



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

RECURSOS DE AFRONTAMIENTO QUE UTILIZÁN
LAS MUJERES QUE VIVEN
CON VIH/SIDA

TESIS

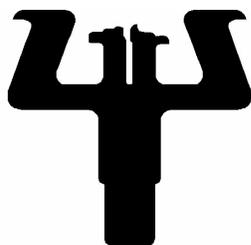
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A :

ERIKA PÉREZ BARCO

DIRECTORA: DRA. FÁTIMA FLORES PALACIOS
REVISORA: LIC. PATRICIA PAZ DE BUEN RODRÍGUEZ
SINOLADES:

LIC. MARIA ASUNCIÓN VALENZUELA COTA
DR. SAMUEL JURADO CARDENAS
DR. FRUCTUOSO AYALA GUERRERO



® Facultad
de Psicología

MÉXICO, D.F.

2011



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS:

A la vida y a mi tía Lionides porque gracias a ellas soy lo que tengo; gracias tía por tu apoyo incondicional que me has ofrecido en los momentos más difíciles de mi existencia. ! Te quiero mucho !

A mi madre por haberme otorgado la vida, y pese a que tenemos diferencias siempre estaremos unidas en las buenas y malas, porque estoy consciente que seguiremos luchando y venceremos esa enfermedad que en ocasiones acaba con la vida, el cáncer. A mi hermano Carlos, por apoyarme en las decisiones que tomo y saber que tengo el cariño y amor de un hermano.

A la Dra. Fátima Flores Palacios por darme la oportunidad de participar en el proyecto de VIH-SIDA, ya que sin ello no hubiera logrado titularme. Gracias por el aprendizaje y confianza que me proporcionó.

A mis sinodales por su supervisión y buenos consejos durante este proceso de titulación, puesto que cada una de sus observaciones fueron fundamentales para que esta tesis fuera una realidad, gracias.

A la Universidad Nacional Autónoma de México, nuestra máxima casa de estudios, a todos mis profesores que pertenecen a la H. Facultad de Psicología gracias por compartir sus conocimientos y forjar mi camino hacia una buena formación profesional.

Al CONACYT por el apoyo económico recibido durante el desarrollo de esta tesis.

A Daniela, Lidia, Miguel y Diana, por compartir secretos y sueños, por orientarme en mi tesis. Gracias por su cariño y comprensión.

A Claudia, Yenifer, Laura, Elizabeth, Verónica y Elda por su amistad incondicional, por compartir momentos agradables e inolvidables. Por seguir fomentando nuestra amistad.

Gracias Mónica y a todas las personas que han estado en los senderos de mi vida, porque han aportado un grano de arena para formar a la persona que soy.

A Rodrigo, por su amor, paciencia y comprensión, durante este largo camino que hemos pasado juntos.

Si pudiera darte un consejo, te diría: escribe.
Ya sea una carta, un diario y alguna que otra
nota mientras hablas por teléfono...pero escribe.

Escribir nos acerca a Dios y al prójimo.

Si quieres entender mejor tu papel en el mundo escribe.

Trata de poner tu alma por escrito, aunque nadie lo lea o,
lo que es peor; aunque alguien termine
leyendo lo que querías mantener en secreto.

El simple hecho de escribir nos ayuda a organizar
el pensamiento y a ver con claridad lo que nos
rodea.

Un papel y un lápiz operan milagros, curan
dolores, consolidan sueños y llevan a recuperar
la esperanza perdida.

Paulo Coelho.

ÍNDICE

RESUMEN	VI
INTRODUCCION	1
CAPÍTULO 1. VIH-SIDA	
1.1 Historia.....	5
1.2 Definición	9
1.3 Vías de transmisión del VIH.....	11
1.4 Fases clínicas	14
1.5 Pruebas diagnósticas.....	16
1.6 Tratamiento.....	18
1.7 Prevención	23
1.8 Epidemiología	26
CAPÍTULO 2. AFRONTAMIENTO	
2.1 Definición	33
2.2 Afrontamiento como proceso	34
2.2.1 Etapas en el proceso de afrontamiento	34
2.3 Funciones del afrontamiento.....	35
2.4 Tipos de afrontamiento	36
CAPITULO 3. LAS MUJERES Y SUS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO ANTE EL VIH-SIDA	
3.1 Mujer y VIH-SIDA.....	39
3.2 Vulnerabilidad en la mujer y VIH/SIDA	40
3.2.1 Vulnerabilidad Biológica	42
3.2.2 Vulnerabilidad Social	43

4. Fases presentes en pacientes infectados por VIH.....	45
5. Estrategias de afrontamiento que utilizan las mujeres que viven con VIH-SIDA...	48
CAPÍTULO 4 MÉTODO	
4.1 Justificación	55
4.2 Planteamiento del problema	56
4.3 Pregunta de investigación.....	57
4.4 Objetivo general.....	57
4.4.1 Objetivos específicos.....	57
4.5 Supuestos	57
4.6 Muestra	58
4.7 Tipo de estudio	58
4.8 Técnica	58
4.9 Procedimiento	59
4.10 Análisis.....	59
CAPÍTULO 5 RESULTADOS	61
CAPÍTULO 6 DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	77
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	87

RESUMEN

Debido al incremento de casos de mujeres con VIH-SIDA, tanto a nivel mundial como nacional, el objetivo de este trabajo fue explorar los recursos de afrontamiento que desarrollaban las mujeres que viven con VIH-SIDA, con la finalidad de saber si su calidad de vida mejoraba. La muestra estuvo conformada por 5 mujeres, cuyas edades fluctuaron entre los 30 y 45 años. Para lograr el objetivo de esta investigación se recurrió a un análisis cualitativo mediante análisis de categorías específicas, obtenidas de entrevistas a profundidad que integran un proyecto mucho más amplio centrado en la condición de las mujeres seropositivas, atendidas en la Clínica Condesa.

Los resultados muestran que aquellas mujeres que desarrollaron estrategias de afrontamiento y redes de apoyo, tienen una mejor calidad de vida. Esto se ve reflejado en sus vidas y sus relaciones interpersonales; ya que todas las mujeres viven con el virus, sin presentar los síntomas del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), se encuentran trabajando ya sea en su propia casa o en sus lugares de trabajo (tener un empleo parece ejercer un efecto protector sobre su salud mental), cuidando a sus hijos con la esperanza de que ninguno de ellos se haya infectado, sólo en el caso de una mujer que tiene un hijo de tres años con el virus, pero aun así considera que tiene que estar bien y luchar para sus hijos. Siendo las cuidadoras primarias tanto de sus hijos como de sus esposos, lo que nos lleva a la conclusión general de la influencia que su condición de género tiene en la forma de afrontar la enfermedad.

INTRODUCCIÓN

En el momento en el que las personas deciden afrontar un problema, se dan cuenta de que son mucho más capaces de lo que piensan.

Paulo Coehlo

Me cuestiono como llegué a realizar esta investigación, y haciendo memoria, la vida se ha encargado, ya que en la preparatoria realicé una investigación sobre VIH-SIDA considerando mi temor y preocupación ante dicha enfermedad. Posteriormente durante mi experiencia laboral estuve con pacientes con SIDA, fue una experiencia desgarradora porque pude observar cómo son abandonados los pacientes con poca o nula atención por parte del personal de salud y de sus familiares. Y un día al ir caminando por la facultad me encontré con una amiga que estaba realizando su tesis sobre el tema, entonces fue cuando tomé la decisión y la vida nuevamente me puso en el camino para realizar mi tesis sobre el VIH-SIDA.

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) es una enfermedad causada por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), un retrovirus que sólo se trasmite por tres vías: transmisión sexual, en la que hay intercambio de secreciones infectadas (semen, sangre y secreciones vaginales); transmisión parenteral, por transfusiones de sangre o hemoderivados infectados y transmisión vertical, de una madre infectada a su hijo.

Los primeros casos clínicos de SIDA se notificaron en 1981, pero aún se desconocía que lo originaba. Fue en 1984, cuando Robert Gallo y Luc Montagnier individualmente, aislaron el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). En la actualidad existen aproximadamente 34 millones de personas infectadas en todo el mundo.

En México, al igual que en el resto de los países del mundo, el VIH-SIDA se ha convertido en un problema prioritario de salud pública muy complejo, con múltiples

repercusiones psicológicas, sociales, éticas, económicas y políticas que rebasan el ámbito de la salud. Afectando no sólo a la persona que se contagia del virus, sino también a su familia, a sus amigos y a una sociedad en donde la mayoría rechaza y discrimina a las personas con este virus VIH.

En nuestro país existen 141, 356 casos acumulados de SIDA; de los cuales 116,227 corresponde al sexo masculino y 25,129 al sexo femenino (CENSIDA, 2010). En relación a las mujeres los primeros casos, se asociaron a transfusiones de sangre contaminada; sin embargo a partir de 1986 empezaron a aparecer casos asociados a transmisiones heterosexuales (relaciones sexuales de un hombre con una mujer). Lo que puso en riesgo a la mujer, tomando en cuenta su mayor vulnerabilidad biológica y social así como la inequidad de género. Enfatizando que gran parte de estas mujeres son amas de casa y muchas de ellas desconocen la vida sexual de su pareja fuera del matrimonio y el uso ilícito de drogas intravenosas.

El propósito de esta tesis fue conocer cuáles eran las estrategias de afrontamiento que desarrollaron 5 mujeres habitantes del D.F., que viven con VIH-SIDA y cómo repercute en su calidad de vida. A través de entrevistas previamente establecidas en la Clínica Condesa, seleccionando solamente el discurso de las entrevistadas donde hacían mención sobre las estrategias de afrontamiento que desarrollaron. Estas estrategias fueron: redes de apoyo social, (en la cual incluye a la familia, los amigos, la religión y el personal de salud de las instituciones) el autocuidado (administración y ministración de los medicamentos antirretrovirales) y su actitud de mujeres fuertes, cada una con un papel fundamental para comprender y aceptar su situación y por lo tanto mejorar su calidad de vida. Estas estrategias de afrontamiento les permitió a las mujeres, cuidarse de sí mismas tomando la decisión de ir a sus consultas a la Clínica Condesa y recibir información del personal de salud (médicos, psicólogos y enfermeras) sobre el virus, la enfermedad y su estado de salud, así mismo recibieron el tratamiento antirretroviral el cual les sirve para tener una vida relativamente sana, mejorando su sistema inmunológico y por lo tanto su calidad de vida. Lo que les permite

cuidar a sus hijos, o a sus esposos cuando se enferman, ser amas de casa, madres, amiga, empleadas, su condición de género les otorga la capacidad de realizar estos roles, además como afrontar la enfermedad.

