. En esta etapa, la persona seropositiva es más vulnerable a las enfermedades por lo que puede contraer, de manera simultánea, algunas de las diferentes enfermedades oportunistas asociadas a la etapa sida, tales como: neumonía, toxoplasmosis cerebral, histoplasmosis, diarrea por *cryptosporidium*, infección por citomegalovirus en retina, bazo, hígado o nódulos linfáticos, tuberculosis, encefalopatía y sarcoma de Kaposi, entre otras. Los tratamientos disponibles han logrado que personas en etapa sida, puedan recuperar sus células de defensa, bajando la carga viral, con lo que llegan a tener nuevamente una buena calidad de vida, superando esta etapa. (Velásquez

1995, ONUSIDA 2006). Finalmente, serían las complicaciones propias las enfermedades oportunistas la causa inmediata de la muerte del paciente, situación que requiere de un acompañamiento por parte del psicólogo, tanto para el paciente terminal como para sus familiares, con el fin de hacer este pasaje final de una manera lo más tranquila posible. Es necesario, si la familia lo desea, continuar con el seguimiento del proceso de duelo para detectar alteraciones psicológicas que pudieran remitir a una intervención más específica.

5.2 Hombres que tienen sexo con otros Hombres (HSH)

Como se mencionó antes, uno de los objetivos de este trabajo es caracterizar el proceso de duelo de un grupo de HSH que reciben diagnóstico de VIH en el último año; pues es necesario conocer desde la subjetividad de cada individuo, las diversas percepciones que subyacen en las significaciones de pérdida que genera este diagnóstico en los HSH, por lo que se hace indispensable realizar un acercamiento a esta dinámica sexual que implica una amplia gama de prácticas sexuales masculinas y de significaciones sociales, que difieren de la concepción de “normalidad” que otorga la sociedad occidental actual a las relaciones heterosexuales y que de alguna forma “sataniza” las prácticas sexuales diferentes al patrón heterosexual, por lo que se espera encontrar diferentes maneras de significar y afrontar el diagnóstico de VIH/sida en este grupo poblacional, pues, adicional al estigma sobre su sexualidad, se le sumará el estigma del VIH. A continuación se presenta la definición de HSH y las diferentes significaciones que, históricamente se han realizado sobre la homosexualidad masculina.

El colectivo *HSH* no se refiere exclusivamente a hombres homosexuales, pues reúne a todos los hombres (heterosexuales, homosexuales, bisexuales) que tienen contacto sexual con otros hombres, El término HSH surge como categoría epidemiológica para describir diversas prácticas sexuales entre hombres, pero no se refiere a una identidad u orientación sexual; más bien como lo señala Plazas (2010), “La categoría de estudio HSH reconoce la existencia de hombres homosexuales con prácticas heterosexuales, de hombres heterosexuales con prácticas homosexuales y de distintas bisexualidades masculinas, circunscribiéndose solamente a la dimensión erótica de la sexualidad”,

ONUSIDA (2006) citando a Cáceres (2005) menciona que “Se estima que en ciertas partes de Asia, Europa y América Latina entre el 3% y el 20% de todos los hombres tienen relaciones sexuales con hombres al menos una vez en la vida.”

Plazas (2009) define a “la conducta homosexual, dimensionada desde su concepción, como la capacidad psico-erótico-afectiva de relacionarse con personas del mismo sexo/género” (p.16) pero esta capacidad de relacionarse con personas del mismo sexo se extiende a hombres heterosexuales y bisexuales que tienen contacto sexual con otros hombres. Plazas (2010) propone que la nominación HSH establece:

...Una ruta de acercamiento entre la dimensión homosexual masculina con la dimensión heterosexual masculina, llegándose a la conclusión que la mirada del ejercicio de la sexualidad humana no debía ser vista de forma categórica desde las orientaciones sexuales (heterosexualidad, homosexualidad y bisexualidad), como nichos aislados y excluyentes, sino más bien obliga a ampliar la mirada desde la psicología comportamental con su estructura de conductas, prácticas y actitudes sexuales para reconocer ya no una, sino diversas practicas heterosexuales, homosexuales y bisexuales a partir de la diferencia de identidades y significaciones. (p. 1).

Lo anterior permite ver la homosexualidad desde diferentes ángulos, pues presenta un amplio conjunto de posibilidades de interacción, aunque también el término HSH genera polémica, pues, para algunos hombres homosexuales entrevistados para este trabajo, la clasificación HSH resume la relación afectiva entre hombres a un plano meramente sexual, apartándose de los ideales románticos de pareja con vínculos y dinámicas afectivas que van más allá de la genitalidad. Otros refieren sentirse cómodos con esta nominación pues de alguna forma elimina el término “homosexual”, condición tradicionalmente estigmatizada y excluida, y a su vez reivindica su posición de hombre.

Es necesario hacer un recuento histórico sobre las prácticas y relaciones sexuales entre hombres, con todas las significaciones e implicaciones sociales que estas han tenido en diversos momentos y culturas.

En la antigüedad se privilegiaba “la pedagogía homosexual”, en la que se consideraba la virilidad como un saber que sólo podía transmitirse a través del contacto íntimo con

otros hombres. Aún en la actualidad algunas sociedades de Nueva Guinea, como los Sambias y los Baruyas, creen que la producción de semen en los jóvenes no es espontánea y que es sólo a través de la ingesta del semen de un adulto, obtenida mediante la felación realizada a estos, que los jóvenes logran la propia producción de espermatozoides y acceden por completo a la virilidad, pues también por este medio se transmite la identidad masculina. Estos rituales de iniciación están limitados por la prohibición del incesto, que impide el contacto íntimo entre hombres emparentados entre sí y la penetración anal. Los griegos fueron los antecesores de la pedagogía homosexual, pues consideraban que valores como la virtud, la inteligencia, el valor y el honor, eran enseñados por hombres dignos que poseían estos valores y podían transmitirlos a los jóvenes, quienes carecían de este conocimiento; esta relación se establecía con el fin de formar nuevos ciudadanos. Este carácter pedagógico alcanzaba también dimensiones eróticas que favorecían el vínculo entre educando y educador. También los romanos tenían una actitud favorable hacia los comportamientos homosexuales, cabe recalcar que esta práctica solamente era permitida para los hombres y jóvenes nobles, cualquier acercamiento íntimo entre esclavos del mismo sexo era prohibido. La pedagogía homosexual incluía una serie de normas, tales como la diferencia de edades entre el educador (un hombre mayor) y su joven educando; también era tenido en cuenta el carácter temporal de esta relación que sólo duraba lo que tardaba este proceso de educación. Las relaciones homosexuales entre adultos son censuradas después de que ha pasado el periodo de educación y la formación de este nuevo ciudadano, sin embargo la experiencia homosexual de iniciación es considerada, en muchas culturas, como un pasaje hacia la heterosexualidad definitiva de la vida adulta. (Badinter, 1993).

El panorama de la homosexualidad en el siglo XIX es diferente, y está cargado de valoraciones, sobre todo de tipo moral, muy negativas. Badinter (1993) menciona que fue en 1869, que el médico K. Benkert creó el término homosexualidad para referirse a aquellas personas que tenían intereses sexuales por individuos de su mismo sexo. Simultáneamente, H. Ulrichs (1869), citado por Badinter (1993), definía como “uranistas”, a las personas que, teniendo un alma femenina, están en el cuerpo físico de un hombre, lo cual favoreció la percepción de la homosexualidad como patología mental, así como también en la probable existencia de un tercer sexo o sexo intermedio. Para

Magnan y Charcot, citados por Badinter (1993) los homosexuales eran invertidos sexuales, quienes eran considerados como enfermos mentales en la medida en que no encajaban dentro de los estándares de normalidad “instintivos”; por lo que lo “normal”, debería de ser una elección heterosexual, favorable a la reproducción y conservación de la especie.

La percepción generalizada de la homosexualidad como una patología mental y como un fenómeno anormal, con juicios morales que lo rechazan, contribuyó a la estigmatización de esta población, conduciendo a que personas con orientación sexual diferente a la heterosexual ocultaran su condición, desarrollando sentimientos de culpa y de aislamiento social.

El médico y sexólogo Británico Havelock Ellis, citado por Badinter (1993), propuso que la homosexualidad era de naturaleza innata, frente a lo cual no se podía hacer nada, por lo que los numerosos experimentos hormonales, quirúrgicos y hasta psicológicos fueron inútiles para “convertir” homosexuales (hombres y mujeres) en sujetos heterosexuales que se amoldaran al patrón de normalidad socialmente aceptado. Este patrón está influenciado por conceptos morales obviamente. Katz (1990), citado por Badinter (1993) dice que “hasta que la sexología le puso etiqueta, la homosexualidad no era más que una parte vaga del sentimiento de identidad. La identidad homosexual, tal y como la conocemos hoy, es producto de la clasificación social cuyo objetivo es el de ejercer una regulación y un control” (175). Lo anterior sugiere que la clasificación y nominación de los comportamientos sexuales buscan establecer un patrón de “normalidad” y lo que quede por fuera de estos parámetros es sin duda “anormal” o patológico. Sin embargo, comportamientos homosexuales existen en todos los contextos sociales y culturales desde la antigüedad hasta ahora; Whitam (1983), citado por Badinter (1993) señala que después de trabajar con comunidades homosexuales de varios países, con una amplia diversidad cultural, concluye que:

- 1) En todas las sociedades hay personas homosexuales.
- 2) El porcentaje de homosexuales parece ser el mismo en todas las sociedades y se mantiene estable a través del tiempo.
- 3) Las normas sociales ni impiden ni estimulan la aparición de la

orientación homosexual. 4) En cualquier sociedad medianamente numerosa, aparecen subculturas homosexuales. 5) Los homosexuales de las diferentes sociedades tienden a parecerse por sus comportamientos e intereses. 6) Todas las sociedades producen un continuum similar entre los homosexuales muy masculinos y muy femeninos. (p. 176)

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, en Inglés, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM), publicado en su primera edición en 1952, (DSM-I), donde se ubica el término homosexualidad dentro de la categoría de trastornos sexuales, considerándolos dentro del mismo apartado (alteraciones psicopáticas de la personalidad) y hace referencia a un grupo de alteraciones antes denominadas “personalidades psicopáticas con sexualidad patológica”, luego en 1968 se publica la segunda edición, el DSM-II, que no presenta cambio alguno en la terminología y categorización de la homosexualidad y continua incluyéndola dentro de los trastornos sexuales. En 1980 aparece la tercera edición de dicho manual, el DSM-III, el cual agrupa a los llamados anteriormente trastornos sexuales por el DSM-I y DSM-II, incluyéndolos en un capítulo denominado “trastornos psicosexuales”. Estos trastornos psicosexuales fueron divididos en cuatro apartados del capítulo: alteraciones de la identidad de género, parafilias, disfunciones psicosexuales y otras alteraciones donde se encontraba entre ellas, la homosexualidad que fue suprimida de las parafilias. Finalmente en 1994 se publica el DSM-IV, y en esta edición se elimina la homosexualidad como psicopatología, dado que las investigaciones no pudieron sostener la teoría de que la homosexualidad fuera planteada como un trastorno sexual patológico (Baca 2000). En este mismo sentido Gagliosi (1999), menciona que:

La homosexualidad ha sido retirada como categoría patológica del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM). En 1952 figuraba como conducta patológica (DSM-I), en DSM II (1968) como sexualidad desviada. En 1980, en la versión III, sólo figuraba la homosexualidad egodistónica como categoría. Hoy no es considerada por el DSM-IV o el ICD-10 como un trastorno. (p. 3).

Lo expuesto anteriormente da cuenta de que la homosexualidad es una forma de sexualidad que está presente en todas las sociedades y no surge como una desviación, aberración o patología mental; más bien es otra manera “normal” de vivir la sexualidad.

Todos los prejuicios morales y científicos mantuvieron a la comunidad homosexual en la marginalidad, pero a partir de los años setenta, en Estados Unidos, los homosexuales deciden visibilizarse y adoptan el término “gay” para denominar un estilo de vida más abierto al mundo. Esta visibilización les permitió hacer incidencia política para que sus derechos fueran respetados. En este contexto de reivindicación de la comunidad gay, en los inicios de los ochenta, aparecen los primeros casos de enfermedad por VIH y muertes por sida, como un nuevo cuadro clínico en el que los afectados inicialmente eran varones homosexuales, por lo que se pensó que era una enfermedad exclusiva de homosexuales, por lo que en términos moralistas se denominó la peste gay o el cáncer rosa, por lo que se consideró a la comunidad gay como grupo de riesgo para el VIH/sida. Esta desinformación contribuyó al avance de la pandemia en la población heterosexual y favoreció un nuevo estigma a la población gay, tradicionalmente señalada y excluida. Posteriormente y cuando aparecen casos de mujeres con VIH, se entiende que esta enfermedad puede afectar a todas las personas y que no existen grupos de riesgo sino más bien comportamientos de riesgo. (Badinter 1993, Estrada 2004).

Es necesario tener en cuenta que las personas con una orientación sexual diferente a la heterosexual, viven, en el contexto colombiano, en un medio que cuestiona la homosexualidad y privilegia la “normalidad” de la relación heterosexual y los roles estereotipados de género, motivando la exclusión y el estigma.

Aunque en Colombia no existen ningún tipo de prohibiciones legales que limiten el ejercicio de la sexualidad de los HSH, este colectivo se abstiene de expresiones afectivas en sitios públicos, por lo que buscan lugares enfocados en el público gay, tales como discotecas, bares, saunas, videos y otros puntos de encuentro libres de estigmatización, donde se tiene acceso a relaciones sexuales penetrativas, en algunos casos sin protección, por las circunstancias mismas del contacto, en conjunto con el consumo de alcohol y otras sustancias, lo cual se constituye un comportamiento de alto riesgo para contraer VIH y otras Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), también existen cybercomunidades gay (Manhunt, Gaydar, etc.), donde es posible establecer contacto

con fines casi siempre sexuales y en dichos encuentros muchas veces no se negocia el uso del condón.

Cáceres (2002) menciona que a pesar del estigma y la discriminación, que muchas sociedades tienen frente a la homosexualidad, la comunidad gay tiene diferentes lugares de reunión y esparcimiento. Al respecto dice:

Hablamos de un “mundo gay” que se cruza, de un lado, con las relaciones y sistema sexo-género populares, y de otro, con discursos de identidad sexual racionalizada, incorporando los diversos espacios de la ciudad y, crecientemente, ambientes comerciales destinados a la población homosexual y que proporcionan un lugar de encuentro y de reconocimiento con una multiplicidad de connotaciones en el rito de consumo. En ciertas ciudades se ha ido configurando un mercado de entretenimiento y de espacios privados destinados a hombres y mujeres homosexuales, tales como bares, salas de baile, restaurantes y cines. (p. 63).

Cáceres y Chequer (2000) citados por Brito, Frasca, Guajardo, Manzelli, y Toro-Alfonso (2002) mencionan que otro factor que ha contribuido a que los HSH asuman conductas sexuales de riesgo en América Latina y el Caribe es la falsa idea de que: “Se podría calcular el riesgo potencial de los compañeros a partir de su apariencia externa de “sano” o de “enfermo”, la cual coincidiría con categorías estéticas tradicionales, y sería utilizada por muchos para determinar con quién sería posible tener sexo sin protección” (p. 66), de tal manera que el verse atractivo y sexualmente deseable es equivalente a estar “sano” por lo que para quienes viven con VIH probablemente sería de gran preocupación el continuar manteniendo una apariencia atractiva que no delate su diagnóstico; por lo que se podría pensar que el temor de que se evidencien signos síntomas físicos de la enfermedad, tales como pérdida de peso, Sarcoma de Kaposi en piel y otro tipo de afecciones cutáneas, sería un generador de estrés que podría afectar no solamente la calidad de vida de las personas viviendo con VIH, sino también podría llegar a interferir en las relaciones interpersonales, familiares laborales y particularmente las relaciones afectivas, pues el miedo a verse “enfermo” generaría una auto discriminación y aislamiento de los demás.

También señalan los autores mencionados que otro factor que ha contribuido a que continúe creciendo la epidemia de VIH en la población HSH es la percepción de que “El sexo no protegido sería visto como facilitador de una mayor cercanía, y por ello se pensaría que debe ser la práctica “normal” con la pareja estable” (p. 66), circunstancia que se evidencia también en parejas heterosexuales, y es que el no utilizar el preservativo se constituye en una prueba de la confianza y del amor hacia la pareja, aun desconociendo si existe algún tipo de ITS, pues como se mencionaba anteriormente, verse bien y deseable es sinónimo equivocado de estar sano.

En Latinoamérica, la comunidad gay en general cuenta con espacios físicos y virtuales que facilitan la interacción con otras personas y el contacto sexual, pero es claro que por los prejuicios morales de la sociedad, prefieren mantenerse en el anonimato para no enfrentar la estigmatización y rechazo social, implícitos hacia esta práctica sexual.

El diagnóstico de VIH/sida ofrece un nuevo estigma para el sujeto con prácticas sexuales homosexuales, por lo que surge la necesidad de caracterizar los aspectos psicológicos relacionados al diagnóstico de VIH en el grupo de HSH. Según datos del Observatorio Nacional de VIH del Ministerio de la Protección Social (2010), hasta el año 2009, en Colombia se habían reportado 14.802 casos de VIH/sida en HSH, pero es necesario advertir que estas cifras podrían ser considerablemente mayores debido al subregistro de la información sobre la infección por VIH en HSH debido principalmente a la mala elaboración de las historias clínicas y el estigma asociado a las prácticas homosexuales (Estrada 2006). La pandemia de la infección por VIH/ sida ha impactado de forma significativa en las comunidades de hombres gay y HSH. Los datos epidemiológicos en la mayoría de los países de América Latina señalan a estos grupos como los más afectados. A pesar de que países como Honduras, República Dominicana, Puerto Rico y Brasil informan un vertiginoso aumento de los casos de transmisión heterosexual, la población homosexual masculina sigue constituyendo una fracción muy significativa del grupo de personas infectadas con el virus (ONUSIDA 2001).

5.3 Impacto Emocional del Diagnóstico de VIH/Sida

El diagnóstico de VIH/sida implica un impacto emocional en quien lo recibe, este moviliza una serie de sentimientos que influyen en las estrategias de afrontamiento y proceso de duelo, por lo que se requiere de una oportuna y adecuada intervención psicológica para el acompañamiento de este momento vital.

El *impacto emocional* se inicia desde el momento en que el profesional de la salud ordena la realización de la primera prueba diagnóstica para VIH, pues la ansiedad y duda ante un posible resultado positivo, desencadena un fuerte estrés, de ahí la importancia de una adecuada asesoría pre test que permita brindar la información necesaria para reducir en lo posible, los niveles de estrés y ansiedad. Las reacciones emocionales que sobreviene después del diagnóstico positivo implica una serie de cambios anímicos en la persona afectada, pues es claro que ya no le será posible volver a estar “sano”, lo cual es un desencadenante de emociones tales como negación, ansiedad, estrés, depresión, sentimientos de culpa, sensación de vulnerabilidad, ira, frustración, angustia, incertidumbre por el futuro, llegando inclusive a ideas suicidas. Otros efectos psicológicos secundarios al diagnóstico de VIH/sida son la depresión y el estrés ocasionados por la percepción de pérdidas relacionada con aspectos tales como la salud, relaciones interpersonales (pareja, familia y amigos), la imagen corporal, la sexualidad, la sensación de control de su propia vida, el trabajo, la reducción o pérdida del derecho a la intimidad, y conflictos familiares. También en los HSH hay un cuestionamiento hacia sus prácticas sexuales, pues es probable que la infección por VIH, se hubiese adquirido por ese medio, por lo que emergen sentimientos de culpa y rechazo hacia su orientación sexual, llegando incluso a percibir la enfermedad como un castigo. Todo lo anterior afecta negativamente la calidad de vida de las personas y puede favorecer la inmunosupresión. El hecho de poder vivir más años, si se recibe el tratamiento adecuado, implica que las necesidades de las personas con VIH requieran el manejo de un equipo interdisciplinario, conformado por profesionales de la salud, en medicina, enfermería, nutrición, psicología, trabajo social, entre otros, con el fin de mantener su calidad de vida. Los problemas surgen cuando las pvvs, tienen dificultades con los servicios de salud, en cuanto a la atención integral de la patología o no tienen acceso a la seguridad

social, lo cual puede desencadenar estrés y depresión, entre otros, posibilitando la no adherencia al tratamiento antirretroviral. La intervención psicológica en enfermedades crónicas como el VIH, constituye un complemento de los tratamientos médicos y es fundamental para que el individuo genere procesos de afrontamiento. (Uribe 2005, Teva, Bermúdez, Hernández y Buela 2005, Correa, Salazar, Arrivillaga 2007, De Bedout 2008)

El diagnóstico de una enfermedad crónica implica una ruptura de la percepción subjetiva de salud que cada persona elabora; la salud es mucho más que sentirse bien físicamente. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud-OMS (1946) la salud se entiende como: el “estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad”. Asumir esta ruptura implica que el individuo reorganice aspectos cognitivos y sociales de su vida, de tal forma que logre adaptarse funcionalmente a esta nueva situación. Hay que tener en cuenta un aspecto que marca una diferencia entre el VIH/sida y otras enfermedades crónicas y que está ligada al impacto emocional y al afrontamiento de la misma: su principal vía de transmisión es por contacto sexual, por lo que es una enfermedad estigmatizante e incluso vergonzante, pues se asocia a prácticas homosexuales, promiscuidad, libertinaje y trabajo sexual, situaciones que para los HSH pueden generar rechazo social y puede llegar a convertirse en una situación de conflicto familiar, si su entorno más cercano desconoce o desaprueba su orientación sexual. (Correa *et al* 2007, De Bedout 2008)

La depresión, junto con el estrés y la ansiedad son las reacciones más frecuentes en las personas que viven con VIH/sida (Correa *et al* 2007), por lo que resulta de interés para la psicología, la relación de estas manifestaciones con el VIH, para hacer intervenciones efectivas que redunden en la calidad de vida de las personas.

5.3.1 La Depresión

La depresión es una sensación constante de profunda tristeza y aflicción, siendo clasificada en el DSM-IV (1995) como uno de los trastornos del estado de ánimo. Se considera como Episodio depresivo mayor cuando se cumplen los siguientes criterios: estado de ánimo depresivo durante buena parte del día, dificultad para experimentar

placer, ligada a una pérdida por el interés de hacer actividades, pérdida injustificada de peso, insomnio o hipersomnia durante casi todo el día, dificultad para concentrarse y pensamientos constantes sobre la muerte acompañados de ideas suicidas. La asociación entre el sistema inmune y depresión es clara, y se ha comprobado que estados depresivos influyen en una baja en el número total de linfocitos del sistema inmune, en particular se observa una disminución de las células CD4, lo cual favorece la inmunosupresión. Por esta razón, es de vital importancia realizar intervenciones psicológicas para proveer recursos cognitivos que logren controlar la depresión, evitando la progresión del VIH hacia la etapa sida, con lo que se mejora notoriamente la calidad de vida. (Vera y Buela 1999; Correa *et al* 2007). Según Gamba, Hernández y Bayarre (2010)

La depresión ha sido encontrada con bastante frecuencia en los pacientes VIH/sida, sobre todo antes de la comunicación del diagnóstico y en las primeras etapas de la enfermedad, lo cual se debe, según algunos a que el diagnóstico de VIH implica una reevaluación de la vida. El tratamiento es riguroso y su adherencia se relaciona con el deseo de vivir. Sin embargo, debe estar atento a las manifestaciones asociadas a la prescripción de medicamentos para la salud mental, indicados junto a la terapia antirretroviral (ARV), pues pueden producir síntomas que semejan estados depresivos.

Gamba *et al* (2010) proponen que la ansiedad es una manifestación frecuente en personas diagnosticadas con VIH y, en muchas ocasiones, se encuentra asociada a la depresión, que pudiera alternar con ella, sobre todo antes de conocer el resultado de las pruebas presuntivas y confirmatorias y en la primera etapa de la enfermedad.

5.3.2 El Estrés

El estrés, según Guillén y Guil (2000), citando a Seyle (1980), es considerado como una respuesta inespecífica del organismo a todo tipo de exigencia hecha sobre él, la cual genera un desequilibrio corporal; Guillén *et al* (2000) proponen que

El estrés también puede ser definido en términos de demandas (estresor) y recursos. Cuando un individuo pierde sus recursos internos o externos, se encuentra a merced de la demanda y entonces experimenta estrés. Los recursos externos

incluyen el apoyo social (familia, amigos, compañeros) y actividades relajantes, así como los recursos internos se refieren a variables psicológicas moduladoras del papel patógeno del estrés, entre las que están las habilidades de afrontamiento, la percepción de control, las expectativas, los conocimientos, las actitudes y los valores del individuo que pueden ayudarle a aminorar el estrés. (p. 271)

Teniendo en cuenta lo anterior, el estrés es una reacción propia en las personas que reciben diagnóstico de VIH/sida, pues altera la percepción de control sobre la salud e implica reacciones específicas en el plano biológico, como la liberación de la hormona corticotrópica, la estimulación de las glándulas suprarrenales y la liberación de catecolaminas y glucocorticoides, y sus manifestaciones psicológicas, como la sensación de tensión y ansiedad, dependen de la intensidad o la duración de los estímulos que esas personas enfrentan en diferentes situaciones. Es probable que estos mecanismos psiconeuroinmunológicos puedan ser determinantes para la inmunosupresión. La ansiedad puede aparecer al conocer el diagnóstico de la enfermedad, o durante la espera del resultado de las pruebas diagnósticas y confirmatorias, y se ve reflejada en síntomas como nerviosismo, irritabilidad, trastorno del apetito e insomnio (Correa *et al.* 2007, Piña, Dávila, Sánchez-Sosa, Togawa y Cázares, 2008)

La intervención del psicólogo y el acompañamiento multidisciplinar es fundamental en diferentes momentos del diagnóstico, de forma que se pueda brindar una atención integral al sujeto diagnosticado. Se puede considerar un primer momento, la asesoría pre y pos test, cuyo objetivo es informar los resultados de las pruebas diagnósticas para VIH, por lo que en este primer contacto con el individuo, el psicólogo debe disponer de toda la información sobre los diferentes temas relacionados con el VIH que el consultante pudiera demandar, con el fin de esclarecer todas sus dudas y minimizar en lo posible la ansiedad que genera la espera del resultado; en caso de que este sea negativo, la asesoría post prueba deberá orientarse hacia la psicoeducación que facilite la adopción de prácticas sexuales seguras. Un reto mayor surge cuando el resultado de la prueba ELISA y su confirmatoria son positivos, pues, en primer lugar, se debe comunicar el resultado de forma directa, evitando rodeos que puedan incrementar la angustia del individuo, luego hay que brindar la mayor claridad sobre lo que implica vivir con VIH/sida y por ultimo brindar un espacio para que la persona recién diagnosticada haga preguntas adicionales y

exprese de forma abierta, y sin llegar a sentirse juzgado, todas las emociones que le genera conocer su estado de seropositivo; el diagnóstico positivo genera una serie de sentimientos de pérdida en aspectos de la vida del sujeto. El diagnóstico implicará visitas periódicas a los profesionales de la salud, en algún momento deberá tomar medicamentos, se puede percibir cercano a la muerte y consecuentemente al fracaso de su proyecto de vida. Un segundo momento de intervención psicológica ocurre durante el estado asintomático del sujeto, en el que se presentan diversas maneras de asumir un estilo de vida saludable y se continúa acompañándolo en la elaboración del proceso de duelo que se inició en el primer momento al conocer el diagnóstico, evaluando las diferentes opciones de afrontar esta situación. El tercer momento ocurre cuando un sujeto se encuentra en la fase sintomática de la enfermedad, donde se debe orientar a que la persona maneje adecuadamente los estados emocionales que se pueden generar a partir de los síntomas y la realización de un nuevo proceso de duelo. (Núñez, Tobón, Vinaccia, Arias, 2006).

5.4 Impacto del diagnóstico en las interacciones personales

El diagnóstico de VIH positivo puede afectar todas las esferas de interacción con otras personas, particularmente las referentes a las relaciones familiares y afectivas, para Correa *et al* (2007)

La enfermedad pone a las familias frente a uno de los mayores desafíos de la vida. En especial la enfermedad crónica rompe el equilibrio y genera crisis por diversas pérdidas asociadas a la enfermedad. Los múltiples cambios de la estructura familiar y su funcionamiento, producto de las tareas de acompañamiento y atención al enfermo, alteran las rutinas de cada uno de sus miembros y las diversas reacciones emocionales que experimentan interfieren en su cotidianidad. (p. 45)

Teniendo en cuenta lo anterior, es posible que algunas personas decidan mantener en secreto su diagnóstico por temor a perturbar el ambiente familiar; además, para los HSH, el hablar de su orientación sexual ya implica un punto de quiebre en la relación familiar, pues en algunos casos no son aceptados, de tal manera que el compartir un diagnóstico

que estigmatiza como el VIH no es tarea fácil, pues el temor ante un posible rechazo prevalece. Al respecto, Correa *et al* (2007) señalan que:

La actitud de la familia frente a la infección del VIH es fundamental cuando se evalúa el afrontamiento y la calidad de vida de las personas portadoras del VIH/sida. Además es, frecuente que la familia conozca en forma simultánea el diagnóstico y la orientación sexual de la persona afectada, lo que implica el afrontamiento de un doble duelo y las reacciones homofóbicas que interfieren en el apoyo afectivo. (p. 47)

5.5 El Proceso de Duelo

Para Tapias (1996), citado por Uribe (2007), el duelo es “el proceso natural vivido por la persona que se duele, sufre y lucha interiormente por una pérdida” (p. 209), así las cosas, perder “algo” implica dolor y sufrimiento en las personas afectadas, es un momento que desestabiliza emocionalmente y que debe tener una “evolución” para llegar, finalmente, a la aceptación de la pérdida o pérdidas percibidas; como se señalaba anteriormente, el impacto del diagnóstico de una enfermedad como el VIH genera múltiples reacciones emocionales en las personas diagnosticadas, marca un punto de quiebre en la vida de quien recibe la noticia y moviliza un proceso de duelo que puede afectar todas las esferas de la vida, donde se considera que “algo” se perdió irremediablemente: el sentirse sano, la posibilidad de vivir muchos años y consecuentemente, construir un proyecto de vida paralelo a una relación afectiva y el disfrute de una vida sexual plena. Estas “pérdidas” reales o imaginarias requieren de una elaboración adecuada del proceso de duelo, para llegar a aceptar la pérdida, estableciendo estrategias de afrontamientos para continuar con la vida de manera habitual, aunque, introduciendo cambios que mejoraran la calidad de vida. Hay que tener en cuenta que, según Cabodevilla (2003), citado por Uribe (2007) “El afrontamiento del duelo depende del valor atribuido por la persona a su pérdida” (p. 209), de tal forma, si bien es cierto que existen etapas “genéricas” en la elaboración del duelo, existen varios factores subjetivos que hacen de este proceso, una experiencia individual, influenciada a su vez por patrones comportamentales del grupo poblacional al que se pertenece. Teniendo en cuenta la población objeto de estudio, esta investigación busco cuales son los principales

factores que influyen en la elaboración del duelo como respuesta al diagnóstico de VIH en un grupo de HSH, teniendo, de esta manera, una visión más amplia y generalizadora de lo que ocurre cuando un HSH es diagnosticado con VIH.

En este punto es conveniente plantear el concepto de pérdida; Uribe (2007) se propone que las pérdidas pueden ser reales y tangibles o estar en el plano de lo simbólico, para el autor “Estas pérdidas son procesos de rompimiento de los vínculos afectivos con objetos o personas y la reorganización emocional y cognitiva frente al hecho que genera desequilibrio temporal”, entonces; ¿Cuáles son las pérdidas más significativas que sienten que tuvieron el grupo de HSH ante el diagnóstico de VIH?; algunas pérdidas pueden ser simbólicas y están dadas por algún tipo de ideas irracionales que el sujeto tenga, entonces ¿Cómo lograr una reestructuración cognitiva que le permita al sujeto, hacer una reorganización emocional frente a lo que perdió?

A continuación se hará una descripción del concepto de duelo, desde la mirada de autores como Sigmund Freud, John Bowlby y Elizabeth Kübler – Ross.