Ante esta problemática las mujeres y los hombres difieren en sus actitudes en lo que piensan sobre su salud y bienestar físico, por ejemplo las mujeres utilizaron más los servicios de salud, lo que les permitió tener mayor control sobre su situación y por lo tanto consumir sus medicamentos antirretrovirales, los cuales las mantienen en relativa estabilidad; en relación a los hombres, ellos no asisten a sus consultas y por lo tanto no consumen medicamentos antirretrovirales. Tal vez esto se deba a que las mujeres tengan una mayor facilidad que los hombres para hablar sobre sus problemas y sentimientos, lo que les permitió hablar sobre su condición de seropositiva con sus familiares, amigos y personal de salud.

El primer capítulo de este trabajo describe la historia del VIH-SIDA y desglosa las posibles teorías que han surgido en busca de su origen, sus vías de transmisión, fases clínicas, y un panorama general sobre la pandemia a nivel mundial y nacional.

El segundo capítulo se dedica al afrontamiento. En la vida el ser humano está expuesto a eventos que le pueden generar una variedad de reacciones tanto fisiológicas como psicológicas que tendrá que afrontar para no sucumbir en la desesperación.

En el tercer capítulo se hace una breve descripción sobre la mujer y las estrategias de afrontamiento ante el VIH-SIDA, importantes para aceptar y tolerar su situación, con el propósito de mejorar su calidad de vida y vivir con dignidad.

En el cuarto capítulo se muestra la metodología empleada. En el capítulo quinto se presentan los resultados obtenidos, en el cual se puntualizó las características de la muestra de 5 mujeres seropositivas del D.F., y el discurso sobre las estrategias de afrontamiento que desarrollaron.

Por último, en el sexto capítulo se presentan la discusión y conclusiones; que intenta contextualizar lo encontrado en el estudio con lo referido con la literatura, integrando la información presentada de manera que les pueda servir a futuras mujeres o persona que afronten esta situación o similares. Finalmente, se incluye un apartado para las referencias.

CAPÍTULO 1

VIH-SIDA

No es un mundo extraño; es un mundo nuevo.

Paulo coelho

1.1 HISTORIA

El Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), al parecer se detectó por primera vez en 1979; y en Junio de 1981, apareció el primer informe del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) el cual provino del Centro de Control de Enfermedades (CDC en inglés: Center for Disease Control) en Atlanta Georgia, E.U.A. (un organismo de salud pública responsable de la investigación de epidemias e informes de enfermedades nuevas o raras), describió cinco casos de homosexuales jóvenes previamente sanos que se habían tratado en hospitales de los Ángeles de infección pulmonar y neumonía por *Pneumocystis carinii* (NPC)- Hoy se conoce como *Pneumocystis Jiroveci*-; un protozooario que parasita los pulmones y como resultado dificulta la respiración (esta infección sólo suele ocurrir en individuos cuyo sistema inmunológico está dañado o muy deteriorado). Al mismo tiempo, llegaron informes de 26 homosexuales de entre 20 y 40 años, previamente sanos de Nueva York y California, que habían desarrollado un cáncer maligno raro llamado Sarcoma de Kaposi (una forma de cáncer, que se manifiesta en forma de manchas moradas en la piel, el cual sólo le daba a hombres de edad avanzada, de ascendencia judía o mediterránea). Ocho de ellos murieron en el transcurso de 24 meses de diagnóstico (Tapia y Conyer 1996; Daniels, 1994).

Al parecer, la NPC y el sarcoma de Kaposi eran en realidad “marcadores” de un gran defecto subyacente en el sistema inmunológico, pero como esta inmunodeficiencia era un defecto adquirido más que hereditario, se denominó Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).

Conforme fue aumentando el número de casos, se fue observando que no sólo atacaba a los homosexuales, sino también a enfermos hemofílicos, adictos a las drogas por vía intravenosa y en receptores de transfusiones sanguíneas, considerándolos grupos de riesgo.

Origen del SIDA

Aún cuando su origen no ha sido establecido de manera concluyente, existen hipótesis sobre su aparición, entre las que destacan:

El origen del Mono. Esta teoría surgió en Estados Unidos, al notar que algunos macacos de cría en cautiverio presentaban síntomas similares a los del SIDA y morían de alguna enfermedad oportunista. Siguiendo la investigación con monos africanos se encontró que, los monos verdes, en condiciones óptimas de salud, tenían en la sangre un virus similar al VIH y al virus que algunos nativos de África portaban. El Doctor Max Essex, concluyó que este virus (STVLIII) se puede transmitir al hombre, a través de mordida o arañazo y que una vez infectado el hombre, el virus sufrirá un proceso de mutación, hasta convertirse en VIH (Ríos, 1991)

La semejanza genética entre el virus del simio (SIV) y el virus tipo 2 humano (VIH-2) informa una homología superior a 90%, mientras que entre los virus humanos (el VIH-1 y VIH-2), la homología es menor.

El origen africano del SIDA. La población africana al ingerir carne cruda de monos infectados con el SIV o por el virus STVLIII, se puede pensar que los dos virus humanos se derivan del virus de los simios, ubicando su origen en África Central. Propagando el virus al resto del mundo, posiblemente la cadena de expansión sería: África-Caribe-Estados Unidos ó África-Europa-Caribe-Estados Unidos (Ríos, 1991)

La Guerra Bacteriológica. El científico Jacob Segal afirmó en una entrevista al periódico Uno más Uno, que el virus del SIDA fue creado de manera artificial en un laboratorio de pruebas biológicas. El laboratorio ubicado en Fort Detrick, en el Estado de Maryland, E.U.A., está catalogado como tipo P4, es decir de máxima seguridad. En este laboratorio dice el Dr. Segal, se realizan manipulaciones genéticas en agentes patógenos, con la finalidad de contar con un arma biológica ante la que el ser humano no presente resistencia (Ríos, 1991). Otra de las teorías es que el virus pudo ser producto de laboratorio, de una sangre que originalmente se había colectado y congelado en 1976. Además, existe otra muestra de suero con anticuerpos contra el VIH-1 demostrados por ELISA y Western Blot colectado por el Dr. Motulsky de la Universidad de Washington a finales de los años cincuenta.

El virus del SIDA fue aislado por primera vez en 1982, por Luc Montagnier, Barré-Sinoussi y J.C. Chermann del Instituto Pasteur de París, y dos años después, en E.U.A por Robert C. Gallo, del Instituto Nacional de Cáncer (Fig. 1); estos autores identificaron el virus responsable, que denominaron en un principio como LAV (Lymphadenopathy Associated Virus) y HTLV III (Human T Lymphotropic Virus III) y que después por acuerdo internacional fue sustituido por el actual HIV (Human Immunodeficiency Virus), demostrando que el VIH-1 era el agente etiológico responsable del Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (Fig. 2). En 1986 se identificó un segundo virus denominado HIV-2, aislado en pacientes de origen africano, con características serológicas, clínicas y epidemiológicas diferentes al VIH-1 (Romo, Salido y Ávila, 1997; Cuadrado, 1997).

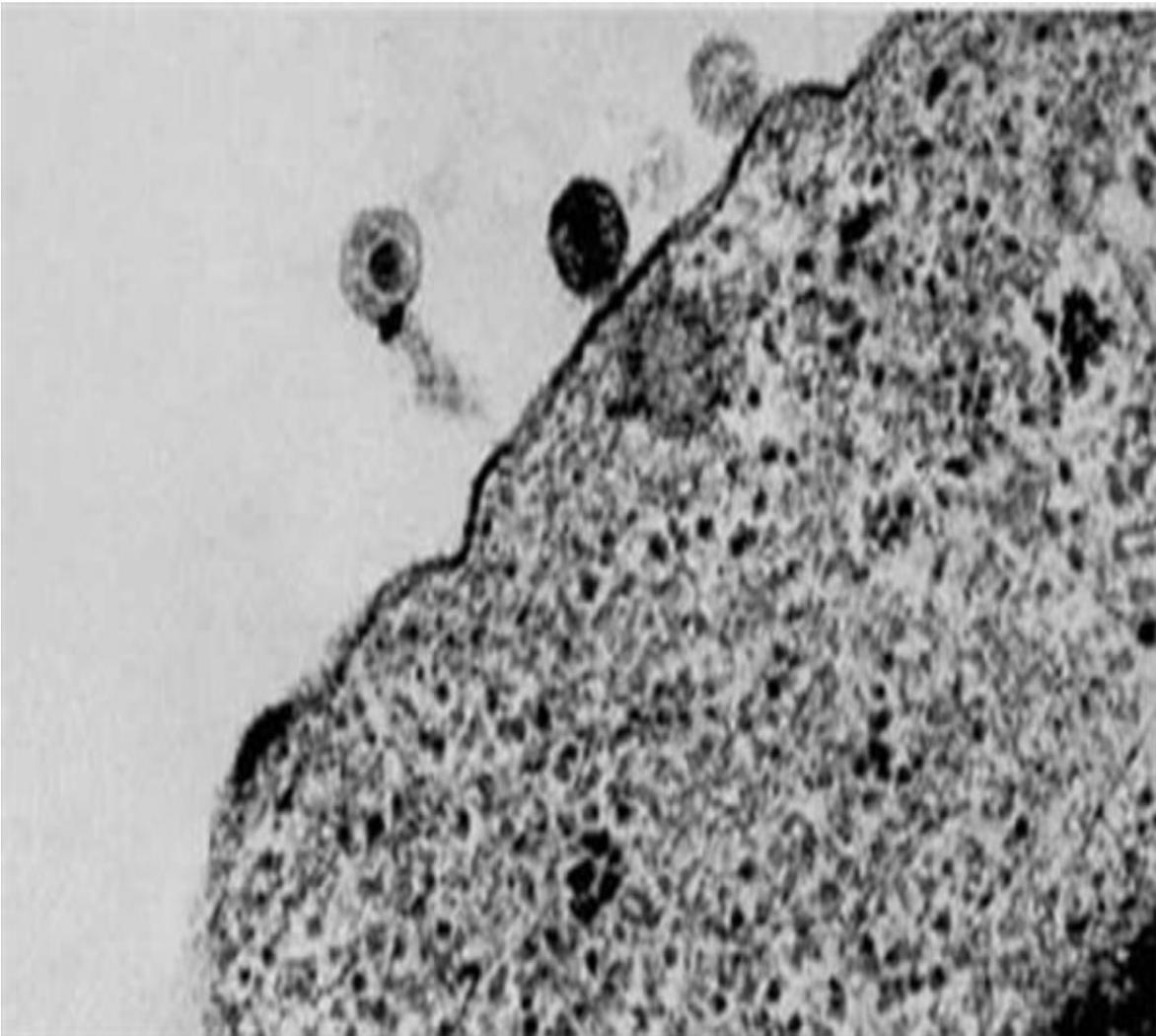


Fig. 1. Se muestra el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) descubierto por



Fig. 2 2 DEFINICIÓN

La palabra SIDA es una sigla cuyas letras significan Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida. Cada palabra tiene su propio significado como lo propone Luque (2001):

Síndrome: es una serie de signos (hallazgos objetivos que indican enfermedad) y síntomas (sensaciones subjetivas del paciente). Cuando hablamos de síndrome estamos hablando de que existen indicios claros de una enfermedad.