El duelo es una respuesta emocional que ocurre tras una pérdida significativa para la persona, afectándola en sus aspectos psicológicos, afectivos, mentales, físicos y espirituales. Freud (1981) definía el duelo como “la reacción frente a la pérdida de un ser amado o de una abstracción equivalente, como la patria, la libertad, un ideal, etc.”.(p. 2091) y ante esta pérdida aparecía un estado de tristeza, que se prolonga por un tiempo necesario para que el sujeto realice la significación de esta pérdida, aceptando que aquello que le era tan amado, ya no existe. Consecuentemente por el dolor que subyace en este sentimiento de pérdida, el sujeto pierde temporalmente el interés por el mundo exterior mientras elabora psíquicamente la pérdida, retirando los afectos que lo unían al objeto perdido. Freud consideraba que el duelo no era un proceso patológico y hacía una analogía entre la tristeza que se experimentaba en el duelo, con la melancolía o depresión, que “se caracteriza psíquicamente por un estado de ánimo profundamente doloroso, una cesación del interés por el mundo exterior, la pérdida de la capacidad de amar, la inhibición de todas las funciones y la disminución del amor propio” (p. 2091),

siendo un proceso desestabilizador de la vida anímica y física del sujeto, que puede convertirse en una patología.

Bowlby (1997) reconoce también que se experimenta dolor y tristeza ante la pérdida de algo amado, por lo que es necesario elaborar un proceso de duelo que le permita al sujeto reorganizar su psiquismo, asumiendo estrategias de afrontamiento que le permitan trascender a los sentimientos de tristeza y desesperanza iniciales, para poder crear nuevos apegos hacia otras personas o cosas que tomen el lugar del objeto perdido. El dolor por la pérdida es producido por el apego que se tenía hacia lo perdido, siendo el dolor de la pérdida proporcional a la carga afectiva puesta en el objeto. Señala el autor que el apego es una necesidad vital que garantiza la supervivencia del ser humano, pues crea lazos, inicialmente con sus cuidadores, que satisfacen sus necesidades primarias. En función de estas premisas, Bowlby creó la Teoría del Apego, que, aunque toma cierta distancia del psicoanálisis, puede ser compatible con otras posturas teóricas de la psicología. Esta teoría refiere al establecimiento de vínculos afectivos de un sujeto con otras personas (sus padres inicialmente) y aclara que “las formas de comportamiento y los vínculos derivados de ellas están presentes y activos durante toda la vida (y no se limitan de ningún modo a la niñez, como suponen otras teorías)”. De esta manera, es claro que los apegos se mantienen a través del tiempo con las personas y objetos que representan un valor afectivo en la vida de las personas.

Bowlby plantea que desde la infancia, el sujeto sufre pérdidas que implican elaborar un duelo, por lo que estudió la aflicción en la primera infancia y en la niñez temprana, evaluando la manera en la que un niño se comporta con su madre luego de permanecer un tiempo en un hospital o en un hogar infantil apartado de ella. En un principio el infante llora y se mantiene expectante a la espera del regreso de la madre ausente, pero poco a poco la esperanza de que la madre regrese se pierde, por lo que experimenta una profunda aflicción. Estas características se pueden extrapolar al proceso de duelo que vive un adulto cuando tiene pérdidas significativas en su vida, particularmente en personas que reciben diagnóstico de VIH/sida. El asumir esta nueva realidad puede confrontar al individuo con aspectos tales como su sexualidad (dado que en la mayoría de casos, esta es su principal forma de transmisión). Correa *et al* (2007) proponen que en el

caso de los HSH, el diagnóstico puede generar sentimientos negativos hacia su orientación sexual, ligado a un sentimiento de culpa.

Lo esperado, en la mayoría de las personas, es que después de la pérdida venga un periodo de profunda tristeza y que pasado un tiempo prudencial, la persona se reponga gradualmente, aunque es probable que en algunas personas estos sentimientos no aparezcan en la misma intensidad, pues movilizan recursos psíquicos para afrontar dicha pérdida sin desestabilizar el estado de ánimo. Teniendo en cuenta las diversas maneras y estrategias que una persona pone en marcha para asumir y significar una pérdida, Bowlby señala que también existe un duelo “sano” y uno “patológico”; en el primero, la sensación de tristeza va declinando con el tiempo hasta que el sujeto llega a aceptar la pérdida, mientras que, en el duelo patológico se puede tener un estado de desesperanza crónico que se puede asociar a conductas suicidas o también negación recurrente de la pérdida. Uribe (2007), propone clasificar los duelos cuando dice que:

Puede darse varios tipos de duelo: el normal; el retardado (cuando no se da de inmediato por la anestesia”); el crónico (por no resolverlo a su debido tiempo); el patológico (afecta la calidad de vida y el entorno de quien enferma), y el anticipatorio. (p. 210)

Entre las variables que afectan el curso de un proceso de duelo, Bowlby señala cinco clases principales, en referencia a la pérdida de personas, pero para efectos de este proyecto, se asume que ocurre lo mismo cuando la pérdida involucra otros aspectos, como los que subyacen al impacto emocional producido por el diagnóstico de VIH/sida:

- Identidad y rol de la persona perdida
- Edad y sexo de la persona que sufrió la pérdida
- Causas y circunstancias de la pérdida
- Circunstancias sociales y psicológicas de la persona que sufrió la pérdida alrededor del momento en que ésta se produjo y posteriormente
- Personalidad del que sufrió la pérdida con especial referencia a sus facultades para establecer relaciones de amor y capacidad para responder a situaciones de estrés. (p. 185)

Como se observa, los factores personales tienen una gran influencia en la elaboración de un proceso de duelo, por lo que la intervención en psicología debe tener en cuenta todas estas variables que convergen en el sujeto.

El duelo implica una reorganización psicológica entorno a lo que se considera que se perdió de manera irremediable e implica recuperar el equilibrio interno, que se ve afectado por la carga afectiva que tenía lo perdido para el sujeto. Bowlby consideró los diferentes aspectos psicológicos que intervienen el duelo (tanto en el sano como en el patológico) y llegó a la conclusión que el duelo es una experiencia dolorosa pero no necesariamente patológica para todas las personas.

Kübler – Ross (1993), dedicó su trabajo al acompañamiento de pacientes terminales y al apoyo emocional de la familia. Ella plantea que la elaboración de un proceso de duelo puede tener varias etapas y que no todas las personas lo hacen de la misma manera. Para efecto de esta investigación se retomaran los planteamientos de Kübler – Ross entendiendo el concepto de duelo más allá de aceptar la muerte de alguien. En personas diagnosticadas con VIH/sida ocurren diferentes pérdidas significativas, por lo que es probable que experimenten las mismas etapas; sin embargo Correa *et al* (2007), citando a Fonnegra, menciona que estas etapas facilitan una guía para la intervención del equipo de profesionales que participan en el acompañamiento de adopción de estrategias de afrontamiento de la enfermedad, aunque aclara que no en todos los casos estas etapas se dan en forma ordenada e incluso, en algunos casos, no se llega a la aceptación. Esta investigación propone caracterizar el proceso de duelo que subyace al diagnóstico de VIH/sida en un grupo de HSH de la ciudad de Cali, en dicha caracterización se podrá observar si este grupo sigue las etapas sugeridas por Kübler – Ross o, si por el contrario, establece dinámicas diferentes en función del contexto social, vivencia de su sexualidad, entre otros. El Cuadro No. 6 describe las etapas que debería seguir un proceso de duelo propuestas por Kübler – Ross:

Cuadro 6. Etapas del proceso de elaboración del duelo

Etapas	Descripción
Negación	Luego que la persona recibe la noticia de una pérdida significativa para ella, en este caso el diagnóstico VIH/sida, la primera reacción es de choque e incertidumbre. No le es posible aceptar la información recibida y su reacción inicial es negarla creyendo que es imposible, que eso no puede estarle pasando. En este punto la negación se constituye en un mecanismo de defensa.
Rabia e Ira	Luego de la negación, el sujeto experimenta sentimientos hostiles hacia sí mismo y hacia los demás, en esta etapa son frecuentes la culpa y la vergüenza. Siente que no hay razón suficiente para que una situación como ésta le ocurra, mientras que la vida de las otras personas sigue igual.
Negociación	Ante el impacto de la realidad, el afectado busca posponer los hechos y si la persona creyente, se dirige a Dios con quien se establece un pacto que incluye una serie de promesas a cumplir en un tiempo determinado, además le pregunta a Dios por las razones para que esto le esté ocurriendo ahora. Hay entonces una aceptación parcial de la situación.
Etapas	Descripción
Depresión	Una vez se agotan los recursos que le proveen las etapas anteriores, la persona siente un profundo dolor ya que ha aceptado la situación real de pérdida. Esta es una etapa preparatoria para la aceptación en la medida en que le sea posible expresar abiertamente su tristeza, sin sentirse juzgado por ello, pues lo único que necesita es ser comprendido y apoyado.

Cuadro 6. (Continuación).

Etapa	Descripción
Aceptación	Cuando se ha tenido un acompañamiento profesional en el transito por las anteriores etapas, se logra aceptar el diagnostico como algo profundamente ligado a su vida, por lo que es necesario establecer medidas que le permitan mantener una calidad de vida adecuada, esto incluye la adopción de un estilo de vida saludable, la adherencia al tratamiento y un ejercicio responsable de la sexualidad. Eventualmente la persona vuelve a sus actividades cotidianas y es capaz de reutilizar la energía mental que antes usaba para estar triste y culpar a otros, para emprender nuevos proyectos, pensando en un futuro a largo plazo.

Fuente: Manual de Apoyo Psicosocial de la Cruz Roja Colombiana (2005).

Como se mencionó anteriormente, en la elaboración del proceso de duelo, median factores socioculturales, la religión, la capacidad de afrontamiento del sujeto, el apoyo social percibido y la propia personalidad del individuo, por lo que es claro que no todas las personas elaboran el duelo de la misma manera, aunque por lo general se podría pensar que se presentan todas o algunas de las etapas señaladas anteriormente.

Para entender las diversas significaciones que un grupo de HSH hace del diagnostico de VIH/sida recibido en el último año, y las subjetividades en la construcción de cada proceso de duelo, es necesario conocer las distintas representaciones que las personas hacen de esta nueva realidad, para lo cual se propuso el siguiente método que permitió recolectar la información pertinente para alcanzar los objetivos propuestos.

6. MÉTODO

6.1 Tipo de estudio

El *tipo de estudio* utilizado para la realización del presente proyecto se sitúa desde el paradigma cualitativo de tipo fenomenológico, con el propósito de lograr una descripción e interpretación holística la problemática a investigar. El interés de los investigadores fue documentar todo tipo de información brindada por los sujetos participantes. Este estudio siguió los pasos de una investigación no experimental de tipo transversal descriptivo teniendo en cuenta que un estudio descriptivo evalúa diversos aspectos que giran en torno al fenómeno de interés para el investigador, buscando entender los fenómenos sociales desde la propia perspectiva de quien lo vive. (Hernández, Fernández y Baptista. 1991, Strauss y Corbin. 2002).

6.2 Diseño de investigación

La investigación propuesta en este proyecto y la información obtenida fueron de tipo cualitativo, que esta basado en la recolección de datos no estandarizados, que surgen a partir de los puntos de vista de los participantes y su análisis no implica una medición numérica, por lo que el interés del investigador esta en la descripción detallada de los acontecimientos y en la carga afectiva puesta en ellos por los participantes (Hernández Fernández y Baptista 2006). Igualmente Hernández *et al* (2006) retomando a Patton, mencionan que “los diseños etnográficos pretenden describir y analizar ideas, creencias, significados, conocimientos y practicas de grupos, culturas y comunidades” (p.697) por lo que resulta pertinente, para esta investigación que analiza las significaciones que un grupo específico hace del diagnóstico de VIH/sida, utilizar el método etnográfico de corte transversal, ya que esta investigación indagó en significaciones y hechos en la vida de los participantes en un momento determinado.

La investigación de tipo cualitativo permite una mayor profundidad en las respuestas de los participantes, lo que genera una comprensión más amplia del fenómeno

investigado, pues permite indagar sobre los diversos factores y antecedentes que influyen o determinan el comportamiento actual frente a determinada situación. (Velandia 2007)

Teniendo en cuenta lo anterior, los hallazgos obtenidos no son el resultado de procedimientos estadísticos, aunque algunos datos si se pueden cuantificar, tales como: edad, nivel socioeconómico y nivel educativo. (Hernández *et al.* 1991). Siguiendo esta misma línea Taylor y Bogdan (1988), señalan que:

La metodología cualitativa se refiere a la investigación que produce datos descriptivos. Es inductiva, porque los investigadores comienzan sus estudios con interrogantes vagamente formuladas y con un diseño de investigación flexible. Es holística, puesto que los escenarios y los grupos no son reducidos a variables, sino considerados como un todo. Es naturalista, porque intentan reducir su impacto al mínimo o por lo menos, entender y considerar los efectos que ellos mismos causan sobre las personas que son objeto de su estudio. Además, comprenden a las personas dentro del marco de referencia de ellas mismas, son humanistas, y apartan sus propias creencias de la investigación porque todas las perspectivas, escenarios y personas son consideradas valiosas, dan énfasis a la validez de su investigación, considerándola como un arte. (p.1)

6.3 Participantes

Los ***participantes*** de esta investigación fueron seleccionados de acuerdo con una selección intencional por conveniencia y se realizó con seis HSH que recibieron diagnóstico de VIH/sida en el último año, y que previa explicación del objetivo y alcances de este trabajo, accedieron a participar voluntariamente en la investigación. Los participantes de la investigación fueron captados del grupo de HSH que asisten al programa de VIH de un Hospital Público de tercer nivel de la ciudad de Cali, este programa busca brindar una atención integral a las personas que viven con VIH/sida, buscando la participación activa de los consultantes, también se complementó la búsqueda de participantes en usuarios de un grupo de apoyo, que nace como una iniciativa del Programa de VIH de una EPS de la misma ciudad.

Cuadro 7. Caracterización psicosocial de los participantes

Participante	1	2	3	4	5	6
Edad	27 años	40 años	28 años	36 años	34 años	29 años
Escolaridad	Universitario	Bachiller	Universitario	Bachiller	Bachiller	Bachiller
Ocupación	Economista	Guarda de seguridad	Administrador de empresas	Independiente	Vendedor	Estilista
Tiempo Diagnostico al momento de la entrevista	10 meses	7 meses	6 meses	7 meses	9 meses	1 mes
Sub Categoría HSH	Homosexual	Bisexual	Homosexual	Homosexual	Homosexual	Homosexual
Régimen de salud	Contributivo	Contributivo	Contributivo	Subsidiado	Contributivo	Subsidiado
Ciudad de origen (Al momento de la entrevista todos residen en Cali)	Buenaventura	Vijes	Cali	Pradera	Cali	Guacari
Relación de pareja al momento de la entrevista	No tiene	Si tiene	No tiene	Si tiene	No tiene	No tiene
Aceptación del entorno familiar de la orientación sexual del participante	No aceptan	Si aceptan	No conocen su orientación	Si aceptan	Si aceptan	No conocen su orientación la mayoría de familiares
Apoyo familiar percibido frente al Diagnostico	No conocen diagnostico	Apoyo adecuado	No conocen diagnostico	Apoyo adecuado	Apoyo adecuado	No conocen diagnostico
Temor frente al deterioro físico por complicaciones del Diagnostico	Si se presenta	Si se presenta	Si se presenta	Si se presenta	Si se presenta	Si se presenta

6.4 Criterios de inclusión

En esta investigación se adoptaron los siguientes criterios de inclusión de los participantes: edad, escolaridad, tiempo de diagnóstico y orientación sexual. En el Cuadro No 8 se señalan los criterios y el procedimiento de reclutamiento de los participantes.

Cuadro 8. Criterios de inclusión en la investigación

Criterio	Procedimiento	Justificación
Orientación sexual	Seleccionando HSH con diagnóstico de VIH/sida.	Se establece esta categoría para delimitar la población objeto de estudio, teniendo en cuenta que el VIH/sida se ha convertido en una pandemia mundial que puede llegar a afectar a cualquier persona. Se escoge este grupo pues es el que aún presenta la mayor prevalencia y vulnerabilidad de VIH/sida a nivel mundial, por lo que se requiere mantener programas y proyectos de investigación dirigidos a esta población.
Edad	Seleccionando HSH con un rango de edad entre 18 y 40 años.	Lo esperado para personas en este rango de edad es que estén elaborando un proyecto de vida, estableciendo relaciones de pareja y adelantando estudios, de tal manera que el diagnóstico de una enfermedad catastrófica, puede afectar de forma negativa lo mencionado anteriormente, convirtiéndose, el diagnóstico, en un elemento desestabilizador. En personas de mayor edad se esperaría que ya muchos de sus proyectos y metas estén culminados, por lo que el impacto del diagnóstico sea menor.

Cuadro 8. (Continuación).

Criterio	Procedimiento	Justificación
Tiempo de diagnostico	Seleccionando HSH diagnosticados con VIH/sida en el ultimo año.	Las personas con un diagnostico de VIH/sida menor a un año, están en el proceso de aceptación y significación de esta patología, lo cual influye en la manera de elaborar un proceso de duelo y de establecer estrategias de afrontamiento. Quienes llevan más tiempo con VIH/sida, es probable que tengan una red de apoyo que les brinde información y retroalimentación en el tema del VIH. a mayor tiempo de diagnostico se ha conquistado posiblemente un nivel de conocimiento que les pudieran permitir mejores y mas elaboradas estrategias de afrontamiento.
Escolaridad	Seleccionando HSH que cumplan con los criterios arriba mencionados y que su nivel de escolaridad sea como mínimo secundaria completa.	De acuerdo con el nivel educativo alcanzado se puede esperar un discurso mas fluido, extenso y mejor construido, que puede dar cuenta de la significación que cada uno hace del diagnostico recibido. De personas con un menor grado de escolaridad se podría encontrar respuestas de tipo si/no, que no permitirían una comprensión real de la dinámica psicológica puesta en marcha para dar respuesta al diagnostico.

6.5 Criterios de exclusión

Fueron considerados criterios de exclusión todos aquellos que estén en conflicto con los criterios de inclusión:

- Que el sujeto no perteneciera ningún subgrupo HSH (homosexual, bisexual, trabajador sexual, etc.)

- Que el sujeto hubiera sido menor de dieciocho años o mayor de cuarenta y cinco años
- Haber recibido diagnóstico de VIH/sida hace más de un año
- No haber completado la educación secundaria
- Posibles alteraciones cognitivas que pueda presentar un potencial participante
- Explicitar su deseo de no participación en el estudio de Investigación
- No firmar el consentimiento informado.

6.6 Categorías de Análisis

Para una mejor comprensión de la información obtenida, es necesario categorizar en segmentos de interés investigativo, los aspectos sobre los cuales se desea indagar y que contribuyan a alcanzar los objetivos propuestos en esta investigación; la categorización facilita el análisis de la información y es necesario tener en cuenta el discurso del participante, pues pueden aparecer aspectos recurrentes que, al ser reiterativos, se convierten en categorías emergentes que también deben ser analizadas. (Hernández *et al*, 2002). Teniendo en cuenta el interés de la investigación en indagar sobre los aspectos psicosociales en torno a la elaboración del proceso de duelo como respuesta al diagnóstico de VIH en un grupo de HSH, se propusieron las siguientes categorías de análisis:

- Perdidas, este apartado incluye la percepción de pérdidas reales o simbólicas, referentes a la salud, relaciones afectivas, deterioro de la autoimagen, pérdidas en el plano laboral, etc.
- Estados emocionales, se tuvo en cuenta la interpretación del discurso de los participantes, donde explicitaban sentimientos de depresión, estrés, ansiedad, ideas suicidas y sentimientos de culpa.
- Apoyo social percibido tanto familiar como neofamiliar, además de la percepción de seguridad que brinda el sistema de salud.
- Mecanismos de afrontamiento

- Categorías emergentes, aquí se tuvo en cuenta aquellos aspectos que inicialmente no habían sido tenidos en cuenta y que aparecieron de forma reiterada en el discurso de los participantes, tales como aspectos relacionados con la orientación sexual y aspectos relacionados con la espiritualidad.

6.7 Instrumento

El *instrumento* utilizado para recolectar la información necesaria para adelantar esta investigación fue una entrevista en profundidad, de tipo cualitativo, que en palabras de Taylor *et al* (1988) se caracterizan por que:

...las entrevistas cualitativas, a diferencia de las estructuradas, siguen el modelo de una conversación entre iguales, donde el propio investigador es el instrumento y no lo que está escrito en el papel: éste avanza lentamente al principio, intenta establecer un rapport inicial, plantea preguntas no directivas, etc. aunque esto se lleve a cabo en situaciones preparadas. (p. 4)

La entrevista en profundidad indaga en aspectos de interés para el investigador y se basa en el discurso libre del entrevistado, además “pretende proporcionar un cuadro amplio de escenarios, situaciones o personas, manteniendo en común las otras características de rapport y comprensión detallada” (Taylor *et al* 1988, p 4))

Los lineamientos que direccionan la entrevista están dados por los temas o categorías de análisis que dan cuenta de la realidad sobre la cual se desea obtener información, el acercamiento a esta realidad implica un compromiso para el investigador, pues debe comprender y reconocer las diversas formas de vida de los participantes. Para lo anterior se propusieron las siguientes categorías y unidades de análisis sobre las cuales el entrevistador se aseguró de indagar. Es necesario aclarar que en el desarrollo de las entrevistas surgieron nuevas categorías y unidades de análisis, tomadas como categorías emergentes, que fueron tenidas en cuenta por los investigadores, pues éstas daban cuenta de diversas significaciones del momento vital de los sujetos, pero para propósitos prácticos se plantearon las preguntas que guiaron el desarrollo de la entrevista en profundidad en el anexo No 1.

Como un recurso para orientar la entrevista, se diseñó una tabla que contiene los temas que se complementaron y orientaron la entrevista en profundidad (ver anexo No 2)

6.8 Procedimiento

Esta propuesta de investigación se inició con una revisión bibliográfica de referentes teóricos que abordaban el tema propuesto, a partir de este momento se inician las fases del desarrollo de la investigación.

La primera fase fue la aproximación preliminar a la población objetivo, para lo cual se realizó contacto con profesionales a cargo de los programas de promoción y prevención en las Instituciones donde se aplicaron las entrevistas.

La segunda fase fue la realización de la entrevista en profundidad, la cual se aplicó de manera individual, para lo cual se buscó un espacio que brindara las condiciones necesarias de privacidad y comodidad para la introspección de cada uno de los participantes, teniendo en cuenta la posibilidad de que si el aporte dado por el entrevistado era amplio, se podría programar varias entrevistas para recoger toda la experiencia del sujeto.

La tercera fase consistió en la transcripción y análisis de las entrevistas en profundidad que se realizó de manera textual, haciendo registro riguroso de la información en matrices (ver anexo No 4), esta es una forma de sistematizar la información recogida de la realidad para investigar la significación que hacen los sujetos participantes de la nueva situación vital a partir del diagnóstico de VIH positivo; se tuvo en cuenta las observaciones realizadas por el entrevistador, donde se registraron aspectos como cambios en el tono de voz, gestos, etc.

La cuarta fase implicó una reflexión y análisis de los datos obtenidos para la realización de la discusión y conclusiones del proyecto

6.9 Consideraciones éticas

Esta investigación es considerada de riesgo mínimo según lo dispuesto por la Resolución 008430 de 1993 en su Artículo 11 y tuvo en cuenta las disposiciones legales de la Ley No. 1090 de 2006, que establece los parámetros y criterios éticos del ejercicio de la psicología y de la investigación con participantes humanos, al mismo tiempo se ciñó a lo estipulado en el Decreto No. 1543 de 1997, sobre el manejo de la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH).

La información cualitativa se obtuvo de una entrevista en profundidad, realizada a cada sujeto de manera individual, a la que los participantes accederán a responder de forma totalmente voluntaria, una vez explicados los objetivos de la investigación y firmado el consentimiento informado (ver anexo 1).

El marco teórico presentado anteriormente, contextualiza la investigación que se desarrolló a partir del análisis de la información recolectada de los participantes y que se articuló a los referentes conceptuales para alcanzar los objetivos de la investigación, buscando privilegiar aspectos claves de la atención psicológica a HSH que recibieron diagnóstico de VIH/sida

7. RESULTADOS

Para el análisis de la información obtenida, se decidió hacer una revisión manual de las entrevistas, a fin de dar cuenta de todos los aspectos que privilegian los participantes frente al tema propuesto. (Ver Anexo No 4). Además, la decisión de hacer el análisis manual viene dada por el deseo de incluir en el análisis de la información, aspectos subjetivos observados por el investigador durante cada entrevista, tales como inflexiones de voz, gestos, emociones, etc. garantizando la validez y la confianza de la información obtenida; el análisis manual o artesanal de los datos permite, como se mencionaba anteriormente, ubicar y contextualizar otros aspectos del fenómeno investigado relevantes para los sujetos y que se hacen evidentes en el discurso de cada uno de ellos, pero que no estaban incluidos en las categorías de análisis propuestas inicialmente por los investigadores. Se busca por este método artesanal, interpretar de manera veraz y dar sentido al conocimiento suministrado por los participantes. (Farías y Montero 2005).

Los principales hallazgos de esta investigación se encuadran en las categorías de análisis presentadas anteriormente:

7.1 Pérdidas

Todo diagnóstico de enfermedad crónica genera una percepción de pérdida, se siente que la vida ha cambiado de manera radical.

7.1.1 Pérdidas asociadas a la salud

En esta categoría se observó que los participantes en la investigación refirieron pérdidas en la percepción de salud, pues ahora se sienten vulnerables, lo cual genera en ellos sentimientos de angustia y ansiedad. “...*Para mi esta depresión es la que no deja que mi carga viral baje, aunque este tomando los medicamentos, también mis CD4 están bajos, fíjese que en estos días inclusive deje de tomar los medicamentos por unos días, estaba muy aburrido...*” (S 2); “...*Yo sentía que me iban a salir llagas y manchas en el*

cuerpo, pensaba que los dientes se me iban a caer...me miraba los brazos, me miraba mi cuerpo y lo único que podía decir era, ¡Dios mío ayúdame!...Sentí que perdí el alma, se me fue como la vida misma, por la idea que tenía que me iba a morir en tres meses...de pronto estaba más enterado de los síntomas de la enfermedad, lo que era diarrea consecutiva, la pérdida de peso, eso era lo que yo veía en persona que sabía que eran homosexuales y que al tiempo los volvía a ver muy delgados y demacrados, y yo pensaba que esa persona tenía Sida y que se va a morir, mi reacción era alejarme de ellos, me daba miedo acercarme a ellos, y si me tocaban corría a lavarme las manos por medio al contagio, esa misma sensación es la que tengo ahora frente a mis compañeros de trabajo, que ellos puedan pensar que yo los puedo contagiar con tan solo tocarlos” (S3); “...también me cuido mucho de ir a sitios a donde acude mucha gente, me cuido mucho de la gente, porque sé que ahora me debo cuidar de la gente más que ellos de mí... sé que cualquier bacteria en alguno de estos sitios de la calle me puede hacer daño...” (S 4); “...Pensaba que tenía Sida, que me iba a morir, que me iba a poner feo, que me iba a quedar en los huesos...”. El discurso de estos sujetos permite ver una amplia gama de ideas que no necesariamente se ajustan con la realidad de la patología, es más una percepción “mediática” de las implicaciones o consecuencias para la salud del VIH, en particular, el Sujeto No 1, manifestó durante la entrevista, que tenía depresión crónica y que se había agravado esta situación con el diagnóstico de VIH, lo cual afectaba su calidad de vida; el Sujeto No 3 propone una serie de ideas irracionales sobre las implicaciones del diagnóstico que se han ido ajustando en la medida que gana conocimiento sobre esta situación. Para el Sujeto No 4, los efectos adversos de los medicamentos son asociados a pérdida de la salud, al respecto menciona que “...los cambios que se empiezan a dar, cuando se comienza uno a tomar la droga, los cambios son muy fuertes, se le quita el hambre a uno, hay muchos vómitos.”

7.1.2 Pérdidas afectivas

Los participantes que al momento de la investigación no tenían pareja, percibían como complicada y lejana la posibilidad de establecer una relación de pareja funcional, pues temían un posible rechazo por parte de la persona que conocerían, algunos manifestaron

que seria más fácil si encontraran una pareja que estuviera en las mismas condiciones. *“...en algún momento de mi vida se ha llegado a convertir como en una meta el tener a alguien a mi lado entonces pienso que no es fácil porque si uno tiene VIH entonces es el doble de complicado o tres veces mas complicado, entonces eso si me llevo a preocupar mucho... Miedo es a encontrar una persona, que me enamore y me rechace por eso... yo me pongo en el lugar de otra persona que no tenga VIH y que tú quieras compartir con ella, y me remonto a mí, antes de yo tener el virus, cuando yo pensaba que si a mi alguien se me acercaba, así me gustara mucho, y me dijera que tenia VIH, la verdad yo no estaría con esa persona”* (S 1). Este sujeto no ha logrado establecer una relación afectiva estable y ahora que conoce su diagnostico de VIH, percibe esta posibilidad como lejana, pues él tenia muchos prejuicios negativos sobre las personas que vivían con VIH y asume que también puede ser rechazado por otros, lo que le genera temor e incertidumbre. Otros sujetos hablan sobre lo practico que seria establecer una relación afectiva con alguien con el mismo diagnostico, *“...creo que es difícil establecer quien puede afrontar esta situación si uno de ellos es negativo y no vive o siente lo mismo que el otro”* (S 3), *“...porque es difícil que alguien lo quiera con lo que uno tiene, me parece complicado volver a tener pareja, a menos que también tenga lo mismo, al fin y al cabo no soy el único con eso”* (S 5), *“...se pierde el deseo de enamorarse otra vez, ya como dice el dicho “toca comer a la carta” porque para estar estable con alguien es muy difícil, porque ahora tu carta de presentación es “soy portador” y yo no pienso decirle a todo el que conozca que soy portador, así que por ahora, sexualmente, comer a la carta, o esperar que aparezca alguien que genere confianza, y pueda contarle y entienda las cosas, es decir que acepte o que sea igual que tú, o sea, que también sea portador”* (S 6). Para otros sujetos, el diagnostico implicó un replegamiento del deseo sexual y para uno de ellos que tenia pareja, influyó en el deterioro de la relación, *“...Yo le perdí interés a todo, incluyendo lo sexual, hemos dejado de salir juntos, y eso le disgusta mucho a él, yo prefiero irme para mi casa, he cambiado mucho y esto lo ha notado él, me dice que no soy el mismo que él conoció... mi relación con mi pareja está muy mal; él también resultó positivo...”* (S 2), *“En pocas palabras ando en abstinencia... no he tenido relaciones con nadie, obviamente uno es ser humano y siento cosas, pero creo que el diagnostico me ha frenado mucho hacerlo”* (S 6)

7.1.3 Pérdidas en el plano laboral

El aspecto laboral también se percibe en riesgo, pues dos de los participantes estaban, al momento de las entrevistas, incapacitados por más de ciento ochenta días y estaban pendientes de calificación de invalidez para obtener pensión. *“...llevo 4 meses incapacitado y como me daba miedo perder mi trabajo por tanta incapacidad, yo conté el problema mío... mi medico dice que por mi trabajo, como manejo armas, seria conveniente la pensión...”* (S 1), *“...llevo 180 días de incapacidad y no sé que esté pasando por la empresa. De hecho, el medico ya me envió a evaluación por medicina del trabajo para ver si me dan pensión por invalidez...”* (S 5); otros sujetos ven el diagnostico de VIH como una amenaza limitante para el futuro laboral, *“...lo que si definitivamente detuvo fue mis planes laborales, aunque un amigo me conto recientemente, que cuando hacen exámenes de sangre para trabajar, no se incluye la prueba de VIH, eso me ha calmado un poco mas...”* (S 3), *“Pienso que físicamente, por algunas reacciones que pueda tener por los medicamentos, si se podría ver afectada mi actividad laboral... si me resultara un trabajo en otra ciudad, primero tendría que definir como continuo el tratamiento, como me afilio a algún sistema de salud, entonces siento que eso si me detiene mucho y he llegado a la decisión de que si algo le va a costar un traumatismo al tratamiento, entonces prefiero no hacerlo, creo que preferiría hacer planes de trabajo aquí en Cali, donde ya conozco como son las cosas, veo el futuro como algo incierto.”* (S 4)

7.1.4 Pérdidas relacionadas con la autoimagen

Teniendo en cuenta que esta patología esta ligada al estigma, discriminación y rechazo social, los cambios físicos pueden ser una señal de que se vive con VIH, generando exclusión y aislamiento social, al respeto, la mayoría de sujetos expresaron temor frente a los cambios físicos, secundarios al diagnostico, principalmente el adelgazamiento. *“Mi miedo es a verme muy feo... que me mire al espejo un día y que no me vea como me veo ahorita, que no me vea igual, que cuando me vea al espejo me sienta feo, con alguna señal de la enfermedad... no quiero que pase eso.”* (S 1), *“...Me da miedo el llegar a*

*enfermarme...Verme como algunas personas, que se adelgazan, que se enferman de muchas cosas” (S 2), “...pensaba mucho en lo que le podía pasar a mi cuerpo, a mi piel...verme a mi mismo en un espejo y ver una persona demacrada, flaco, como con llagas en el cuerpo y en la piel, eso me da mucho miedo...” (S 3), “...Porque me veía en el espejo todo flaco, me contaba las costillas... pensaba en morirme” (S 5) “...verme flaco, a eso si le tengo miedo porque son cambios físicos que se notan **¿Cómo cuales cambios?** por ejemplo verte cada día ojeroso, flaco, flaco, flaco, flaco... pensaba que me iba a poner feo, que me iba a quedar en los hueso” (S 6). Para estos sujetos, el diagnostico de VIH se asociaba a un deterioro físico, lo cual puede estar influenciado por ideas erróneas previas.*

7.2 Aspectos emocionales

Numerosas reacciones emocionales surgen tras el diagnostico de VIH y se pueden encuadrar en las etapas del proceso de duelo propuestas por Kübler – Ross (1993) y Bowlby (1997).