Inmune: hace relación al estado de seguridad del organismo frente a los efectos nocivos de agentes o influencias patógenas. Cuando hablamos del sistema inmune hablamos del sistema de defensas orgánicas, compuestos básicamente por los leucocitos o glóbulos blancos de la sangre.

Deficiencia: defecto o imperfección. En este caso de una alteración por baja o defecto de cierto tipo de glóbulos blancos.

Adquirida: significa que no es hereditaria. Que se consigue. En este caso lo que se adquiere es un virus.

El SIDA es causado por un virus denominado VIH, cuyas letras corresponden a la siglas: Virus de Inmuno-deficiencia Humana. La infección es causada por dos cepas: VIH-1 Y VIH-2. La primera cepa incluye cuando menos nueve subtipos levemente diferentes: cada uno de ellos predomina en zonas diversas del mundo. La segunda cepa, que es menos infectante y tiene una evolución más lenta, se localiza especialmente en África Occidental. La primera cepa es la forma más común del virus, razón por la que se la designa como VIH (OMS, 2000).

Tras adquirir el VIH, el virus ataca a dos tipos de células, pertenecientes a los glóbulos blancos del sistema inmune principalmente: los linfocitos T CD4 y en menor magnitud a los macrófagos, de los cuales cada uno tiene su función específica; los macrófagos destruyen cualquier elemento extraño y estimulan al sistema inmunitario para que reconozca en el futuro a tales elementos, y los linfocitos T CD4 los cuales organizan la respuesta inmunitaria global al secretar sustancias que estimulan a otras células del sistema para actuar de forma apropiada (OMS, 2000). El virus se reproduce dentro de las células mencionadas y termina por destruirlas, produciendo más virus que infectan a su vez otras células y así sucesivamente. Con los años, los linfocitos disminuyen a tal punto, que se debilita la capacidad del organismo para controlar otras enfermedades, principalmente de tipo infeccioso. El SIDA aparece en promedio de 5 a 10 años después de que la persona se infecta (Luque, 2001).

Un virus es un microorganismo capaz de vivir y reproducirse solamente en el interior de células vivas. Cada partícula viral se compone de una cápsula hecha de proteínas que contienen material genético. El componente genético esencial de los virus es un ácido nucléico, ya sea RNA (Ribonucleico) o DNA (Desoxirribonucleico).

1.3 VÍAS DE TRANSMISIÓN DEL VIH

El virus que causa el SIDA se transmite sólo a través de tres mecanismos claramente definidos: por relaciones sexuales desprotegidas; a través de la sangre; y de la madre al hijo (antes, durante o después del nacimiento). Esto se debe a que el VIH se encuentra dentro de los linfocitos CD4, los cuales están presente en varios líquidos corporales, pero principalmente en la sangre y en las secreciones genitales humanas. Otros líquidos corporales, como la saliva o el sudor, que no contienen linfocitos CD4, no contienen el virus, y por lo tanto no son infectantes.

El virus de inmunodeficiencia humana es muy frágil y no sobrevive largo tiempo por fuera del cuerpo, pues lo afecta con suma facilidad los agentes físicos (calor, frío, humedad, sequedad) y los agentes químicos (los desinfectantes comunes). El VIH no va por el aire, como el virus de la gripa o la tuberculosis (Montagnier, 1995).

Transmisión sexual

El principal modo de transmisión de la infección por VIH en todo el mundo es por contacto sexual y la OMS estima que el 75% de los casos se efectúa por esta vía. El contacto heterosexual equivale a un 90% de los casos de infección en los países desarrollados (Ponce y Rangel, 2000)

La sangre, el semen y las secreciones vaginales –fluidos que contienen al virus– se intercambian durante las relaciones sexuales con penetración del pene, ya sea en la vagina, en la boca o en el ano. En estas cavidades existen mucosas que con el frote producido durante la relación sexual, puede llegar a romperse o fisurarse, permitiendo así una puerta de entrada para el virus. El semen infectado en la boca, transmitirá el virus a través de cualquier cortada o úlcera.

Se considera que la práctica sexual de mayor riesgo de transmisión es el contacto anal homosexual o heterosexual sin protección, de una persona infectada con VIH a otra que no lo esté.

Existen factores que incrementan el riesgo de transmisión sexual como son: tener relaciones con una mujer infectada durante el periodo menstrual, o con hemorragia vaginal de otro origen, y con hombres con hemorragia del pene, o sin circuncisión –ya que el prepucio puede ser más susceptible de daño traumático durante el contacto. La presencia de úlceras genitales tanto en el hombre como la mujer, sirve como puerta de entrada para las infecciones y origina una respuesta inflamatoria que incrementa el número de linfocitos T, los cuales son más susceptibles de ser infectados por VIH. Las enfermedades de transmisión sexual que no causan úlceras, como la gonorrea, *Chlamydia trachomatis* y *Trichomonas vaginalis*, también incrementan el riesgo de infección por VIH –ocasionando un incremento en la producción de linfocitos T (Ponce y Rangel, 2000).

Transmisión sanguínea

Esta forma de transmisión se da cuando la sangre de una persona infectada ingresa a otro organismo, ya sea a través de transfusiones o elementos cortopunzantes, tales como jeringas, máquinas de afeitar, equipos de odontología sin esterilizar, y agujas de tatuajes o acupuntura que se encuentren contaminados de sangre. Se incluye en esta categoría la transmisión posible por trasplante de órganos o por inseminación artificial.

A pesar de estar catalogada como forma de transmisión, el riesgo de adquirir el VIH por esta vía es menor de 1 en 200 000 por unidad y se relaciona con la posibilidad de que los donadores se encuentran recién infectados y que no hayan desarrollado anticuerpos detectables en los primeros seis meses de la infección. Por ello, la búsqueda de conductas de riesgo en donadores potenciales aún es parte esencial de la estrategia para proteger el suministro de sangre (Ponce y Rangel, 2000)

El mayor número de casos infectados por VIH por transmisión sanguínea, se debe por compartir jeringas infectadas para el uso de drogas intravenosas, las de mayor uso son por cocaína y heroína.

Transmisión de la madre al hijo o vertical

Si la madre tiene el VIH puede transmitirlo a su bebé, ya sea durante el embarazo, el parto o la lactancia. Sin embargo, no todos los niños que nacen de madres infectadas serán afectados por el virus. Diversos estudios señalan que no todas las veces una madre infectada le traspasa el virus a su bebé. En promedio, uno de cada tres nacimientos estarán infectados, los demás serán sanos (Luque, 2001).

Existen diversos factores de riesgo para que se dé la transmisión de madre a hijo, también conocida como **transmisión vertical o perinatal**; por ejemplo, el tiempo que lleve la madre infectada, siendo más frecuente la transmisión si la infección en la madre es reciente, pues aún el organismo no ha producido defensas contra el virus, o cuando la infección es tardía y se presentan los síntomas del SIDA, pues las defensas del organismo están tan deterioradas que se incrementa la carga de virus presente en la sangre (carga viral).

Otro factor de riesgo es cuando el parto es prematuro, si se presenta ruptura prematura de membranas por más de 4 horas, o si la madre sufre algún tipo de infección concomitante, como la sífilis, el herpes o la hepatitis B. El parto por cesárea parece proteger del riesgo de infección, por lo que se recomienda programar la intervención quirúrgica en las madres infectadas.

Dado que el virus también se encuentra presente en la leche materna, se recomienda no lactar al bebé, salvo que las condiciones de pobreza de la madre fueran tan extremas que hubiera mayor riesgo de muerte para el niño por desnutrición que por el SIDA en sí mismo.

En la actualidad se recomienda que toda mujer infectada y que esté embarazada, inicie un tratamiento preventivo con drogas antirretrovirales. Específicamente el

AZT (Zidovudina). Administrado durante el embarazo, en el momento de parto, y al bebé durante las primeras semanas de vida, el AZT ha demostrado reducir la transmisión del VIH en aproximadamente dos terceras partes de los casos. Esto quiere decir que si la probabilidad de que el niño tenga la infección es de un 24%, está se puede reducir a un 8% tras el tratamiento preventivo.

1.4 FASES CLÍNICAS

Las distintas fases en que se puede dividir la historia natural de la infección son: la fase aguda o primaria, que comprende desde el momento de la infección hasta que se produce la seroconversión; la fase crónica, que puede ser sintomática, y una fase final, a partir del diagnóstico del SIDA.

Fase aguda o primaria

Comienza en el momento en que el individuo se infecta y dura hasta que la respuesta inmunitaria inicial recupera algún control sobre la réplica del virus, en promedio entre las 2 y 4 semanas, también conocido como periodo de ventana. En ese lapso disminuye extraordinariamente el número de linfocitos T CD4 (OMS, 2000). En más del 50% de los casos se presenta un cuadro clínico de infección aguda o primoinfección, y se caracteriza por fiebre, cefalea, dolor de garganta, dolor abdominal, diarrea, crecimiento ganglionar en cuello, axiles e ingle, fatiga constante, sudores nocturnos y una sensación generalizada de malestar, adenopatías, mialgias y rash denominado mononucleosis-like. También puede presentarse leucopenia, trombopenia y elevación de la transaminasas e incluso presentar *Pneumocytis jiroveci* o la esofagitis candidiásica. La sintomatología generalmente cede espontáneamente sin dejar secuelas. En algunos casos existen personas que no presenten este síndrome de seroconversión. Cuando el organismo produce anticuerpos circulantes frente al VIH se dice que el cuerpo está realizando la “seroconversión” y muestra un test de anticuerpos positivos.

Durante esta fase, se produce una replicación y diseminación del virus por todo el organismo, principalmente en tejido linfático y sistema nervioso central. Más del 1% de los linfocitos T CD4 de sangre periférica se infectara durante esta fase. En una media de 19 semanas tras la infección, se desencadena una respuesta inmunitaria específica, que reduce de forma espectacular la carga viral plasmática, hasta alcanzar un equilibrio a los 6 y 12 meses (Gatell et al., 2005).