7.2.1 Depresión

Fue el aspecto emocional común a los seis sujetos participantes, la depresión es motivada principalmente por la percepción de soledad afectiva y aislamiento social; al respecto los sujetos manifestaron que “Cuando pienso que me puedo quedar solo mucho tiempo porque tengo VIH y nadie va a querer estar conmigo por eso, me pongo muy triste “ (S 1), “...No he logrado superar ese golpe, siento que lo perdí todo, siento que le perdí el sentido a la vida, a mi ahora no me importa nada, nada, nada...sinceramente yo le perdí amor a todo, al trabajo, a la persona que yo era antes, yo siempre me encierro y no quiero hacer nada...” (S 2), “Cuando la medica general me dio el primer diagnostico, me sentí muy mal, muy triste, muy desesperado...Sentía mucha desesperación, angustia y muchos nervios. Los primeros días después del diagnostico sentí mucha depresión, ahora ocurre con menos frecuencia, pero a veces pienso lo que hubiera sido de mi vida si el diagnostico hubiera resultado negativo” (S 3), “...yo creo

que comenzando el tratamiento es cuando uno mas se puede deprimir y tomar la decisión de no hacerse nada, porque es demasiado fuerte al comienzo “(S 4), “Sentí que el mundo se me había acabado... pensaba que se me había muerto el amor, que se me había muerto el sentir, que nada funcionaba, que nadie me iba a querer, que era como si uno lo mantuviera el diagnostico pegado en la frente y uno vive con la zozobra de que se den cuenta; (S 5), “...En estos momentos estoy como aburrido, imagínese, tengo 29 años y ya uno piensa como en estabilizarse, pero ahora que tengo esto ¿Qué va a pasar.” (S 6)

7.2.2 Estrés y ansiedad

La percepción de pérdida de salud, posibilidad de cambios físicos y soledad afectiva, generan también estrés y ansiedad en las personas recientemente diagnosticadas con VIH, como lo muestran los siguientes apartados de las entrevistas: *“pasaron como ocho días, en los que no pude hacerme la prueba y estuve muy angustiado porque llamaban de la EPS, pero yo no podía ir, luego cuando mi mamá estuvo mejor fui a hacerme la prueba confirmatoria y pasaron otros ocho días, no se imagina la angustia y la depresión que tuve mientras esperaba el resultado en esos quince o veinte días que pasaron...el diagnostico es algo que yo no he podido aceptar, a pesar de que me dicen, que es algo normal, de lo que no me voy a morir, yo no logro aceptar esta situación...no seria capaz de afrontar una cosa de esas, y ahora que me toca a mi, no lo puedo asimilar” (S 2), “...Yo sé que todo el mundo en la primera se pone muy nervioso y no lo voy a negar que yo sentí mucho miedo y ansiedad también, pensaba yo ¿Cómo pude llegarme a infectar? Cuando habían muchos métodos para evitarlo. Cuando la medica general me dio el primer diagnostico, me sentí muy mal, muy triste, muy desesperado; Salí de ese consultorio y no sabia que hacer ...yo pienso que el gran temor que tengo, es que personas que laboran conmigo y que como yo, tenemos acceso a documentos confidenciales de la historia clínica de los pacientes, se lleguen a enterar del diagnostico mío... mi decisión fue no empezar el proceso de los medicamentos hasta que no salga de la empresa donde estoy, por temor a que las personas con las que trabajo me rechacen; más fuerte es el miedo a sentir el rechazo, que de pronto el temor a que alguna*

enfermedad oportunista me ataque... las únicas cosas que puedo decir que siento, no se si es por el nivel de estrés que puedo llegar a manejar, son mareos, migraña, cuando me da mareo siento que mi cuerpo pierde energía y a veces parece que me fuera a desmayar, pero es lo único que hasta ahora he sentido” (S 3), “este mes estoy preocupado porque me dicen que no hay medicamentos en la farmacia, yo tengo hasta esta semana medicamentos y me asusta mucho el pensar que se puede suspender el tratamiento” (S 4), “...si me voy a morir, el día que sienta que me voy a morir me voy lejos, quiero evitarle la vergüenza a todo el mundo, a mi familia y a todos los que me conocen, llegando el caso lo haría, no me gustaría ser discriminado ni rechazado, creo que aun hay mucha gente retrograda que no sabe y aíslan o rechazan a la gente que tiene VIH” (S 6)

7.2.3 Ideas suicidas

Tres de los sujetos manifestaron haber tenido ideación suicida, el sujeto 2, refiere que ya desde antes del diagnostico, había tenido acciones suicidas motivadas por la depresión crónica que padece y que a partir del diagnostico se ha vuelto más recurrente. “...A veces no siento ganas de vivir, mi hermana vive en una finca en Vives y al fondo hay un árbol muy grande y yo me quedo viéndolo y pienso a veces que debería colgarme de él para terminar todo esto... Últimamente estoy pensando otra vez en la muerte, así empecé la otra vez, me voy a caminar sin rumbo por la finca de mi hermana, camino como si fuera un zombi, veo los arboles y pienso como en colgarme, la primera vez que intente suicidarme fui al rio y pensaba amarrar unas piedras y tirarme a un charco pero en ese momento llego gente y no pude hacerlo... si mi mamá no viviera, el mismo día que recibí el diagnostico me hubiera matado” (S 2), “...Sentí que el mundo se me había acabado, porque yo vivía solo en una pieza y mi respuesta fue “doctor, yo vivo en una pieza solo, ahí hay una viga en el techo, yo cojo una cabuya y me cuelgo de ahí” (S 5), “...estuve a punto de cometer algo de lo que me hubiera arrepentido toda la vida; estuve a punto de tomarme unas pastas, porque estaba pensando que mi vida no valía la pena y que era mejor acabar las cosas de raíz, estaba aburrido porque habían problemas con mi familia, alcance a tomar unas pastillas pero me arrepentí” (S 6)

7.2.4 Sentimientos de culpa

Los participantes se cuestionan sobre las razones que los motivaron a realizar prácticas sexuales de riesgo a pesar de haber tenido un buen nivel de información sobre prevención y mecanismos de transmisión del VIH, también se evidencia en algunos de ellos, sentimientos de culpa por la orientación sexual. *“...me sentí ignorante, como un tonto, eso si me paso; no culpe a nadie, además la cosas se dieron de una forma que no se podía culpar a nadie, fue un accidente digámoslo pero si me sentí muy tonto... si uno mira las estadísticas, la mayoría de las personas que más lo padecen son personas con poco estudio, bajo estrato económico, entonces eso me hizo pensar que soy una persona inteligente que he estudiado y que no debería estar en esta situación porque se supone que sé la forma de evitarlo y de hecho si las conozco, pero me paso que no las aplique porque de todas maneras fue un accidente que sucedió porque no tomé las medidas necesarias aunque ya conocía de ellas”* (S 1), *“... en mi familia no están preparados ni siquiera para saber que yo tengo preferencias sexuales por otros hombres y mucho menos para aceptar que tenga la enfermedad, porque mis padres son criados para ser personas con mentes mas cerradas y mas estrictos... Si, he sentido que puede ser como un castigo por no tomar un camino normal en cuanto a la parte sexual, yo he descargado mis deseos sexuales en videos y saunas para gente gay, he sentido que es un castigo de Dios por mis acciones, por no haber tenido cuidado en mis relaciones sexuales”* (S 3), *“... yo nunca fui desjuiciado, ni picaba aquí ni allá, pero los médicos me han dicho que di papaya, que uno puede ser muy sano y un simple descuido, trae consecuencias como esa y yo estoy de acuerdo con eso, lo que paso fue, que me deje llevar por la emoción y solo fueron tres o cuatro veces en las que no me cuide, porque pudieron mas las ganas”* (S 4). El sujeto 2 fue víctima de abuso infantil, por lo que siente que este acontecimiento marcó de forma negativa su vida. *De pronto me hubiera gustado tener una familia, es decir esposa e hijos, ahora no seria posible porque seria un engaño, pero yo creo que si mi primo no hubiera abusado de mi, yo tendría mi hogar ahora, aunque yo tuve una relación con una mujer por cuatro años, me sentía sucio con ella porque la estaba engañando”* (S 2)

7.3 Apoyo percibido

La búsqueda de apoyo emocional durante el proceso de duelo, permite desarrollar estrategias de afrontamiento positivas.

7.3.1 Apoyo familiar

La familia, concebida como soporte emocional en los momentos de crisis, esta ausente en la vivencia del diagnostico de VIH en tres de los seis participantes pues tienen temor de compartir con ellos su condición pues perciben que aspectos ligados a creencias religiosas en torno a la homosexualidad incrementarían el riesgo al rechazo y exclusión por parte de sus familiares que ven con buenos ojos la homosexualidad, lo cual incrementa sentimientos de abandono, vulnerabilidad y tristeza, por lo que prefieren compartir su diagnostico con pares antes que revelarlo a sus familiares. *“Siempre he estado muy distante con mis padres, ellos se fueron a vivir primero a Cúcuta y luego a Cali y nos dejaron a mi hermana y a mí en casa de mi abuela... Yo no le comento nada a mi familia porque yo sé que no tienen tanta información sobre el tema, y por un lado, se van a preocupar aun más que yo; y por el otro, pues aunque yo sé que me quieren mucho, no sé que tanto vayan aceptar esto... con mi familia nunca he hablado directamente del tema (de la orientación sexual), con mi mamá lo tocamos una vez, pero yo prefiero que eso sea muy personal, entonces no profundizo mucho del tema con las demás personas, creo que no tengo porque dar explicaciones acerca de eso, no crecí con ellos pero si crecí con mis tíos y con mi hermana, todo sigue normal la relación sigue igual, mis papas se molestaron algún tiempo, pero eso ya paso”* (S 1), *“En mi familia no lo conoce absolutamente nadie (el diagnostico de VIH), solo lo sabe mi amiga y mis dos amigos, en mi familia no están preparados ni siquiera para saberlo que yo tengo preferencias sexuales por otros hombres y mucho menos para aceptar que tenga la enfermedad”* (S 3), *“Obviamente de mi familia nadie sabe el diagnostico, he vivido solo con eso desde el principio porque ni siquiera tengo un amigo que lo sepa, entonces es duro, es duro cargar con una cruz que te toco solo, sin apoyo.”* (S 6). Por el contrario, en los otros tres sujetos, el apoyo familiar percibido ha sido fundamental para el

afrentamiento de esta nueva situación. *“...mi familia ha sido un gran apoyo, yo digo que si ellos me hubieran dado la espalda, yo ya no estaría aquí, toda mi familia se preocupa por mi, y no he sentido rechazo por parte de ellos, a todos les conté lo del diagnostico”* (S 2), *“...mis hermanas muy frescas, me dijeron que de eso ya nadie se moría, que no era sino que yo me pusiera las pilas con el tratamiento, como ambas son profesionales, entonces no se asustan, como cualquier persona que de pronto no ha estudiado y se asustan más, cuando yo voy a visitarlas, me recuerdan siempre si ya me tome las pastas, inclusive cuando alguien esta enfermo en la casa, me llaman y me dicen que no vaya”* (S 4), *“...Todos, mis hermanas han estado siempre muy pendientes de mi, la reacción de ellos ha sido normal, pienso que ellos han sido mi apoyo...”* (S 5)

7.3.2 Apoyo de pares

Las primeras personas con la que algunos de los participantes compartieron su diagnostico fueron amigos o amigas cercanos, que generan un mayor nivel de confianza, inclusive en el caso del sujeto 3, este amigo ya vivía con VIH, lo que significo un apoyo importante, pues compartió su experiencia y le aclaro muchas dudas sobre el VIH. *“Solamente lo saben dos amigas que incluso son hermanas, y las conozco desde que soy un niño, hay otras personas que lo saben, pero que he conocido por internet y que también tienen VIH, en internet hay páginas donde se hacen foros sobre el tema y he conocido algunas personas que luego las he conocido físicamente, entonces saben el diagnostico, pero digamos que son pocas y lo he hecho porque ellos están en la misma situación mía”* (S 1), *“...Tengo una amiga en la oficina a la que le conté el diagnostico, sabe por lo que estoy pasando, pero lo hice porque ella es una persona que tiene mente abierta y realmente puedo decir que puedo confiar en ella como amiga, me ha manifestado su apoyo y me ha acompañado a los exámenes que me he realizado... Recorro a mi amigo, hablo con él y el escucharlo y saber que lleva un proceso de años con el diagnostico (5 o 6 años), eso me ayuda a elevar mi estado de animo”* (S 3). La pareja también constituye para el sujeto 3 un apoyo, al respecto menciona que, *“Pienso que él (la pareja) ha sido mi mejor y primer apoyo, porque al primero que le dije que me habían mandado el examen fue a él y también fue a él al que primero le conté el*

resultado, me ha acompañado todo el tiempo, hacer las vueltas, a las citas, a los exámenes”; por el contrario, el sujeto 2, tiene temor de que su pareja también resulte diagnosticada y no percibe apoyo de su parte, ambos aspectos han determinado un deterioro de la relación de pareja: “Yo siento que las cosas están mal, yo le he dicho que en momento que él me diga que me vaya, yo mis recojo mis cosas y me voy, además siento que no he recibido apoyo de su parte en estos días que he estado tan enfermo, me parece que no le preocupa lo que me pasa, porque no pregunta como estoy y nunca me ha acompañado al medico, puede ver que estoy maluco y no hace nada, si él sale positivo, yo no le voy a dar la espalda y voy ha ser un muy buen amigo, me gustaría que mi familia también lo ayudara”

7.3.3 Apoyo de Grupos

Los grupos que congregan personas viviendo con VIH, brindan la oportunidad de conocer otras experiencias, tener más información y aclarar dudas sin el temor a ser rechazados. *“...Actualmente asisto a un grupo de auto apoyo que la EPS ofrece, ahí he conocido otras personas que viven la misma situación para hablar del tema...”* (S 2), *“...estoy asistiendo a un grupo de apoyo para conocer más a fondo las historias de otras personas, allí me han orientado mucho, y he obtenido mucha información de personas que también tienen la enfermedad...Desde la primera vez que he ido, me he sentido más cómodo por compartir con personas que tienen lo mismo, he visto personas de todas las edades con muy buena salud y eso me da esperanza y ánimos de seguir viviendo. Las personas que orientan el grupo a pesar de que no tienen la enfermedad, nos hacen sentir muy bien y no nos hacen sentir como la peste de la sociedad”* (S 3).

7.3.4 Apoyo percibido del equipo de salud y rol del psicólogo

La asesoría pre y post pruebas diagnosticas para VIH, es el punto de partida para sumir la nueva situación vital y es fundamental en la elaboración de estrategias de afrontamiento. *“...la doctora me explico que podía vivir normalmente, me podía verme bien, el psicólogo al que me remitieron me ha dicho que todo depende de mi actitud de*

cómo manejo la situación, que puedo verme tal como estoy ahorita en 20 años, que puedo verme mucho tiempo igual, pues si tengo el cuidado necesario con mi vida... el psicólogo te dice las cosas de un modo diferente, como que te prepara, te dice si es positivo no te vas a morir de eso tranquilo pero que pasa si el resultado es negativo, cuando vas a salir haciendo lo mismo de pronto si tenías una vida sexual irresponsable o consumes drogas y cosas así y si el resultado es negativo no va a cambiar en nada tu vida porque simplemente es negativo y sabes que no te vas a morir, de tal forma que no tienes información realmente del hecho de que así sea negativo ahora, no significa que más adelante pueda ser positivo, siento que el acompañamiento a veces es más como para consolarte y no me gusta eso, es como si alguien supiera que te va ir muy mal pero él quiere hacerte sentir que no es así” (S 1), “...yo no recibí ninguna asesoría antes de la prueba...” (S 2), “Antes de la prueba no me realizaron ningún tipo de preparación o asesoría, con el resultado confirmatorio me dijeron que debería ir al psicólogo, la prueba de ELISA me la entregó un medico general y la confirmatoria fue dada junto con el medico infectologo. El medico general fue muy seco y muy directo, me dijo que la prueba había salido positiva y que debía mandarme una prueba confirmatoria para saber si estaba o no con la enfermedad. El medico especialista me preguntó cosas como mi conocimiento sobre el porqué me habían enviado esta prueba, fue mucho más suave en ese sentido, me explicó muy bien cuales eran las características de esta prueba y me dijo que había salido positiva, me explicó el proceso que seguiríamos adelante y lo sentí mas cercano y más comprometido con su labor...” (S 3), “...Yo sentí mejor apoyo de la psicóloga de Profamilia, pues fue como mas carismática, sentía que me brindaban su amistad y eso me hacia sentir bien, la del programa fue más fuerte y seca cuando nos entregó el resultado, porque mi pareja y yo pasamos juntos a recibirlo, la sentí muy fría y distante, me parece que le falta calidez humana, no porque le tenga lastima a uno, sino que le faltó ese mensaje que de que la vida no se acaba y que todo sigue adelante. Yo pienso que por la cantidad de gente que atienden, es como “pase Usted, recibe la información y que pase el siguiente”; yo salí mas tranquilo de Profamilia, allá me dieron la oportunidad de preguntar cuáles eran las dudas que tenía frente al diagnostico, inclusive me preguntaron que si me quería tomar algo, porque había gente que reaccionaba de una forma muy negativa y angustiante ante el diagnostico, de hecho, ella me dijo (la psicóloga de Profamilia), que admiraba mucho mi fortaleza, pues ella

veía personas que se derrumbaban inmediatamente luego de una noticia como esta” (S 4), “... la psicóloga de la EPS me ha ayudado mucho, me invito a ir al grupo de apoyo, al principio yo no quería ir por temor a encontrarme con alguna persona conocida, pero al fin me anime a ir y la pase muy bien” (S 5). El sujeto 6 menciona que “...La prueba (presuntiva) me la entregó una psicóloga y me dijo puras huevonadas, para mi, la verdad los psicólogos valen mierda, porque ellos tratan de decir las cosas muy disimuladas como para que no duelan, la verdad es que para saberla hay sentirla, y no es necesario dar vueltas, ni indagar en cosas que no tienen sentido; decidí no hacerme la prueba confirmatoria, y dije, si me voy a morir, voy a morir contento”, sujeto 5 valora la intervención cuando se hace desde la experiencia propia de vivir con VIH: “La psicóloga me ha visto de forma individual, aunque yo creo que le falta mucho **¿Por qué?** Porque ella no lo tiene, una cosa es vivirlo y sentirlo otra cosa es leer y hablar de algo que no se tiene, pienso que ha sido más importante la experiencia del grupo de apoyo porque es más real, por ejemplo la vez que hable con la sexóloga y me conto que tenia el diagnostico desde hace quince años, entonces yo le pare más bolas y me atrajo más, ya me hablaba desde su vivencia, ella lo vive en carne propia y si lo vive ella, también lo podemos vivir nosotros, es más que tener un cartón con un titulo profesional, creo que la experiencia ayuda más”

7.4 Estrategias de Afrontamiento

Se encontraron diversas estrategias de afrontamiento puestas en marcha por los sujetos participantes en la investigación y que les permitieron amortiguar el impacto emocional del diagnostico de VIH. como se menciono anteriormente, la búsqueda de apoyo emocional en familiares, grupos de apoyo, pares y pareja, permitió a los sujetos, movilizar recursos para adaptarse a esta situación; igualmente, la búsqueda de información sobre los aspectos básicos del diagnostico permitió una mejor comprensión de esta situación. Para el sujeto 1, cuyo principal temor es que se evidencie físicamente la enfermedad, el buscar información en Internet sobre el VIH y métodos para paliar los posibles efectos de los medicamentos en su cuerpo: “Porque he leído mucho acerca de eso de los efectos secundarios que generan los medicamentos y he visto algunos casos de

personas que padecen de esos efectos y pues no quiero verme así... se puede hacer una cirugía, ya he hablado todo eso con el médico, ya lo confirme con él y me dice que se puede hacer si estoy bien de las defensas y si tengo mucho estomago, puedo quitarme la grasa de ahí y relleno en la cara, también hacer ejercicio para tener los brazos bien”, además, se encontró que cambió hábitos de vida, en busca de una mejor salud, cuando menciona que: “... ejercicio, comer bien, eso si a cambiado ahora, me fijo más en como me alimento y estar tranquilo, además en mi trabajo estoy generalmente muy tranquilo, eso no pasaba antes, en el anterior empleo... procuro estar más tranquilo ahora, disfruto más estar en mi casa solo, porque como te decía, estaba muy acostumbrado a estar con mucha gente entonces quería tiempo para mi solo, a hora me gusta estar con gente, pero si no lo estoy disfruto estar en mi cama viendo TV un rato, o estar durmiendo en lugar de hacer otras cosas, hay algunas cosas que pienso que debería cambiar...”. Para el sujeto 2, los síntomas de la depresión crónica que padecía se han agudizado por el diagnostico, al punto que no le permite movilizar recursos para el afrontamiento y afecta negativamente su calidad de vida: “Yo le voy a ser muy sincero, en estos momentos, yo no tengo ganas de nada, el psiquiatra me ha dicho que si yo sigo con esta actitud que tengo, lo mejor es que me internen y me hagan un tratamiento Yo le voy a ser muy sincero, en estos momentos, yo no tengo ganas de nada, el psiquiatra me ha dicho que si yo sigo con esta actitud que tengo, lo mejor es que me internen y me hagan un tratamiento... yo se que es algo mío y que yo debo enfrentarlo y hacer mis cosas, porque supuestamente en mi casa también me dicen que yo no quiero poner de mi parte para mejorar, pero eso no depende de mi, si las cosas dependieran de mí y yo decidiera que mañana voy a amanecer bien, eso seria bacanisimo, pero yo todos santos los días, todo el día, toda la noche pienso en lo mismo, porque yo casi no duermo, para poder dormir yo me tomo un medicamento y me quedo profundo, pero como a la una de la mañana me despierto a pensar y como además tengo tantas pesadillas, me despierto mucho, sueño o veo que animales se meten en mi cuarto, eso me angustia demasiado, mi pareja duerme conmigo pero yo no le digo nada, de todas formas a él le da lo mismo, hasta se enoja porque yo me levanto temprano y me pongo a ver televisión, él me dice, que aproveche y que duerma, pero es que ni en el día me da sueño, ojala pudiera recuperar el sueño que pierdo por la noche, pero no puedo, no me da sueño. El sujeto 6 se enteró del resultado de la prueba presuntiva hace tres años pero estuvo evitando hacerse la prueba

confirmatoria; el recurso de afrontamiento puesto en marcha fue el de la negación: *“Yo tenía un viaje planeado para Panamá y dije, para que mierda me hago la prueba confirmatoria, y decidí irme, quince días antes de irme, me hice la prueba confirmatoria y nunca la reclame hasta hace cuatro días, que me la entrego Usted, puedo decir que salí del país huyendo y estuve huyendo por tres años, salí huyendo de la persona que me contagio y de todo el mundo, no quería saber nada de nadie, y créame que me sirvió mucho... yo tome la decisión (de volver al país) porque ya había pasado mucho tiempo desde la primera prueba y yo quería saber si realmente lo tenía, finalmente era inevitable, igual yo guardaba como la esperanza de que la prueba fuera negativa pero cuando me lo confirmo, pues ya como que estaba preparado, tal vez fue menos doloroso que la primera, me sentí como más en confianza; también fue como un alivio, porque como había la duda, al saberlo pensé que había tomado la decisión acertada de volver a Colombia y voy a ver que hacer, ponerme en tratamiento; decidí que no iba a huir más”*. Un fortalecimiento de la parte espiritual constituye otra de las estrategias de afrontamiento encontradas: *“Yo creo mucho en Dios y me he acercado más a él Yo creo mucho en Dios y me he acercado más a él”* (S 1), *“... por eso trato de pedir perdón sea a los ángeles o a Dios, y trato también de perdonarme a mí mismo por haber tomado un camino erróneo, me hubiera gustado tanto no haber ido nunca a un sitio de esos y haber tenido mejor una relación estable con otro hombre”* (S 3), *“Siento también que la parte religiosa o espiritual se ha incrementado, anteriormente si estaba bien ahí estaba Dios, si estaba mal Dios no estaba, ahora voy a misa, voy a Buga, a la Milagrosa...”* (S 5)

7.5 Categorías emergentes

Aspectos religiosos y morales ligados con la aceptación de la orientación sexual y la forma en la que estos afectan las relaciones familiares y percepción personal de bienestar aparecieron en el discurso de algunos participantes: *“...Con mis padres ya había tenido dificultades cuando se enteraron que era gay, ellos asisten a una iglesia cristiana y les parecía un gran pecado”* (S 1), *“Hace 15 días sentí necesidad de apoyo espiritual y me fui hasta Buga y me confesé con el padre y le conté toda mi situación, porque yo quería estar en paz con Dios, pero sentí un gran rechazo por parte del padre, eso me afectó*

bastante, él me dijo que no podía comulgar porque estaba cometiendo un gran pecado al tener una pareja hombre, que si yo hubiera hecho las cosas como Dios manda, es decir hombre con mujer, no estaría en esta situación, yo busque un apoyo en la iglesia y no lo encontré, el padre me dijo que con este diagnostico lo mejor era que entregara mi vida a Dios y no volviera a tener sexo con ninguna persona” (S 2), “... en mi familia no están preparados ni siquiera para saberlo que yo tengo preferencias sexuales por otros hombres y mucho menos para aceptar que tenga la enfermedad, porque mis padres son criados para ser personas con mentes mas cerradas y mas estrictos en la parte moral” (S 3)

8. DISCUSIÓN

El carácter crónico de una enfermedad como el VIH/Sida pone de manifiesto las dificultades de la intervención psicosocial con las personas que reciben el diagnóstico, pues muchos aspectos deben ser tenidos en cuenta por el personal de salud, tales como modificación de prácticas sexuales, elaboración o continuidad de un proyecto de vida, desmitificar creencias erróneas sobre el VIH, aspectos morales y religiosos, la adherencia a los medicamentos, la confidencialidad del diagnóstico, el acceso al sistema de salud, etc., por lo cual es un reto dar respuesta a las necesidades que implícitas y explícitas de un consultante durante un proceso psicoterapéutico, por lo que comprender como significan el duelo ante el diagnóstico de VIH positivo diversos grupos poblacionales, propicia mejores intervenciones psicosociales.

Todo proceso de duelo es una experiencia subjetiva que cada individuo vive de forma particular como respuesta ante una pérdida real o simbólica. El diagnóstico de VIH se vive como un duelo por la percepción de pérdida de la salud, proyectos, sueños, posibilidad de establecer relación de pareja, etc. El curso que sigue el proceso de duelo está determinado por aspectos de la personalidad de cada sujeto (Bowlby, 1997); sin embargo, se puede decir que existen diferentes puntos de encuentro según el grupo poblacional al que pertenezca el sujeto, que hacen que esta experiencia subjetiva pueda tener rasgos comunes con la de otros pares, de tal manera que pueden existir diferencias en el proceso de duelo que elabora una mujer heterosexual al que elabora un HSH; aún así, se pueden encontrar aspectos comunes para cada grupo sin que necesariamente lleguen a ser excluyentes; en el caso concreto de esta investigación, se observó como un grupo de HSH vivieron la experiencia de recibir el diagnóstico de infección por VIH y que aspectos fueron comunes para todos los sujetos; así se puede inferir que, probablemente, sean características que se pueden generalizar para la población HSH, de esta forma, se pueden realizar nuevas propuestas de intervención psicológica en el momento de la asesoría pre y post test diagnóstico y durante el acompañamiento al paciente, su familia y/o pareja; serían intervenciones menos “genéricas” y más enfocadas a las necesidades de cada individuo, teniendo como punto de partida, los aspectos

comunes a su grupo poblacional, lo cual contribuiría a facilitar el afrontamiento de esta condición, mejorando la calidad de vida de las personas afectadas.

La caracterización del proceso de duelo de los HSH participantes permitió observar como la vivencia de pérdidas previas puede afectar positiva o negativamente la elaboración del proceso de duelo por el diagnóstico de VIH. Uno de ellos, refirió tener una depresión crónica e ideaciones suicidas secundarias, según él, a episodios de abuso sexual durante su niñez, por lo que se infiere que un duelo no resuelto puede afectar el proceso de duelo que se debe elaborar cuando se recibe el diagnóstico de VIH, se convierte pues, en un duelo patológico, que no sólo afecta la calidad de vida del paciente sino también la de su familia (Uribe 2007). El nivel educativo también cuenta a la hora de afrontar el diagnóstico de VIH, se observó que para los sujetos de menor nivel educativo participantes en la investigación, el futuro laboral estaba amenazado por la nueva condición de salud y pensaban, inclusive, en la posibilidad de obtener pensión por invalidez, mientras que los de mayor nivel académico mantenían proyectos laborales y profesionales a más largo plazo; pero, no por tener un menor o mayor nivel de formación académica se debería tener una mejor perspectiva laboral pues, finalmente, todos los sujetos tenían previamente planes y proyectos que se vieron truncados por el diagnóstico de una patología considerada como muchos como mortal, aunque, gracias a los nuevos medicamentos, hoy en día ya no lo es, de tal forma que las personas afectadas pueden llevar una vida normal, manteniendo los mismos planes o incluso, mejorando su proyecto de vida.

Bowlby (1997) y Kübler-Ross (2006), proponen una serie de etapas en el desarrollo de un proceso de duelo tras una pérdida real o simbólica; el diagnóstico de VIH implica, para quien lo recibe, asumir una nueva realidad y elaborar diferentes duelos por diferentes pérdidas que cada sujeto y de acuerdo a su experiencia puede llegar a significar. Las entrevistas y su análisis artesanal explicitaron como los sujetos afrontaron este diagnóstico y los aspectos emocionales que encuadran el proceso de duelo. Queda claro que las etapas planteadas por Kübler-Ross pueden presentarse en desorden u omitir alguna de ellas, para la mayoría de los casos de esta investigación; los participantes en esta investigación no explicitaron ideas significativas sobre ansiedad o estrés y el aspecto

emocional más recurrente era la aparición de síntomas depresivos, asociados a percepción de menor valía, pérdida de la posibilidad de establecer una relación de pareja y la posibilidad de deterioro físico, lo cual contribuye a que los sujetos opten inicialmente por replegar el ejercicio de la sexualidad, pasado el impacto, retoman actividad sexual, aunque se mantiene el temor de establecer una relación afectiva por un posible rechazo o discriminación, lo que contribuye al aislamiento social y a incrementar pensamientos de soledad y menor valía.

Bowlby (1997) plantea que el sujeto que sufre debe reorganizar su psiquismo para llegar nuevamente a un equilibrio y superar la pérdida; esto implica romper los lazos con lo perdido, dejando atrás los apegos y dándole sentido a la nueva realidad, pero ¿Qué tanto se pierde cuando se recibe el diagnóstico de VIH? Indudablemente la percepción de salud se afecta y no se volverá a recuperar, pues se empieza a vivir con una enfermedad crónica que requiere de cambios en la rutina de vida del sujeto tales como controles médicos, exámenes paraclínicos, toma de medicamentos, etc. Es el primer impacto del diagnóstico: sentirse enfermo; en este punto se inicia a elaborar el proceso de duelo que concluiría con la aceptación de esta situación vital. Kübler-Ross (2006) menciona las etapas que se podrían presentar en un sujeto para resolver el duelo; la depresión es la etapa que al parecer dura más, pues la mayoría de los participantes en la presente investigación explicitaron en su discurso estado de ánimo depresivo, oscilando entre depresión leve a severa (incapacitante), las causas eran variadas. Por ejemplo, dos tenían pareja al momento de la entrevista y sólo uno percibía apoyo por parte de ésta, los otros cuatro no tenían relación de pareja, viendo esta posibilidad como lejana y refieren episodios de depresión asociados a la percepción de estar solos afectivamente y de las posibles dificultades que, por el diagnóstico, se pudieran presentar a la hora de entablar una relación afectiva, lo cual va ligado al temor al rechazo, estigma y discriminación, lo que hace que esta etapa sea más recurrente en los sujetos participantes.