Fase crónica o asintomática

En esta segunda fase es cuando pueden detectarse los anticuerpos contra el VIH en la corriente sanguínea, así como también altos niveles de ARN del VIH-1 en todo el ganglio linfático. Se observa una hiperplasia de los ganglios linfáticos. Las personas se observan sanas clínicamente, mientras el sistema inmunitario libra una lucha invisible e intensa contra el virus. Cada día el VIH, destruye un número de linfocitos T CD4, mientras la médula ósea compensa tal merma al acelerar la producción de nuevas células, pero el ritmo de reposición termina por quedar a la zaga respecto del ritmo de pérdida. El número de T CD4, que es de 800 a 1.000 por milímetro cúbico de sangre en el individuo sano, disminuye poco a poco, a razón de 50 a 70 células cada año. (Gatell et al., 2005; OMS, 2000).

Fase final o SIDA

La fase avanzada de la infección o SIDA se caracteriza por una disminución de linfocitos T CD4 inferior a 200 por milímetro cúbico de sangre, un aumento en la replicación viral, un descenso de la actividad de los linfocitos T citotóxicos anti-VIH, una destrucción del tejido linfático, síntomas constitucionales y el desarrollo de infecciones oportunistas, tales como: la tuberculosis, la neumonía por *Pneumocystis jiroveci*, toxoplasmosis, candidiasis, neoplasias como el Sarcoma de Kaposi (Gatell et al, 2005).

La media del tiempo que transcurre desde la infección por VIH hasta la muerte es de 15 años aproximadamente; las dos etapas abarcan de 8 a 10 años y la fase final, que es la de SIDA de 14 a 25 meses. En promedio, la sobrevivencia de las

mujeres con SIDA en México es de 12.5 meses, cifra semejante a la de los hombres de 12.6 meses (Del Rio, 1995).

1.5 PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

El diagnóstico del VIH se basa fundamentalmente en la historia médica y en el cuadro clínico de cada paciente, y se confirma con estudios de laboratorio, en donde se demuestra la presencia de anticuerpos desarrollados contra el virus.

Una de las pruebas fue desarrollada en febrero de 1985, por la Food and Drug Administration (FDA) del gobierno de E.U.A., es una prueba comercial para identificar sangre contaminada con anticuerpos contra el virus del SIDA. La prueba es de ELISA (del inglés Enzyme-Linked Immuno-Sorbent Assay; Valoración de inmunoabsorbencia ligada a enzima), y sólo descubre los anticuerpos que ha producido el donador en respuesta a una infección con virus del SIDA, mostrando un color más intenso cuanto mayor sean las cantidades de anticuerpos en el suero. La prueba ELISA se practica en tres etapas. En la primera se rompe el virus y las partículas (antígeno) se unen a una cubierta plástica. En la segunda se añade suero humano. Si la persona se ha infectado previamente con el virus, el suero contendrá anticuerpos que se unirán a los antígenos fijados a la cubierta de plástico. El anticuerpo sérico no unido se eliminará y en la tercera etapa se añade anti-anticuerpo, que suele elaborarse inyectando en una cabra anticuerpo humano (inmunoglobulina). El anticuerpo antihumano de cabra se marca en seguida con una enzima que produce una reacción de color cuando reacciona con una sustancia química específica. En la etapa final se añade el anti-anticuerpo. Si el suero humano contiene anticuerpo contra el virus del SIDA se habrá unido el anticuerpo de cabra marcado. Si aparece un color cuando se añade el substrato significa que la persona ha sido infectada en alguna época de su vida con el virus VIH (Daniels, 1988).

La prueba de ELISA se debe ordenar concretamente para VIH, ya que la misma técnica se emplea para diagnosticar otro tipo de infecciones como la hepatitis o la infección por Chamydia, por sólo mencionar dos.

Antes de hacerse la prueba es importante indagar si se está en el periodo de ventana. El periodo de ventana es el tiempo que transcurre entre el momento de la infección y aquél en el que es posible detectar los anticuerpos generados por el organismo. En el VIH este periodo es de 4 a 6 semanas en promedio, pero puede ser de 2 a 3 meses.

En caso de resultar positiva la prueba ELISA, suelen practicarse otra prueba de ELISA más. Si ambas son positivas, la sangre se clasifica como repetidamente reactiva. Para confirmación final, se aplica una segunda prueba llamada Western Blot (Mancha occidental) que también detecta anticuerpos contra el virus pero de forma mucho más específica. Es más cara, pero menos probable que de resultados positivos o negativos falsos, como es el caso de la prueba ELISA (Daniels, 1988)

De acuerdo a la Norma Oficial Mexicana NOM-003-SSA2-1993 se debe considerar como persona infectada por el VIH o seropositiva, aquella que presente dos resultados de pruebas de tamizaje de anticuerpos positivos y una prueba suplementaria positiva.

Las pruebas de tamizaje: presencia de anticuerpos contra el VIH en el suero o plasma, demostrada por alguno de los siguientes métodos: Ensayo Inmunoenzimático (ELISA) y Aglutinación pasiva.

Las pruebas suplementarias: presencia de anticuerpos contra el VIH en el suero o plasma, demostrada por alguna de las pruebas siguientes: Inmunolectrotransferencia (Prueba de Western blot) y Inmunofluorescencia Indirecta (IFI), o Radioinmunoprecipitación (RIPA), estas dos últimas por su costo es poco probable que se realicen.

Pruebas específicas: determinan la presencia del virus o algún componente del mismo, como son: Cultivo de virus, determinación de antígeno viral y Reacción en cadena de la polimerasa, para determinar el ARN viral o ADN proviral. Estas pruebas suelen utilizarse en casos dudosos donde hay una fuerte sospecha de infección, pero las pruebas de anticuerpos dan negativas (Craven, 1993).

El resultado positivo de una prueba, no equivale a un diagnóstico de SIDA, solo indica que la persona es portadora del VIH y que puede transmitirlo a otras personas, si no toma las medidas preventivas convenientes.

1.6 TRATAMIENTO

El manejo de una persona con infección por VIH-SIDA reposa sobre cuatro pilares básicos, que son los mismos que se tienen para el manejo de otras enfermedades crónicas, y que se puede agrupar como sigue:

1. Control del factor etiológico o que causa la enfermedad.
2. Medidas de auto-cuidado
3. Manejo oportuno de las complicaciones.
4. Manejo Psicológico

Control del factor etiológico o que causa la enfermedad

En la actualidad la Administración de medicamentos y Alimentos, (FDA en inglés: Food and Drug Administration), ha aprobado más de quince medicamentos diferentes que interfieren en el proceso de replicación viral al interior de las células. Dependiendo del sitio de acción, los medicamentos se dividen en inhibidores de transcriptasa e inhibidores de proteasa. Tales medicamentos no eliminan por completo el virus del organismo pero reducen significativamente su número y la velocidad a la cual se está replicando. Esto se traduce en menor número de linfocitos infectados y, por tanto, en un mejor nivel de defensas orgánicas, mejorando la calidad de vida.

Se recomienda el tratamiento a toda persona que este sintomática y a toda persona que este asintomática que tenga una carga viral mayor que 30,000 copias de RNA/ml, linfocitos CD4 por debajo de 350/ml³ (Prada, 1999).

Entre los medicamentos comúnmente usados se encuentran:

Inhibidores de transcriptasa inversa, enzima responsable de la producción del ADN –necesario por parte del VIH para entrar al núcleo del linfocito e integrarse en el código genético (Villa y Vinaccia 2006).

Luque (2001) divide a los inhibidores de transcriptasa inversa en dos grandes grupos:

Nucleósidos

ZDV/AZT Zidovudina (Retrovir)

Ddl Didanosina (Videx)

ddC Zalcitabina (Hivid)

3TC Lamivudina (Epivir)

D4T Estavudina (Zerit)

No Nucleósidos

Delavirdina (Rescriptor)

Nevirapina (Viramune)

Efavirenz (Stocrin. Sustiva)

Inhibidores de Proteasa, enzima responsable de la replicación del virus dentro del linfocito.

SQV	Saquinavir	(Fortovase)
IDV	Indinavir	(Crixivan)
RTV	Ritonavir	(Norvir)
NFV	Nelfinavir	(Viracept, Agouron)
APV	Amprenavir	(Agenerase).

La combinación de inhibidores de la transcriptasa inversa y los inhibidores de proteasa, dio lugar a lo que hoy se conoce como terapia antirretroviral altamente activa (HAART en inglés: Highly Active Anti-Retroviral Therapy). La HAART ha demostrado su capacidad para suprimir la carga viral en los pacientes hasta niveles indetectables, incrementar los indicadores de funcionamiento inmunitario – tales como recuento de linfocitos CD4-, mejorar el estado clínico y calidad de vida del paciente y disminuir la mortalidad, por lo que es importante una adherencia estricta al tratamiento, que incluye como mínimo tres medicamentos, que debe tomarse la persona infectada varias veces al día el resto de su vida (Villa y Vinaccia, 2006; Andreu, 2002).

Medidas de auto-cuidado

El Segundo pilar del tratamiento consiste en citar algunas medidas que la persona infectada puede seguir, con miras a mantener sana o a disminuir la posibilidad de enfermedades oportunistas.

- ❖ Dieta balanceada. Una buena alimentación ayuda a resistir mejor las infecciones y contribuye a obtener una cantidad y calidad adecuada de linfocitos. La dieta debe incluir los cuatro grupos básicos de alimentos: carnes, frutas y verduras, cereales y leguminosas, lácteos y sus derivados.

- ❖ Reducir niveles de ansiedad. Cada individuo tiene un estilo de vida que es difícil cambiar de un día para otro, pero es recomendable seguir las siguientes sugerencias:
 - Dormir una cantidad suficiente de horas, que en promedio son de 7 a 8 horas.
 - No desvelarse.
 - Mantener hábitos higiénicos
 - Permitir la salida de emociones, reconocerlas y aprender a controlarlas.
 - Aprender técnicas de relajación.

- ❖ Evitar o disminuir la depresión se recomienda:
 - Cuidar el aspecto personal.
 - Evitar el aislamiento y mantener relaciones interpersonales con la pareja, familiares, amigos, vecinos, etc.

- ❖ Evitar el consumo de sustancias psicoactivas. Se recomienda evitar el abuso y adicción a todo tipo de sustancias, ya que favorecen: daño orgánico, desnutrición, inmunosupresión y falta de control de impulsos, puede generar angustia, estrés, falta de motivación, negación de la realidad y exacerbar problemas financieros, legales y médicos.