Según Cáceres (2002), los HSH tienen diversas dinámicas de interacciones erótico – afectivas, en la que el aspecto físico es relevante, por lo que es de resaltar el miedo de los participantes a que se evidencien cambios corporales (principalmente adelgazamiento) que puedan hacer sospechar a otras personas de su enfermedad; los temores de los

participantes giran en torno a dos ejes, el concepto de autoimagen y percepción de pérdida de la salud y el temor a ser estigmatizados y discriminados por vivir con VIH y afectar las interacciones con otros HSH en el plano erótico – afectivo y social.

Es claro que a pesar de los avances en el tratamiento de la infección por VIH y la sobrevivencia de las personas afectadas, aún subsiste en el imaginario colectivo, la imagen de las personas enfermas de Sida de la década de los ochenta, imágenes de personas consumidas y que morían muy fácilmente; su aspecto físico no dejaba dudas sobre su diagnóstico, por lo que hoy en día continúa vigente para muchas personas. La fórmula: HSH + enfermedad y/o pérdida de peso = Sida. Y es que uno de los principales temores de los HSH participantes en esta investigación fue el de llegar a verse enfermos, es decir, perder peso y otras señales físicas que pudieran hacer evidente o sospechoso su diagnóstico ante otras personas, con lo cual disminuiría su atractivo sexual (Cáceres 200, Brito *et al* 2002). Las interacciones erótico- afectivas y hasta sociales de los HSH se basan, en buena medida, de que tan deseable ante los otros puede llegar a verse una persona, el “*verse bien es sentirse bien*” reza un refrán popular, entonces ¿si no me veo bien, no me sentiré bien?, es probable que el miedo a no verse bien, como consecuencia del VIH, se convierta en un punto desestabilizante emocional adicional para el HSH que recibe diagnóstico. Según Cáceres (2002), los bares, discotecas, saunas, librerías, video-clubes, zonas públicas de contacto, revistas orientadas a HSH, y páginas y salones de chat en el internet, constituyen los espacios sociales de interacción con otros pares, por lo que el aspecto físico resulta importante a la hora de presentarse en un sitio de estos.

De igual manera, el temor a ser discriminados, estigmatizados y hasta rechazados se suma al impacto del diagnóstico de VIH, por la carga moral que tiene toda infección de transmisión sexual y todos los juicios morales que se hacen de quienes tienen una orientación sexual diferente a la heterosexual, además el VIH aún se percibe como una enfermedad mortal y fácilmente transmisible, por lo que la falta de información adecuada contribuye a aislar y a rechazar a las personas que aparentemente “tienen cara de tener VIH”; por otro lado, en la comunidad HSH, existe la idea de que el VIH puede resultar evidente físicamente por ciertas señales, principalmente el adelgazamiento.

En el discurso de los participantes se evidencia la percepción del VIH como algo externo o ajeno a los sujetos, ya que generalmente, cuando hacen referencia a la infección por VIH, se refieren a “eso”, lo cual podría ser una manera de negación del diagnóstico, siendo esta una de las etapas en la elaboración del duelo. (Correa *et al* 2007, Kübler-Ross 1989).

Un aspecto emergente a tomar en cuenta, es que cuatro de los seis sujetos vienen de otros municipios del Valle, lo que presenta a una ciudad grande como Cali, como una ciudad facilitadora de procesos de homosocialización, pues cuenta con espacios habilitados y validados para la expresión de afectos o inclinaciones diferentes a la heterosexual, por lo cual se constituye como sitio de acogida para los HSH de otros municipios en los que no se encuentra un ambiente propicio para el desarrollo y expresión de su sexualidad. Sin embargo, es necesario seguir fortaleciendo las campañas educativas que buscan el adecuado y permanente uso del preservativo en la población HSH, ya que en uno de los casos, la transmisión ocurrió probablemente, por rompimiento del preservativo, quizás por un uso inadecuado, en otros participantes la transmisión ocurrió cuando, luego de usar protección con una pareja relativamente estable, dejaban de cuidarse porque la persona “*era conocida*”, asumiendo conductas de riesgo.

Otro aspecto emergente fue la significación que se elabora del diagnóstico a partir del régimen en salud al cual pertenecen. En Colombia existen dos posibilidades de acceder a la salud y a la atención integral de patologías consideradas de alto costo como el VIH: a través de EPS Contributivas y de EPS Subsidiadas; en teoría, ambas deberían suministrar los mismos servicios, pero la atención por EPS Subsidiadas difiere sustancialmente (principalmente en la entrega oportuna de los medicamentos), por lo que la percepción de seguridad y control de la salud es distinta para los sujetos que son atendidos por EPS Subsidiadas pues presentan mayores dificultades en el acceso a la salud. Como lo menciona Arrivillaga (2010), las personas que pertenecen al régimen subsidiado de salud son atendidos por lo general en hospitales públicos en donde los trámites administrativos, dudas sobre la confidencialidad del diagnóstico, el desabastecimiento de medicamentos y la no confianza en los médicos tratantes pueden convertirse en barreras de acceso a la salud

El apoyo familiar percibido como un elemento facilitador del proceso de duelo y de estrategias de afrontamiento y el temor ante el impacto que genera este diagnostico en la red familiar. Es necesario recalcar que la familia es un factor fundamental en el afrontamiento de una enfermedad crónica como el VIH y que también se ve impactada por el diagnostico, por lo que los miembros de la familia viven su propio proceso de duelo. (Uribe 2005, Teva *et al* 2005, Correa *et al* 2007). Tres de los participantes prefieren mantener en reserva su diagnostico por temor a la reacción que pudieran tomar sus familiares, dos de ellos refieren que aspectos religiosos dificultan la aceptación de su orientación sexual por parte de su familia, de tal forma que perciben que se afectará negativamente su relación familiar si se enteran del diagnostico. ¿Cuál es la red de apoyo de estas personas?, esta red la constituyen algunos amigos cercanos en los que los sujetos tienen confianza y cumplen la función contenedora y de soporte de toda red de apoyo, de lo anterior queda claro que como estrategia de afrontamiento, la mayoría de los sujetos buscó más información y apoyo en pares antes que en alguien del núcleo familiar.

La asesoría pre y post test para VIH, la cual se constituye como referente para el afrontamiento del diagnostico y elaboración del proceso de duelo. Es innegable la importancia de una adecuada intervención psicológica cuando se diagnostica una enfermedad crónica y con todas las connotaciones morales como lo es el VIH; no se trata solamente de entregar un diagnostico en el marco de una asesoría “genérica”; es mas más bien el punto de partida para que cada sujeto pueda elaborar el significado de lo que está pasando y pueda iniciar una reestructuración cognitiva al respecto; lo anterior sólo es posible si el psicólogo que realiza la intervención posee la información necesaria y aborda al sujeto teniendo en cuenta la subjetividad del individuo y los patrones comunes a su grupo poblacional, de tal manera que la intervención con una mujer heterosexual que recibe diagnostico de VIH debe ser diferente a la que se haría con un HSH, un hombre heterosexual o un adolescente, cada grupo tiene sus propias características y percepciones, por lo que es necesario que el psicólogo logre dar sentido al discurso de cada individuo a fin de realizar una intervención que facilite la aceptación del diagnostico y mejore la calidad de vida de las personas. Los participantes refieren que la asesoría adecuada antes y después del diagnostico, es necesaria y que no en todos los casos fue dada por un profesional de la psicología o psiquiatría; es necesario que este no sea un acto instrumental, pues se debe ver al sujeto desde la integralidad, teniendo en cuenta los aspectos emocionales que se ponen en juego durante la intervención. Por otra

parte, el tiempo de una asesoría debe ser lo suficiente para resolver las principales dudas del consultante, brindando información clara y precisa sobre aspectos básicos del diagnóstico y acceso a la salud, lo que exige al psicólogo asesor, informarse adecuadamente y tener formación en elaboración de procesos de duelo. Es importante señalar que quien brinda asesoría pre y post test tenga la posibilidad de remitir a un profesional al consultante, cuando detecte un factor de riesgo emocional. Dos de los sujetos participantes cuestionaron el hecho de que la orientación la brindara una persona que no “sintiera en carne propia” lo que estaban viviendo, por lo que la preparación de pares de HSH viviendo con VIH como colaboradores en el acompañamiento del proceso, sería de gran importancia para las personas recién diagnosticadas que tienen una gran incertidumbre frente a lo que vendrá a partir del momento de recibir el diagnóstico de VIH.

Más allá de los aspectos teóricos, lo que se percibe como investigadores, es que aún falta que las personas en general conozcan más sobre el VIH, todos los temores que giran en torno a esta enfermedad nacen en el desconocimiento o ideas irracionales de la misma, por lo que el reto para los equipos multidisciplinarios de salud es brindar información clara y oportuna, aproximándose al sujeto de manera integral e involucrando a la red de apoyo del individuo para que participen de la educación sobre el VIH y puedan todos realmente *vivir o convivir con VIH*.

Una de las principales limitaciones que se tuvo en el desarrollo de la investigación fue obtener la muestra de HSH con diagnóstico reciente, pues muchos son cautelosos a la hora de hablar de su orientación sexual y mucho más del diagnóstico de VIH pues temen que se conozcan públicamente ambos aspectos. El no contar con sitio adecuado fue otra limitante al momento de realizar las entrevistas, pues fue necesario hacer gestiones con una entidad humanitaria que facilitó el espacio confidencial y seguro para llevar a cabo las entrevistas. También se considera como limitante del estudio la poca experiencia en investigaciones empíricas por parte de los autores, además de que no se encontraron investigaciones previas en el tema que apoyaran el marco teórico. Finalmente el enfoque psicoanalítico de los investigadores fue una limitante a la hora de realizar una investigación de corte cognitivo conductual.

9. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- La depresión como etapa del proceso de duelo, puede estar relacionada con un conjunto de factores tales como percepción de pérdidas reales o simbólicas, soledad afectiva, aislamiento social, temor al deterioro físico y barreras de acceso a la salud, lo cual implica que el acompañamiento psicosocial en la elaboración del proceso de duelo debe ir más allá de la asesoría inicial.
- Uno de los principales aspectos que intervienen en la elaboración del proceso de duelo en la población HSH es la incertidumbre que sigue tras el diagnóstico de VIH y que genera sentimientos de pérdida y vulnerabilidad; el temor a que se evidenciara físicamente la enfermedad fue el aspecto más recurrente referido por los participantes, lo cual genera la necesidad de adaptarse a esta nueva situación vital, asumiendo estrategias de afrontamiento positivas.
- La asesoría pre y post test diagnósticos para VIH y otras patologías crónicas es el punto de partida para el afrontamiento de la misma y debe estar a cargo de una persona con formación en procesos de duelo y con conocimientos teóricos sobre la patología, realizando una aproximación integral al sujeto, pues no solo los síntomas físicos dan cuenta de alteraciones en la calidad de vida, los aspectos emocionales y subjetivos de cada sujeto deben ser privilegiados en la intervención. En Colombia existe el Decreto 1543 de 1997 que reglamenta el manejo de la infección por VIH y establece aspectos como la obligatoriedad de la asesoría pre y post test, la confidencialidad de los resultados, etc., sin embargo, en algunas entidades de salud no se cumple con esta norma, lo cual vulnera los derechos del paciente y va en detrimento de su calidad de vida.
- El apoyo percibido por parte de otros pares, pareja y/o familiares favorece el afrontamiento del VIH, aunque en algunos de los casos, la familia está al margen de este proceso por decisión del propio sujeto viviendo con VIH pues aun existe el temor

al rechazo y a la exclusión, sobretodo cuando aspectos religiosos y morales están de por medio. Los sujetos buscan el apoyo de pares pero se aíslan afectivamente de otros, como mecanismo de defensa para evitar ser rechazados por su condición. Algunos HSH diagnosticados con VIH recurren a conformar grupos neofamiliares para obtener el apoyo y acompañamiento que necesitan para vivir con el VIH.

- Una estrategia de afrontamiento es la búsqueda de información por Internet, lo cual favorece la confidencialidad del diagnostico, aunque posibilita que los sujetos accedan a información errónea al respecto.
- Las prácticas sexuales de riesgo entre HSH son el principal factor de transmisión del VIH; aun en parejas estables, el uso de preservativo debe negociarse.

De los resultados obtenidos en esta investigación, surgen las siguientes recomendaciones que podrán orientar futuras investigaciones.

- Es importante señalar la importancia de realizar investigaciones similares con otros grupos poblacionales (mujeres, hombres heterosexuales, jóvenes, etc.) con el fin de contrastar resultados y poder observar las diferencias en la elaboración del proceso de duelo de cada grupo.
- Es necesario realizar una investigación de tipo cuantitativo sobre el desarrollo del proceso de duelo en HSH, utilizando una batería de instrumentos cuantitativos para contrastar los resultados de esta investigación cualitativa.
- Futuras investigaciones pueden incluir el apoyo familiar percibido ante el diagnostico de VIH en HSH, indagando sobre las ideas y creencias religiosas o espirituales que permean la aceptación o no de esta condición sexual y por ende facilitan u obstaculizan el apoyo al paciente diagnosticado.

- Las EPS, IPS y demás instituciones de salud que realicen y entreguen resultados de pruebas diagnosticas para VIH deben de contar con personal preparado para realizar este tipo de intervenciones, respetando el derecho a la confidencialidad y demás consagrados en la Ley, más allá de un acto netamente instrumental, la asesoría post prueba es un espacio para acercarse al ser humano que recibe el diagnostico y preparar el camino para un afrontamiento positivo de esta condición que redunde en la calidad de vida del paciente. Además es necesario vincular al núcleo familiar del paciente, si este lo autoriza y considera pertinente, para que participe de la psicoeducación sobre el diagnóstico, con el fin de despejar dudas y facilitar el afrontamiento a partir del apoyo percibido.

REFERENCIAS

- Alcaldía Mayor de Bogotá, Secretaria Distrital de Salud (2006). *Estudio Centinela en VIH e ITS en Hombres que tienen sexo con hombres. Informe final de ejecución Proyecto LAMBDA*. Bogotá.
- Arrivillaga, M. (2010). Determinación social de la adherencia terapéutica. Alternativa conceptual y metodológica aplicada al caso de mujeres viviendo con VIH/sida. Universidad Nacional de Colombia. Doctorado en Salud Publica. Bogotá.
- Armendáriz, E. (2004). El virus de la inmunodeficiencia humana: VIH-1 y VIH-2. *Ciencia* Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL). México (pp. 228-233).
- Aidsmap.com (2009). Tabla de medicamentos antirretrovirales. Recuperado el 30 de abril de 2010. Disponible en <http://www.aidsmap.com/cms1252471.aspx>
- Badinter, E. (1993). XY, la Identidad Masculina. Capítulo III “Es el hombre quien engendra al hombre” Capítulo IV “Identidad y preferencia sexual” Primera edición en castellano para América Latina. Editorial Norma. Bogotá. (pp. 134-176)
- Barros, E. (2007). Diagnostico de Laboratorio de infección por VIH. Republica de Colombia, Instituto Nacional de Salud Grupo de Virología. Bogotá. Recuperado el día 28 de marzo de 2010 de:
http://saludcolombiaeps.com.co/ESTRATEGIA_VIH/DiagLaboratorioenVIH.pdf
- Baca, E. (2000). Clasificación de las Disfunciones Sexuales en J Bobes; S Dexeus y J Gibert. *Psicofármacos y Función Sexual*. Ediciones Díaz de Santos S.A. Madrid.(pp.94-96) Recuperado el día 02 de abril de 2010 de <http://books.google.com.co/books?id=JFRzekbIP40C&printsec=frontcover#v=onepage&q=&f=false>.