- ❖ Evitar la reinfección. Si la persona es portadora de VIH y su pareja también deberán cuidarse, de tal forma que puedan evitar la reinfección.

Manejo adecuado de las enfermedades concomitantes.

La realización de controles médicos periódicos permitirá diagnosticar y tratar a tiempo la aparición de posibles complicaciones, como enfermedades oportunistas.

Es posible prevenir la aparición de algunas enfermedades como la Pneumocistosis, la toxoplasmosis, y la tuberculosis administrando tratamiento a manera preventiva cuando el nivel de linfocitos ha descendido (< 200 CD4/mm³). De

esta manera se puede prolongar el periodo asintomático de la infección por el VIH y evitar los costos médicos y hospitalarios que implican la aparición de estas enfermedades (Luque, 2001).

Manejo Psicológico

Existen recomendaciones básicas para el psicólogo o personal de salud que decida llevar a cabo una intervención terapéutica: 1) Intercambiar información sobre la infección por VIH, síntomas de SIDA, pruebas de detección de anticuerpos y medios de transmisión. 2) Dar oportunidad para que el paciente exprese su miedo, enojo y agresión, en un medio ambiente seguro, sea un consultorio particular o en una institución. 3) Ser sensible al dolor y entender las pérdidas del paciente, tanto internas como externas. 4) Investigar posibles sentimientos de culpa. 5) Descartar o confirmar la presencia de ideas suicidas. 6) Asistir e informar, a través de métodos que permitan reducir la angustia. 7) Investigar la presencia de mecanismos que permitan continuar con conductas de riesgo. 8) estimular al paciente para que mantenga una buena calidad de vida (Sepulveda et al, 1989).

Con el objetivo de disminuir la ansiedad, culpa, tensión, etc. Promover cambios específicos en la conducta de riesgo del paciente y fortalecimiento de su valía personal entre otras.

Pero el objetivo principal en un trabajo terapéutico será la búsqueda de aceptación de la infección, así como el diálogo constante acerca de cómo manejar la sexualidad de cada integrante, a fin de poder obtener satisfacción sin que ello implique propagar el virus. Con el propósito de tratar de recuperar el equilibrio perdido al que todo ser humano aspira, y promover su crecimiento, desarrollo y supervivencia en general.

En una psicoterapia grupal se recomienda por: 1) El sentimiento de que los componentes del grupo no están solos y de que no son los únicos con problemas. 2) El altruismo, o sensación de que uno se ayuda a si mismo ayudando a otros. 3)

La identificación, es decir, se cambian conductas con el ejemplo exitoso de algún otro miembro. 4) La cohesividad, o sensación de aceptación incondicional y de pertenencia, la cual disminuye la soledad que los pacientes experimentan. 5) El proceso estimula el desarrollo de la alianza de trabajo entre los miembros para que acepten la ayuda. 6) En el grupo se estimula la discusión e incrementa la confianza y seguridad del paciente mediante la aceptación de otros miembros o la identificación de los problemas. Lo anterior se basa en que nadie comprende lo que es estar infectado por el VIH, excepto otro paciente infectado (Sepulveda et al., 1989).

1.7 PREVENCIÓN

De momento, no existe cura para esta enfermedad y la lucha primordial contra la pandemia sigue siendo la prevención.

Prevención en la mujer

Se han dado como opciones para evitar la transmisión del VIH en la mujer: la abstinencia sexual (siendo que una mujer frecuentemente no tiene esta opción, pues negarse a tener relaciones sexuales podría costarle la relación de pareja o en ciertos casos su vida); la fidelidad conyugal (cuando la mayoría de mujeres infectadas solo tenía una pareja) y el uso del condón (cuando su empleo depende de que el hombre acepte ponérselo o le permita a la mujer usarlo).

La Organización de las Naciones Unidas para el SIDA (ONUSIDA) en el 2004, propuso que el matrimonio y otras relaciones monógamas a largo plazo no protegen del VIH a las mujeres, porque uno de cada 10 hombres encuestados afirmaron tener relaciones sexuales con otros hombres y, de estos, nueve de cada 10 afirmaron tener también relaciones con otras mujeres (Arrivillaga, 2006)

La prevención del SIDA en la población femenina sólo será posible cuando la mujer tenga el poder económico, social, sexual, educativo y legal para decir “no” a una relación sexual. (Rico et al., 1997)

Prevención de la transmisión sanguínea

El mayor avance en la prevención de la transmisión sanguínea del VIH se ha logrado a través del tamizaje de donadores de sangre, la autoexclusión de donadores y donadoras con prácticas de riesgo y la prohibición del comercio de la sangre. Estas medidas se establecen en la Norma Oficial Mexicana NOM-003-SSA2-1993 para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos (Secretaría de Salud, 2000). Además que toda sangre donada debe ser sometida a pruebas de detección de VIH, antes de ser transfundida.

No obstante es necesario mejorar la cobertura de las acciones, particularmente de las localidades pequeñas y en todas las instituciones de atención médica privada, ya que de consolidarse la ruralización de la epidemia asociada a la migración interna y externa podría elevarse la prevalencia de la infección por VIH en los donadores y donadoras potenciales (Secretaría de Salud, 2000).

No compartir objetos personales punzocortantes como son: navajas de afeitar, agujas de tatuajes, de inyecciones y de acupuntura. No compartir utensilios de uso personal que tienen la posibilidad de contaminarse con sangre como son el cepillo y el hilo dental y los objetos sexuales.

Prevención de la transmisión sexual

El mayor número de caso de SIDA se reportan en personas entre los 25 y 45 años, tomando en cuenta que la enfermedad se manifiesta después de 5 a 10 años de haber contraído la infección, es un hecho que esta población se infecta entre los 15 y 20 años de edad. Por ello los esfuerzos preventivos deben dirigirse prioritariamente a este grupo en el que la actividad sexual es la práctica que determina el riesgo (Secretaría de Salud, 2000).

Es preciso impulsar un enfoque integral de la salud sexual, planificación familiar y salud reproductiva con especial atención en las poblaciones más vulnerables: jóvenes, mujeres y grupos socialmente marginados, considerando como

estrategias fundamentales: retrasar el inicio de la actividad sexual, abstenerse de mantener relaciones sexuales, o que dos personas que mantienen relaciones y no estén infectados sean fieles la una a la otra, disminuir el número de parejas sexuales, fomentar el uso de condón de látex (preservativo) o poliuretano (condón femenino), promover el diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno de otras infecciones de transmisión sexual (ITS).

Prevención de la transmisión perinatal-vertical

Entre los grandes avances de los últimos años destacan los resultados del estudio multicéntrico ACTG 076 (AIDS Clinic Trials Group Protocol 076) llevados a cabo en Estados Unidos y Europa, donde se demostró que la administración de Zidovudina (AZT) a mujeres embarazadas infectadas por el VIH durante las semanas 14^a- 34^a de gestación y durante el parto, así como al recién nacido durante 6 semanas disminuye el riesgo de transmisión del 25.5% al 8.3%. Los estudios hasta la fecha con seguimiento a largo plazo de los hijos (as) de madres tratadas con AZT no han reportado efectos adversos y han demostrado la seguridad de su uso en mujeres embarazadas, por lo que se ha propuesto ofrecer este tratamiento a toda mujer embarazada infectada, ya que reduce en 67.5% el riesgo de transmisión perinatal.

De acuerdo a la prevalencia encontrada en mujeres embarazadas y la tasa de transmisión perinatal en México, se espera que anualmente nazcan 330 niños infectados por VIH, de los cuales se podría prevenir la infección en 220 niños al año haciendo una detección oportuna y administrando tratamiento antirretroviral (AZT) a las mujeres embarazadas infectadas. Por ello es imprescindible establecer medidas efectivas para controlar la infección en hijos(as) de madres infectadas y disminuir la magnitud del problema (Secretaría de Salud, 2000).

Las madres infectadas por VIH no deberán amamantar a su hijo, si cuentan con la posibilidad de disponer de sustitutos de leche materna. En caso contrario, se recomienda continuar la alimentación al seno materno.

1.8 EPIDEMIOLOGIA

En todo el mundo existe ya el SIDA, considerándose una pandemia, ya que ha afectado a mujeres y hombres de todos los continentes. Existen estimaciones que cada día se llegan infectar seis mil personas con VIH en el mundo. A continuación se presenta un panorama general sobre la epidemia tanto a nivel mundial como nacional.

VIH-SIDA A NIVEL MUNDIAL

En todo el mundo, el SIDA ya es el principal problema de salud pública al que se enfrenta la humanidad. En el programa de la Organización de las Naciones Unidas para el SIDA (ONUSIDA), se estimó que al 1 de diciembre de 2000 el número total de personas que vivían con VIH/SIDA era cercano a los 36.1 millones, de los cuales 34.7 millones eran adultos y de estos, 16.4 millones, es decir, cerca de la mitad, mujeres (López et al., 2003). Para finales del 2001 se estimó, que a nivel mundial existían 40 millones de personas infectadas con VIH, de los cuales 37.1 millones eran adultos, 18.5 millones mujeres, y 3 millones menores de 15 años (Alarcón y Ponce. 2003).

El número estimado de adultos y niños que vivían con el VIH, del 2001 al 2008, en las diferentes regiones del mundo, fue la siguiente: en América del Norte 1.4 millones, en el Caribe 240,000 casos, en América Latina 2.0 millones, en Europa Occidental y Central 850,000, en Europa Oriental y Asia Central 1.5 millones, en Asia Oriental 850,000, en Asia Meridional y Sudoriental 3.8 millones, en Oceanía 59,000, en Oriente Medio y África del Norte 310,000 y en África Subsahariana 22.4 millones. Por lo tanto, en todo el mundo se estimó que eran 33.4 millones de infectados, de los cuales 31.4 millones eran adultos, 15.7 millones mujeres y 2.1 millones menores de 15 años (ONUSIDA, 2009).

África Subsahariana es la región más afectada concentrando más del 70% de las infecciones de todo el mundo; existen 6 mujeres con el VIH por cada 5 hombres (UNAID, 2009). En cambio en Europa Occidental y Estados Unidos, existen diez

veces más casos en hombres que en mujeres. Por su parte, en Latinoamérica se señala un patrón epidemiológico intermedio (Rico et al., 1997).

Las cifras mundiales muestran un aumento acelerado de la infección por VIH/SIDA principalmente en las mujeres. Aumentando paulatinamente en regiones como Europa Oriental, Asia y América Latina. En esta última, las mujeres representan aproximadamente el 36% de los 1.7 millones de adultos que viven con el virus. En los países del Caribe y algunos del Centroamérica, se observa una alta proporción de caso de SIDA en mujeres; en Haití, Honduras y Bahamas la relación es de uno a uno, y en El Salvador, República Dominicana y Barbados la relación es de tres a uno. En cambio en Estados Unidos la relación es de nueve a uno (Arrivillaga, 2006).

De acuerdo con el último reporte sobre la salud mundial (The World Health Report, 2002) elaborado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), el SIDA es responsable del 5.2% de las muertes que ocurren en todo el mundo, constituyendo la cuarta causa de defunción. Ocupando el primer lugar las enfermedades isquémicas del corazón con un 12.7%, las enfermedades cerebrovasculares en segundo lugar con un 9.6% y en tercer lugar las Infecciones respiratorias bajas agudas con un 6.8% (Alarcón y Ponce, 2003).

De acuerdo con la prevalencia de VIH en población adulta –que es el indicador que utiliza ONUSIDA para comparaciones internacionales- nuestro país se ubica en el vigésimo tercer lugar en América y el Caribe, y en el sitio setenta y siete a nivel mundial (Alarcón y Ponce, 2003).

VIH-SIDA EN MÉXICO

En 1983 fue diagnosticado el primer caso de SIDA en México. Se trató de un varón de origen haitiano atendido en el Instituto Nacional de Nutrición “Salvador Zubiran” (Ponce y Rangel 2000). El tiempo que pasa entre la adquisición del virus de inmunodeficiencia adquirida (VIH) y el desarrollo del SIDA, de al menos dos a

10 años, hace suponer que este virus fue introducido a México en el decenio de 1970 (Villaseñor et al., 2003).

En México el seguimiento epidemiológico del SIDA se inicio en 1983 y se ha mantenido constante. A partir de 1987 se sistematizó en el Registro Nacional de Casos de SIDA como base de datos electrónica. En la actualidad, está a cargo de la Dirección de Epidemiología de la Secretaria de Salud (Alarcón y Ponce, 2003).

En marzo de 1987 se publicó por primera vez en el boletín mensual de SIDA/ETS y para entonces, se habían acumulado 344 casos. Los hombres homosexuales y bisexuales en ese tiempo constituyeron tres cuartas partes de los casos de SIDA, en tanto que los restantes se distribuyeron entre heterosexuales y receptores de transfusiones sanguíneas, así como algunos casos perinatales que comenzaron a aparecer. Para finales del año se habían notificado más de 1000 casos. Para finales de 1991 se informaron de 20, 000 casos acumulados (Sepulveda, Fineberg y Mann, 1993).

De acuerdo con datos del Registro Nacional de casos de SIDA, la epidemia en México ha presentado tres tendencias: una de crecimiento lento con 2,765 casos (1983 a 1987); otra de crecimiento exponencial, con 11,870 casos (1988 a 1991); y una de crecimiento amortiguado con 15,889 casos diagnosticados (1992) y presenta períodos de duplicación de 16 meses (Alarcon y Ponce, 2003; Villaseñor et al., 2003)

Según datos del Centro para el Control y Prevención del VIH/SIDA (CENSIDA), indican que de 1983, año en que se registraron los primeros casos de SIDA, hasta el 15 de Noviembre de 2010, se observa un incremento considerable en los casos registrados: de 66 a 144,127 casos diagnosticados de SIDA; de los cuales 118,444 corresponde al sexo masculino y 25,683 al sexo femenino. La relación de casos de SIDA entre hombre y mujeres es de 6 a 1; presentándose 58,017 (49%) casos en hombres adultos y en mujeres adultas con 10,701 (41.7%) casos; por lo

que estas personas de 30-44 años de edad constituyen el grupo más afectado. Como se muestra en la siguiente tabla 1.

Tabla 1. Casos acumulados de SIDA por grupos de edad y sexo.

Grupos de edad	Hombres		Mujeres		Total	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%
< 15 años	1,798	1.5	1,555	6.1	3,353	2.3
15 - 29 años	34,363	29.0	8,487	33.0	42,850	29.7
30 - 44 años	58,017	49.0	10,701	41.7	68,718	47.7
45 y + años	23,361	19.7	4,792	18.7	28,153	19.5
Se desconoce	905	0.8	148	0.6	1,053	0.7
Total	118,444	100.0	25,683	100.0	144,127	100.0

Fuente: CENSIDA, con datos del Registro Nacional de Casos de SIDA al 15-nov-2010

En México, la principal vía de transmisión del VIH-SIDA es la sexual; concentrándose principalmente en la heterosexual. En mujeres mayores de 30 años, los casos acumulados desde el inicio de la epidemia son: 9,800 (90.9%) corresponden a transmisión sexual, 985 (9.1%) a transmisión sanguínea.

Tabla 2. Casos nuevos y acumulados de SIDA en adultos (30 años y más), por categoría de transmisión y sexo.

Categoría de transmisión	Hombres				Mujeres			
	Casos diagnosticados en el 2010		Casos acumulados 1983-2010		Casos diagnosticados en el 2010		Casos acumulados 1983-2010	
	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%
Trasmisión sexual	1,917	98.9	51,832	96.7	452	99.3	9,800	90.9
Homosexual	508	26.1	16,205	30.2				
Bisexual	417	21.4	12,302	22.9				
Heterosexual	992	51.0	23,325	43.5	452	99.3	9,800	90.9
Trasmisión sanguínea	28	1.4	1,623	3.0	3	0.7	985	9.1
Transfusión sanguínea			591	1.1			879	8.2
Hemofilia			68	0.1				
Donador			223	0.4			39	0.4
UDI	28	1.4	738	1.4	3	0.7	65	0.6
Exposición ocupacional			3	0.0			2	0.0
HSH-UDI	2		158	0.3				
Se desconoce	22	(1.1)	27,765	(34.1)	3	(0.7)	4,708	(30.4)
Total	1,969	100.3	81,378	100.0	458	100.0	15,493	100.0

* La categoría "Se desconoce" se excluyó del cálculo de los porcentajes, sin embargo, dicha cifra se muestra entre paréntesis para conocer su magnitud.

Fuente: CENSIDA, con datos del Registro Nacional de Casos de SIDA al 15-nov-2010

En la tabla 3 presenta los casos de SIDA y las entidades federativas que concentran el mayor número de casos acumulados son: el Distrito Federal con 23,244 (16.1%), Estado de México con 15,718 (11.1%), Veracruz con 13,084 (9.1%), Jalisco con 11,057 (7.7%), Puebla con 6,639 (4.7%) y Morelos con 3,194 (2.2%).

Tabla 3. Casos de SIDA e incidencia acumulada según entidad federativa

Entidad Federativa	Casos acumulados de SIDA ⁽¹⁾	Incidencia Acumulada 2010 ⁽²⁾	% ⁽³⁾
Aguascalientes	856	73.8	0.6
Baja California	6,595	202.8	4.6
Baja California Sur	789	136.2	0.5
Campeche	1,339	166.3	0.9
Coahuila	1,682	63.3	1.2
Colima	823	135.2	0.6
Chiapas	5,735	126.0	4.0
Chihuahua	3,951	115.5	2.7
Distrito Federal	23,244	262.7	16.1
Durango	1,140	73.3	0.8
Guanajuato	3,126	61.7	2.2
Guerrero	6,111	195.0	4.2
Hidalgo	1,615	66.4	1.1
Jalisco	11,057	156.4	7.7
México	16,065	106.9	11.1
Michoacán	3,906	98.9	2.7
Morelos	3,194	189.3	2.2
Nayarit	1,759	181.0	1.2
Nuevo León	4,080	90.6	2.8
Oaxaca	4,950	139.5	3.4
Puebla	6,739	118.1	4.7
Querétaro	1,169	66.8	0.8
Quintana Roo	2,231	163.8	1.5
San Luis Potosí	1,843	73.9	1.3
Sinaloa	2,666	100.4	1.8
Sonora	2,458	97.1	1.7
Tabasco	2,667	129.4	1.9
Tamaulipas	3,555	110.1	2.5
Tlaxcala	1,107	96.3	0.8
Veracruz	13,084	179.4	9.1
Yucatán	3,441	176.8	2.4
Zacatecas	742	53.9	0.5
Extranjeros	335	-	0.2
Se desconoce	73	-	0.1
Nacional	144,127	133.0	100.0

⁽¹⁾ CENSIDA, con datos del Registro Nacional de Casos de SIDA al 15-nov-2010.

⁽²⁾ Tasa por 100,000 habitantes

⁽³⁾ Porcentaje con relación al total de casos de SIDA acumulados

Los hombres con prácticas homosexuales constituyen el único grupo cuya proporción del total de casos ha disminuido consistentemente, pues paso de 72% en marzo de 1987, a 27.1% en Septiembre de 1996 y así se mantiene hasta Junio de 2010; mientras que la proporción de casos de hombres con prácticas bisexuales ha permanecido estable, cerca de 20%. Por lo contrario, la transmisión heterosexual ha aumentado constantemente pues bien al inicio de la epidemia el contagio entre heterosexuales era raro, para septiembre de 1996 representó el 17.5% de los casos, considerando por tal motivo a las mujeres vulnerables a la infección. En el caso de las mujeres, la tendencia ha sido más acelerada que en hombres. Para 1987 representaba el 5% del total de casos; mientras que para junio de 1990, represento el 13.9% y para Junio del 2010 representó el 41.6%, (17.7) de los casos.

El SIDA es una enfermedad que hasta el momento no existe cura; que no respeta, sexo, edad, estado civil, religión, cultura y clase social. Existen personas que han desarrollado estrategias que le permiten sobrellevar su situación de seropositivo. Y el afrontamiento como una herramienta valiosa para enfrentar situaciones fuera de lo común. Por lo tanto, en el siguiente capítulo, se dio a la tarea de investigar todo lo relacionado sobre afrontamiento.

CAPÍTULO 2

AFRONTAMIENTO

Lo importante no es lo que nos hace el destino,
sino lo que nosotros hacemos de él.

Florence Nightingale

A través de los años se han realizados estudios, con el fin de identificar los recursos que desarrollan las personas para afrontar situaciones estresantes.

2.1 DEFINICIÓN

El término afrontamiento se define como “aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo” (Lazarus, 1991).

Casullo y Fernández (2001), entienden a la capacidad de afrontamiento como el conjunto de respuestas (pensamientos, sentimientos, acciones) que un sujeto utiliza para resolver situaciones problemáticas y reducir las tensiones que ellas generan.