- Betancur, J. (1995). Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida: Manifestaciones clínicas y tratamiento. En F, Díaz; S, Ospina; B, Orozco y S Estrada. Fundamentos de Medicina, Enfermedades de Transmisión Sexual: Clínica, Diagnostico, Tratamiento y Prevención. (pp. 165-166) Medellín. Corporación para Investigaciones Biológicas.
- Betancur, J., Correa, A., Estrada, S. y Orozco, B. (2007). Manual de VIH/SIDA y Otras Infecciones de Transmisión Sexual, en H. Vélez, W. Rojas, J. Borrero y J. Restrepo. *Fundamentos de Medicina*. Corporación para Investigaciones Biológicas. Medellín (pp. 13, 14, 180-182)
- Bowlby, J. (1997). La pérdida afectiva: tristeza y depresión. Editorial Paidós. Barcelona
- Cáceres, C., Pecheny, M. y Terto, V. (2002). Sida y sexo entre hombres en América Latina: Vulnerabilidades, fortalezas, y propuestas para la acción Perspectivas y reflexiones desde la salud pública, las ciencias sociales y el activismo. En Anexo: Catálogo de Investigaciones sobre HSH y VIH/sida en América Latina. Lima.
- Carvajal, A. (2004). Sistemas informáticos y análisis de datos cualitativos: el programa Ethnograph. Documento de trabajo. Universidad del Valle, Escuela de Trabajo Social y Desarrollo Humano Cali.
- Correa, D., Salazar, I. y Arrivillaga, M. (2007) *Impacto emocional e intervención psicológica con personas diagnosticadas con VIH/Sida*. En Arrivillaga, M.,
- Correa, D. y Salazar, I. Psicología de la salud. Abordaje integral de la enfermedad crónica. Editorial Manual Moderno. Bogotá.
- Cruz Roja Colombiana. (2005). *Aproximación al manejo de duelo y de la crisis en personas afectadas por emergencias*, Manual de Apoyo Psicosocial. pp. 11-28. Bogotá.

De Bedout, A. (2008). *El VIH-SIDA: Factores psicosociales y comportamentales*.

Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Magdalena.

Recuperado el 15 de abril de 2010 de:

<http://editorial.unimagdalena.edu.co/revistas/index.php/duazary/article/viewFile/144/154>

Estrada, J. (2004). La infección de VIH/sida entre hombres que tienen sexo con hombres (HSH) en América Latina. *Revista de la Facultad Nacional de Salud Publica*. 22 01. 109.

Estrada, J. (2006). Invisibles y excluidos: La infección VIH/sida entre hombres que tiene sexo con hombres (HSH) en América Latina. Recuperado el día 01 de abril de 2010 de <http://www.champnetwork.org/media/invisibles.pdf>

Farías, L., y Montero, M. (2005). De la transcripción y otros aspectos artesanales de la investigación cualitativa. *International Journal of Qualitative Methods*, 4(1), Article 4. Recuperado el día 04 de febrero de 2010 de: http://www.ualberta.ca/~iiqm/backissues/4_1/pdf/fariasmontero.pdf

Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria. (2005). *Identificación de Conductas y Prácticas en Relación al VIH/SIDA en la Población H.S.H. en Ocho Departamentos de Nicaragua. Agosto- Octubre 2004*. Managua.

Freud, S. (1981). Duelo y melancolía. *Obras Completas*. Barcelona. Editorial Biblioteca Nueva (pp. 2091-2100)

Gagliesi, P. (1999). Apuntes para una Psicoterapia con Consultantes Gays y Lesbianas. Buenos Aires. Recuperado el 02 de abril de 2010 de <http://www.fundacionforo.com/pdfs/archivo18.pdf>

- Gamba, M., Hernández, D. y Bayarre, H. (2010). Revista Cubana de Medicina General Integral. Volumen 26. *Caracterización psicológica de personas con VIH en dos hospitales de Luanda, República de Angola*. La Habana.
- Guajardo, G., Toro, J., Manzelli H., Frasca H. y Brito, A. (2002). SIDA y sexo entre hombres en América Latina: Vulnerabilidades, fortalezas, y propuestas para la acción *Perspectivas y reflexiones desde la salud pública, las ciencias sociales y el activismo En Anexo: Catálogo de Investigaciones sobre HSH y VIH/sida en América Latina*. Cáceres, Carlos F.; Pecheny, Mario; Terto Júnior, Veriano (Editores). Lima.
- Guillén, C. y Guil, R. (2000). Psicología del Trabajo para las Relaciones Laborales. Editorial McGraw-Hill. Madrid.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (1991). Diseños no Experimentales de Investigación. En *Metodología de la Investigación*. (pp.189-191). Editorial McGraw-Hill. México.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2006). *Metodología de la Investigación*. Editorial McGraw-Hill. México.
- Kübler-Ross, E. (1989). La Muerte un amanecer. Editorial Luciérnaga. Barcelona.
- Kübler-Ross, E. (2006). Sobre la Muerte y los Moribundos. Alivio del sufrimiento psicológico para los afectados. México.
- Núñez, A., Tobón, S., Vinaccia, S. y Arias, D. (2006) Diseño de un modelo de intervención psicoterapéutica en el VIH/SIDA a partir del enfoque procesual del Estrés. *Revista Suma Psicológica*. Bogotá.

Ochoa, F. (2009). Revista CES de Medicina. Editorial. Volumen 23 No. 1. Universidad CES. Medellín. Recuperado el 20 de marzo de 2010 en http://www.ces.edu.co/PDF_Revistas/Editorial_MED_V23N1.pdf.

Olaya, P. (2010). Centro de Análisis Molecular (CAM). Bogotá. Recuperado el día 20 de marzo de 2010 de: <http://www.indetectable.org/pages/cam.htm>.

ONUSIDA. (2000) El género y el VIH/SIDA, Actualización técnica. Recuperado el día 02 de abril de 2010 de <http://www.inlatina.org/bv/archivos/autores-o/o%20-%20029.pdf>

ONUSIDA (2006). Oficina Colombia. *Información Básica sobre el VIH y el SIDA*. Bogotá D.C.

ONUSIDA (2006). Informe de política del ONUSIDA: VIH y relaciones sexuales entre hombres. Recuperado el 12 de abril de 2010 de: http://data.unaids.org/pub/BriefingNote/2007/JC1269_Policy_Br_MSM%20web_sp.pdf.

ONUSIDA (2008). Información básica sobre el asesoramiento y las pruebas del VIH. Recuperado el 25 de marzo de 2010 en: http://data.unaids.org/pub/FactSheet/2008/20080527_fastfacts_testing_es.pdf.

ONUSIDA (2008). América Latina, situación de la epidemia de Sida. Resumen regional. Recuperado el 04 de junio de 2011 en: http://data.unaids.org/pub/Report/2008/jc1530_epibriefs_latinamerica_es.pdf.

ONUSIDA (2009). Situación de la epidemia de sida. Recuperado el 12 de abril de 2010 de: http://data.unaids.org/pub/Report/2009/jc1700_epi_update_2009_es.pdf.

ONUSIDA (2010). *Plan operativo para el marco de acción del ONUSIDA: abordar la problemática de las mujeres, las niñas, la igualdad de género y el VIH*. Vigésimo quinta reunión de la Junta Coordinadora del Programa del ONUSIDA Recuperado el 12 de abril de 2010 de: http://data.unaids.org/pub/Report/2010/jc1794_agenda_for_accelerated_country_action_es.pdf

OMS (1946). Pagina Web oficial. Recuperado el 15 de abril de 2010 de: <http://www.who.int/suggestions/faq/es/index.html>

Plazas, A. (2009) Masculinidades y Diversidad Sexual Masculina. XIV Congreso Colombiano de Sexología y Educación Sexual “Salud Sexual, Salud Reproductiva y Derechos” Enfoque Interdisciplinario con Perspectiva de Género. Medellín.

Plazas, A (2010) Manifiesto sobre Hombres que tiene Sexo con Hombres (HSH). Organización Diéresis. Cali.

Pichot, P., López-Ibor, J. y Valdés M. (1995) DSM IV Breviario. Criterios diagnósticos. (pp. 161,162) Barcelona. (Eds.) Masson S.A.

Piña, J., Dávila, M., Sánchez-Sosa, J., Togawa, C. y Cázares, O. (2008) *Asociación entre los niveles de estrés y depresión y la adhesión al tratamiento en personas seropositivas al VIH en Hermosillo*. México. Revista Panamericana de Salud Pública.; 23(6):377-83.

Quesada, E., Galbán, E. y Cádiz, A. (1987). SIDA. Historia-Definición-Etiología-Inmunopatogenia-Epidemiología-Manifestaciones clínicas-Diagnostico-tratamiento, Infección-Enfermedad por el virus de la inmunodeficiencia humana. Instituto Superior de Ciencias Medicas de la Habana. Editorial Científico-Técnica. La Habana (pp.11-19).

Republica de Colombia, Ministerio de Salud (1994) Dirección General de Promoción y Prevención. *Norma Técnica para la Detección Temprana de las Alteraciones del Embarazo*. Recuperado el 09 de abril de 2010 de: <http://www.nacer.udea.edu.co/pdf/capacitaciones/hc/08-deteccion.pdf>.

Republica de Colombia, Ministerio de la Protección Social (1997), Decreto Número 1543 del 12 de junio de 1997 por el cual se reglamenta el manejo de la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), es Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), y las otras Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS). Bogotá.

Republica de Colombia, Ministerio de la Protección Social (2008), Informe Nacional Sobre los Progresos Realizados en la Aplicación del UNGASS.

Republica de Colombia, Ministerio de la Protección Social (2010), Observatorio Nacional de VIH. Casos notificados de VIH, Colombia. 1983 a 2009. Bogotá

Salinas, R. (1993). SIDA. En J.A Martí, y H Desoille. Medicina del Trabajo. (pp. 425-430). Barcelona. (Eds.) Masson S.A.

Strauss, A. y Corbin, J. (2002). Bases de la Investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Editorial Universidad de Antioquia. Medellín. (pp. 11-12).

Taylor, S. y Bogdan, R. (1988) Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Editorial. Paidós. México. Recuperado el día 08 de abril de 2010 de <http://www.scribd.com/doc/7129310/Taylor-y-Bogdan-1988-Como-Realizar-Investigacion-Cualitativa-Fragmento>.

Teva, I., Bermúdez, M., Hernández, J. y Buela, G (2005) *Evaluación de la Depresión, Ansiedad e Ira en Pacientes con Vih/Sida*. Recuperado el 07 de abril de 2010 en: <http://www.inprf-cd.org.mx/pdf/sm2805/sm280540.pdf>

UNAIDS (2009). *Report on the global AIDS epidemic. Global summary of the AIDS epidemic, 2008*. Recuperado el 20 de marzo de 2010, en: http://www.unaids.org/en/KnowledgeCentre/HIVData/GlobalReport/2008/2008_Global_report.asp

UNAIDS (2010). *Report on the global Aids epidemic*. Recuperado el 04 de Junio de 2011, en: http://www.unaids.org/documents/20101123_GlobalReport_Annexes1_em.pdf

UNAIDS (2010) *Outlook Report*. Recuperado el día 18 de marzo de 2010 en: http://data.unaids.org/pub/Report/2010/jc1796_outlook_es.pdf.

Uribe A, (2005). Intervención Grupal y Calidad de Vida en Personas Diagnosticadas de VIH. *Revista Colombiana de Psicología*, numero 014. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá. (pp. 28-33).

Uribe A, (2007). *El proceso de Morir y los duelos en la enfermedad crónica*. En Arrivillaga, M., Correa, D. y Salazar, I. *Psicología de la salud. Abordaje integral de la enfermedad crónica*. Editorial Manual Moderno. Bogotá.

Velandia, M. (1997). *La Investigación Cualitativa una herramienta de Investigación en Sexualidad*. Ponencia. Recuperado el día 07 de abril de 2010 de <http://manuelvelandiaautobiografiayarticulos.blogspot.com/2007/10/la-investigacin-cualitativa-una.html>.

Velandia, M. (2009) HSH, Identidades y Prevención del HIV/sida. Documento soporte para el Taller Latinoamericano y Caribeño “Prevención del VIH/sida desde la perspectiva socio cultural” La Habana. Recuperado el día 07 de abril de 2010, de http://www.portalsida.org/Event_Details.aspx?ID=9706

- Velásquez, G. (1995). Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida: la epidemiología, el virus, fisiopatogenia y diagnostico. En Díaz, F, Ospina, S, Orozco, B y Estrada, S. Fundamentos de Medicina, Enfermedades de Transmisión Sexual: Clínica, Diagnostico, Tratamiento y Prevención. (pp. 162-163) Medellín. Corporación para Investigaciones Biológicas.
- Vera, P. y Buela, G. (1999) Psiconeuroinmunología: relaciones entre factores psicológicos e inmunitarios en humanos. *Revista Latinoamericana de Psicología*, año/vol. 31, número 002 Fundación Universitaria Konrad Lorenz. Bogotá, Colombia.

ANEXOS

ANEXO 1

PREGUNTAS GUIA DE LA ENTREVISTA EN PROFUNDIDAD

- ¿Qué siente que perdió cuando recibió el diagnostico confirmado?
- ¿Cuál fue su reacción cuando recibió el diagnostico?
- ¿Qué sintió al enterarse que vivía con VIH?
- ¿Cómo ha afrontado el diagnostico?
- ¿Cómo fue el asesoramiento pre y post prueba?

ANEXO 2

TEMAS DE LA ENTREVISTA EN PROFUNDIDAD

Pregunta principal	Tópicos
¿Qué siente que perdió cuando recibió el diagnóstico de VIH confirmado?	¿Piensa que el diagnóstico afecta o puede afectar su relación de pareja? (si la hay) ¿Cómo ha vivido su sexualidad después del diagnóstico? ¿Siente que el diagnóstico puede llegar a afectar su relación familiar? ¿Considera que el diagnóstico puede llegar a afectar su situación laboral en algún momento? ¿Por el diagnóstico ha cambiado su proyecto de vida? ¿Cómo percibe actualmente su estado de salud?
¿Cuál fue su reacción cuando recibió el diagnóstico?	¿Acudió a alguien para contarle su diagnóstico? ¿Ha tenido la oportunidad de conocer más personas viviendo con VIH? ¿Se sintió culpable o culpó a otra persona?
¿Qué sintió al enterarse que vivía con VIH?	¿Ha experimentado alguno de los siguientes sentimientos: dolor, rabia, impotencia?
¿Cómo ha afrontado el diagnóstico?	¿De quien ha recibido apoyo? ¿Ha buscado información sobre el tema? ¿Qué piensa sobre el estigma y discriminación en las personas que viven con VIH y que tienen una orientación sexual diferente a la heterosexual?
¿Cómo fue el asesoramiento pre y post prueba?	¿Cuáles eran sus principales dudas respecto a la prueba o al diagnóstico? ¿Fueron resueltas satisfactoriamente en la asesoría? ¿Siente que la asesoría inicial ha favorecido una mayor comprensión sobre como vivir con VIH? ¿Cómo cree que sería una asesoría eficaz?

ANEXO 3

DECLARACIÓN PARA EL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Proyecto: ***Proceso de Duelo en Hombres que Tienen Sexo con Hombres Respuesta al Diagnostico de VIH/Sida***

El presente estudio tiene como objetivo caracterizar el proceso de duelo de diez HSH que recibieron diagnostico de VIH/sida en el último año, con el fin de describir las estrategias de afrontamiento puestas en marcha por los sujetos participantes y los cambios en el estado emocional (positivos y negativos) a lo largo del proceso de duelo.

Para cumplir el objetivo de la investigación es necesario que Usted responda a una entrevista en profundidad, por lo que antes de iniciar dicha entrevista, quisiera asegurarme que Usted esta dispuesto a participar voluntariamente y que ha obtenido toda la información necesaria con el objeto de que la decisión respecto a su participación, este bien fundada y no tenga ninguna duda al respecto. Esta entrevista será grabada y su duración podría variar entre hora y media y dos horas.

La información que usted suministre será totalmente confidencial y de manejo exclusivo del investigador. En ningún documento aparecerá su nombre y nadie a excepción del investigador tendrá acceso a la información suministrada por usted. Usted tiene derecho a solicitar la información que requiera, también tiene derecho a retirarse de la investigación en cualquier momento y abstenerse de responder preguntas que usted considere inconvenientes o no desee dar la información solicitada.

Esta investigación puede aportar información significativa para conocer y comprender el proceso duelo asociado al diagnostico de VIH/sida.

Yo, _____,
identificado con la cédula de ciudadanía _____ de _____, declaro que he sido informado de los objetivos y fines del presente estudio y estando conforme con los mismos, en forma libre y voluntaria, acepto hacer parte del proyecto de investigación presente.

Esta investigación y el consentimiento informado están ajustados a las normas según la Resolución 8430 de 1993.

En caso de tener alguna pregunta sobre el estudio o querer información adicional, puede contactar al investigador Richard Alfonso Bejarano al teléfono 316 788 04 95 en Cali, o al asesor de esta investigación Diego Correa Sánchez al teléfono 317 439 8350, Psicólogo, docente investigador de la Pontificia Universidad Javeriana Cali y miembro del grupo de investigación Salud y Calidad de vida.

Firma del participante

C.C.

Firma del investigador

C.C.

Firma del testigo

C.C

Firma del asesor

C.C

Fecha: _____