Una conducta de afrontamiento es definida por R. H. Moos (1986) como una respuesta específica cognitiva o conductual de un sujeto o de un grupo de individuos para reducir o manejar las demandas internas o externas que se le presentan. Así pues, las conductas de afrontamiento son empleadas para manejar los problemas que se le presentan a un sujeto o las situaciones que le causan estrés y ansiedad. Además Billings y Moos (1981) mencionan que las estrategias de afrontamiento no son inherentemente adaptativas o desadaptativas; ya que éstas pueden ser beneficiosas si se les da un uso moderado o temporal y también pueden ser dañinas si se confía exclusivamente en un solo tipo de conducta. La

perspectiva de tales autores considera a las estrategias de afrontamiento como una capacidad (junto con otros recursos) que puede aumentar o disminuir el bienestar frente a las demandas de la vida y los estresores.

2.2 AFRONTAMIENTO COMO PROCESO

Hablar de un proceso de afrontamiento significa hablar de un cambio en los pensamientos y actos a medida que la interacción va desarrollándose. Por lo tanto, el afrontamiento es un proceso cambiante en el que el individuo, en determinados momentos, debe contar principalmente con estrategias, digamos defensivas, y en otros con aquellas que sirvan para resolver el problema, todo ello a medida que va cambiando su relación con el entorno. El proceso de afrontamiento se halla constantemente influido por las reevaluaciones cognitivas. El proceso completo puede durar muchos años y caracterizarse por múltiples formas de afrontamiento y por la aparición de problemas emocionales, o bien puede durar sólo algunos meses.

2.2.1 Etapas en el proceso de afrontamiento

Main (1997), en su trabajo sobre la separación de un niño pequeño de su madre, ha sugerido la presencia de etapas de afrontamiento a lo largo del tiempo que son: protesta, desesperación y desvinculación, consideradas todas ellas como formas de afrontar la experiencia estresante.

Shontz (1975), ha propuesto la idea de que cuando el individuo se enfrenta a una enfermedad física importante o a una incapacidad, procederá de acuerdo a una serie de etapas de afrontamiento iniciadas a partir del momento en que le informa de su estado. La primera etapa es el **shock**, que aparece principalmente cuando la crisis ocurre sin previo aviso. Esta etapa se manifiesta por un sentimiento de distanciamiento y, algunas veces, por una sorprendente lucidez y eficacia en el pensamiento y en la acción. A esto le sigue una fase de **encuentro**, un periodo extremadamente intenso en el cual el individuo puede experimentar

desesperanza, pánico y desorganización. Ello va seguido de una tercera fase, la de **retirada**, que parece corresponder a la negación, esta etapa va siendo poco a poco abandonada a favor de una creciente comprobación de la realidad. Para Klinger (citado en Lazarus, 1999) la fase de retirada representa un importante recurso natural de prevenir temporalmente el desmoronamiento. Para Shontz el proceso de afrontamiento es considerado como un recurso necesario para la maduración psicológica, en la que hay un sentimiento renovado del propio valor personal, una mayor sensación de satisfacción y una disminución de la ansiedad.

Por último, Wortman y Brehm (citado en Lazarus, 1999) también proponen un modelo por etapas parcialmente basado en el concepto de reactancia, que explicaría la razón por la que la gente no se da necesariamente por vencida cuando descubre que carece de ayuda. Por reactancia se entiende la respuesta de enfado y la creciente motivación del sujeto para vencer los obstáculos que restrinjan su libertad de acción.

Mendelsohn dice “cada paciente, afronta un particular grupo de circunstancias dentro del contexto de una historia personal única”, y para entender la importancia personal de la enfermedad es preciso situarla en el contexto de la biografía del individuo.

2.3 FUNCIONES DEL AFRONTAMIENTO

La función del afrontamiento tiene que ver con el objetivo que persigue cada estrategia; el resultado del afrontamiento se refiere al efecto que cada estrategia tiene.

Mechanic (citado en Lazarus, 1999), parte de una perspectiva socio-psicológica para explicar este proceso, cita tres funciones: afrontar las demandas sociales y del entorno, crear el grado de motivación necesario para hacer frente a tales demandas y mantener un estado de equilibrio psicológico para poder dirigir la energía y los recursos a las demandas externas. Pearlin y Schooler (1978), las denominan: 1) función de control situacional, cuando se cambian las

circunstancias externas, 2) función de control de significados, antes de que se produzca el estrés y 3) función del control del estrés en sí mismo, cuando éste ya ha aparecido.

2.4 TIPOS DE AFRONTAMIENTO

Para Lazarus (1991), existe dos formas o modos de afrontamientos uno dirigido a manipular o alterar el problema y el afrontamiento dirigido a regular la respuesta emocional a que el problema da lugar.

Afrontamiento dirigido a la emoción. Está constituido por los procesos cognitivos encargados de disminuir el grado de trastorno emocional e incluyen estrategias como la evitación, la minimización, el distanciamiento, la atención selectiva, las comparaciones positivas y la extracción de valores positivos a los acontecimientos negativos. Otro grupo más pequeño de estrategias cognitivas incluye aquellas dirigidas a aumentar el grado de trastorno emocional; algunos individuos necesitan sentirse verdaderamente mal antes de pasar a sentirse mejor y para encontrar consuelo necesitan primero un trastorno intenso para pasar luego al autorreproche o a cualquier otra forma de autocastigo. En otros casos, los individuos aumentan deliberadamente su grado de trastorno emocional.

Ciertas formas cognitivas de afrontamiento dirigido a la emoción modifican la forma de vivir la situación, sin cambiarla objetivamente. Estas estrategias equivalen a la reevaluación, utilizadas para reducir la sensación de amenaza: “He decidido que hay cosas más importantes de las que preocuparse”.

Afrontamiento dirigido al problema. Es la búsqueda de soluciones alternativas, con base en su costo, su beneficio, su elección y su aplicación.

Para Kahn y sus colaboradores (1964), existen dos grupos principales de estrategias dirigidas al problema: las que hacen referencia al entorno y las que se refieren al sujeto. En el primer grupo se encuentran las estrategias dirigidas a modificar las presiones ambientales, los obstáculos, los recursos, los

procedimientos, etc.; y en el segundo grupo se incluyen las estrategias encargadas de los cambios motivacionales o cognitivos, como la variación del nivel de aspiraciones, la reducción de la participación del yo, la búsqueda de canales distintos de gratificación, el desarrollo de nuevas pautas de conducta o el aprendizaje de recursos y procedimientos nuevos.

La resolución y desarrollo de estrategias de afrontamiento de cada paciente dependerá del soporte social con que cuentan y la estructura psicológica de cada paciente –la teoría psicoanalista describe que la estructura psicológica depende de la fortaleza del yo, la prueba de realidad y los mecanismos de defensa-. La **fortaleza del yo** se refiere a la capacidad que tienen los pacientes para tolerar la ansiedad, controlar sus impulsos, y desarrollar canales de sublimación, lo anterior lo puedes valorar a través de la calidad de las relaciones interpersonales que habitualmente establece el paciente; los pacientes que carecen de tal integridad del Yo son aquellos que establecen relaciones de intensa dependencia, con gran carga de afecto ante las amenazas reales o fantaseadas de separación, y aquellos pacientes que establecen relaciones tradicionales calificadas como “promiscuas”, en donde el compañero no es vivido como una persona con existencia y derechos propios, o una persona que merezca cierta consideración, sino como un objeto de uso con propósitos de calmar una perentoria necesidad interna patológica de satisfacción y apego.

La prueba de realidad estudia las posibilidades que tiene el paciente de confrontarse con aspectos reales de situaciones que ponen en riesgo su estabilidad, de tal manera que pueda tener actitudes preventivas de autoseguridad. Los mecanismos de defensa son procesos psicológicos que ayudan a mantener la estabilidad frente a situaciones estresantes. Los podemos dividir en mecanismos que giran alrededor de la escisión, o de bajo nivel, y los que giran en torno a la intelectualización, o de alto nivel. La escisión se refiere a la incapacidad del paciente para admitir sus acciones como propias, esto es, excluye su responsabilidad de los actos llevados a cabo. La intelectualización es la

explicación racional e intelectual, con el fin de evitar una confrontación directa con la situación estresante (Sepulveda et al., 1989).

Los estudios sobre afrontamiento y enfermedad crónica buscan determinar los estilos y estrategias que favorecen un mejor ajuste a las condiciones de la enfermedad y que disminuyen los riesgos asociados a las mismas.

El afrontamiento como proceso que nos permite tolerar, aceptar e incluso adaptarnos a una situación difícil o mortal, que pone en desequilibrio el estado mental y físico de nuestro organismo. Por esta razón es necesario saber cuáles son los mecanismos de afrontamiento que desarrollan las mujeres que viven con esta enfermedad, como grupo vulnerable; así mismo explorar si mejora su calidad de vida ante estas estrategias, lo que daría elementos para un mejor tratamiento multidisciplinario y aporte a otras personas que viven con VIH/SIDA. Ya que el afrontamiento es un proceso que a lo largo de la vida, le permite a la persona que vive una situación crítica y agobiante, enfrentar su situación de seropositivo y sus complicaciones, por lo que tiene que estar en continuo movimiento ya sea desarrollando sus propios recursos, con su familia, amigos, ambiente o personal de salud. En el siguiente capítulo conoceremos las estrategias de afrontamiento que desarrollan las personas con VIH, en particular las mujeres con esta enfermedad.

CAPÍTULO 3

LAS MUJERES Y SUS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO ANTE EL VIH/SIDA

Deja de ser quien eras y transfórmate en quien eres.

Paulo coelho

Los recursos de afrontamiento que utilizan las personas ante situaciones que generan estrés, como una enfermedad incurable y por lo tanto difícil de enfrentar como el VIH-SIDA, son importantes para su bienestar mental y físico. Tomando en cuenta que ya no existen grupos de riesgo sino conductas de riesgo, expone a toda persona a ser vulnerable de contraer el virus, pero en especial a la mujer.

3.1 MUJER Y VIH/SIDA

En la actualidad, la infección por VIH se ha diseminado en la población femenina por transmisión heterosexual; destacándose su mayor vulnerabilidad ya que gran parte de estas mujeres son amas de casa y muchas de ellas desconocen la vida sexual de su pareja fuera de matrimonio, el uso ilícito de drogas intravenosas, y por ello no reconocen el riesgo de infección. La migración de trabajadores mexicanos a Estados Unidos, los cuales regresan infectados a su lugar de origen, tiene importante participación en la diseminación del VIH a las mujeres de las áreas rurales.

Entre mujeres se puede observar que la infección está conformada por dos grandes periodos: uno, por vía de transfusiones, el cual llegó a su pico en 1991 dando lugar una razón en ese año de 5:1 de varones a mujeres; y un segundo adquirido por vía sexual, que es más reciente y que apenas empieza a sobrepasar a los casos debido a transfusión (Ponce y Rangel, 2000).

Nuestro país ha visto crecer la epidemia en la población femenina al pasar los años. Para 1985-1986, la proporción de mujeres que vivían con VIH era de 3% con respecto al resto de la población adulta. A partir de este momento aumento a 11% en 1987-1988, luego a 15% en 1989-1990 y se ha mantenido desde 1991 entre 14% y 16% (Herrera, Campero y Villa, 2005).

Desde 1985 en que se presentó el primer casos femenino de SIDA y hasta el 30 de Junio de 2010, se han acumulado un total de 25,129 casos (kendall, 2004; CENSIDA 2010). Los primeros casos, se asociaron a transfusiones de sangre contaminada; sin embargo a partir de 1986 empezaron a aparecer casos asociados a transmisiones heterosexuales (relaciones sexuales de un hombre con una mujer).

A nivel mundial, entre el 75 y el 80% de las infecciones se han producido por una relación sexual no protegida, siendo en más del 75% una relación heterosexual (Gatell et al, 2005)

3.2 VULNERABILIDAD EN LA MUJER Y VIH/SIDA

Existen ciertos grupos o comunidades que son muy vulnerables al VIH, como son: las niñas, los pobres, las minorías, los pueblos indígenas, los migrantes, los refugiados y personas desplazadas a nivel local, las personas discapacitadas, las trabajadoras sexuales, los hombres que tienen sexo con hombres, las usuarias de drogas inyectables, las personas en reclusión y, muy especialmente, las mujeres.

En los últimos años se ha identificado la vulnerabilidad de las mujeres a la infección por el virus, por una amplia gama de aspectos, que tienen relación con su posición subordinada en la sociedad, donde ostentan una calidad de ciudadanas de “segunda o tercera categoría”.

Para entender la vulnerabilidad de las mujeres es necesario, entonces, un abordaje que considere la construcción social de los géneros que ha determinado la desvalorización de lo femenino y su subordinación a lo masculino, con el consiguiente desbalance de poder y hombre y mujeres. A partir de la comprensión

de los roles de género y la vulnerabilidad biológica de la mujer, tiene mayor riesgo para contraer el VIH. Ante esta problemática es necesario definir género.

El concepto de género se ha confundido con dos ideas generalizadas: la primera, es que género es igual a sexo; la segunda, que género equivale a mujer.

El sexo alude a las diferencias biológicas entre hombre y mujer, género se refiere al significado social atribuido a esa diferencia biológica.

Con respecto a la idea de que género equivale a mujer; su objeto de interés no es la mujer o el hombre; sino las relaciones de desigualdad entre mujeres y hombres, en torno a la distribución del poder (López et al., 2003).

Flores (2001) define al género como “un sistema ideológico cuyos distintos procesos orientan el modelaje de una representación social diferenciada de los sexos, determinado formas específicas de conducta asignadas en función del sexo biológico”.

Género se entiende, entonces, como una construcción social basada en la diferenciación biológica de los sexos (fenotipo y genotipo), que se expresa a través de relaciones de poder-subordinación representadas en la adscripción de funciones, actividades, normas y conductas esperadas para hombres y mujeres en cada sociedad.

En 1990 se reconoció mayor vulnerabilidad biológica y social de la mujer ante la infección por VIH, en contraste a la del hombre, por lo que ONUSIDA (1997) y López et al (2003), identificaron los siguientes factores de riesgo:

3.2.1 Vulnerabilidad Biológica

Las mujeres son biológicamente más vulnerables a la infección por VIH que los hombres, ya que la transmisión de hombre a mujer es de dos a cuatro veces mayor que la transmisión de mujer a hombres, esto se debe en parte a que la mujer al ser receptiva en el coito heterosexual, tiene una mayor superficie de mucosa expuesta a las secreciones sexuales de su pareja. El semen infectado por el VIH contiene normalmente una concentración más alta de virus que las secreciones sexuales de la mujer. Por otro lado, el epitelio vaginal y rectal es más vulnerable a infecciones que el que cubre el pene, y el virus puede mantenerse vivo por más tiempo en esos tractos (72 horas aproximadamente).

Una relación sexual no protegida la vulnerabilidad es el doble de alta para la mujer que para el hombre. Además los desgarros y hemorragias durante la relación sexual, ya sea por un coito natural o brutal, a una violación o a una mutilación sexual previa (la circuncisión femenina), multiplican los riesgos de infección por el VIH. La mujer corre un riesgo similar con el coito anal no protegido, a veces preferida porque preserva la virginidad y evita el riesgo de embarazo, esa práctica suele desgarrar los tejidos y facilitar la entrada del virus.

La conservación de la virginidad es un mensaje clave en la socialización sexual de las mujeres jóvenes en muchas culturas. En los lugares en donde se concede un gran valor a la virginidad, estas mujeres se inhiben de solicitar información y servicios sobre salud sexual y reproductiva. En el caso de hacerlo, se arriesgan a que las consideren como sexualmente activas, cosa que tendrá consecuencias, como la expulsión del hogar. También las mujeres, por razones obstétricas, son más susceptibles de recibir transfusiones sanguíneas más frecuentemente que los hombres.

En relación a la edad, el riesgo es mayor entre niñas o mujeres adolescentes ya que su cuello uterino fisiológicamente inmaduro y sus escasas secreciones vaginales oponen un obstáculo menor al VIH o a cualquier otra infección de transmisión sexual.

3.2.2 Vulnerabilidad Social

Las mujeres son socialmente más vulnerables, ya que el comportamiento sexual socialmente esperado es diferente entre los hombres y las mujeres. Se considera que la mujer debe ser pasiva, sumisa y en ocasiones tener relaciones sexuales con violencia o no deseadas, y la mayor parte de las veces sin protección (Campero et al., 2010).

Además debe llegar virgen al matrimonio. Asimismo, la sociedad impone estándares distintos entre hombres y mujeres en lo que a la fidelidad conyugal se refiere. En el hombre es permitido tener relaciones sexuales fuera del matrimonio. En la mayoría de los casos la mujer no puede exigir fidelidad al hombre, negociar el uso del condón o le resulta difícil negarse a tener relaciones sexuales. Otro factor de riesgo, se refiere a que las mujeres suelen casarse o establecer relaciones sexuales con hombres mayores que ellas, que por lo general han tenido más parejas sexuales y por lo tanto han tenido una mayor probabilidad de infectarse con el VIH. Otra forma en que las mujeres son vulnerables a la infección es a través de la migración de trabajadores mexicanos a Estados Unidos, los cuales regresan infectados a su lugar de origen, tiene importante participación en la diseminación del VIH a las mujeres de las áreas rurales. Ellas deberán llevar una vida “recta” o serán juzgadas por sus vecinos, optando en la mayoría de los casos mantener fidelidad sexual a sus compañeros, hasta que regresen, situación que no es la misma para los hombres, su práctica sexual no es reprimida, ni criticada, sino se les exige dicha conducta, (que aun considera que el hombre lo tiene que hacer, sino no es hombre). Como se demostró en el estudio realizado en la comunidad rural de un municipio del estado de Morelos, donde la pobreza y la migración de los habitantes de la localidad, son factores de riesgo para contraer

infecciones de transmisión sexual principalmente al virus del Papiloma Humano y al VIH (Flores, 2010)

Inequidad de género

La amenaza especial que representa el SIDA para las mujeres está relacionada con la inequidad de género por los siguientes factores:

- El papel de la mujer como portadora del niño antes del nacimiento y como la principal cuidadora de su atención una vez nacido.
- La inferior condición cultural de la mujer, el escaso poder de las mujeres en la relación de pareja, y las actitudes relacionadas con la sexualidad que imperan en muchos lugares del mundo donde se registra la mayor cantidad de casos de VIH-SIDA (África)
- En el ámbito de la educación, las mujeres siguen sin tener el mismo acceso que los hombres a la educación primaria, secundaria y técnica. Las tasas generalmente más bajas de alfabetización de la mujer, se ve limitada su movilidad y por lo tanto el acceso a la información (Chiapas).
- Su poca educación, las pocas oportunidades de empleo, o para incrementar los magros ingresos familiares o costearse estudios, vestuarios, etc., la mujer se ve obligada acudir al comercio sexual. También muchas mujeres son vendidas por sus propios padres para sostener a otros hijos, porque caen en las redes de traficantes, o se prostituyen por cuenta propia. En todos estos casos, la exposición al VIH es muy elevada (Gómez, 1998)
- La relativa falta de alternativa económica e independencia de la mujer.
- La vulnerabilidad social de las mujeres se refuerza cuando ellas no acceden al conocimiento de sus derechos y menos aún cuando no los llevan a la práctica (Del Río, 1995)

Las mujeres que han sufrido abuso sexual en la niñez, tendrán mayor probabilidad de sufrir abuso tanto físico como sexual en la adultez, incrementando su riesgo de contraer VIH-SIDA (Simoni, 2000).

4. FASES PRESENTES EN PACIENTES INFECTADOS POR VIH

La doctora Kübler Ross (Sepulveda et al., 1989) señala un “proceso” presente en la mayoría de pacientes cuando son informados de padecer una enfermedad incurable y mortal. Estas fases también son observadas en pacientes infectados por VIH. Estas fases son: negación, ira, negociación, depresión y aceptación. Todas estas fases tienen un carácter adaptativo y se desarrollan indistintamente, sin seguir un orden de importancia.

La primera fase de **negación**; en ella el paciente anula de su conciencia la realidad patológica que sufre; trata de evitar el dolor psíquico de saberse infectado; mantiene sus actividades y conductas de alto riesgo, previas a los resultados; por lo que trata de evitar el contacto con cualquier especialista. Cuando el paciente ha elaborado el impacto inicial, empieza a hacer preguntas, por lo que debe ser informado de su situación física, y evitando dar falsas esperanzas.

Pasada la fase de negación, se vuelve irascible y difícil, desplaza su angustia, envidia y agresión a las personas que lo rodean; esta agresión puede ir dirigida hacia individuos en particular, o hacia la población en general, culpándolos de ser responsables de su enfermedad. A esta etapa se le conoce como **fase de ira o cólera**. Estas dos fases son importantes en pacientes diagnosticados como seropositivos, porque es el periodo donde pueden infectar a otros, o hacerse daño ellos mismos.

La tercera **fase es la de negociación o pacto**: el paciente generalmente pacta con alguna forma sobrenatural de existencia o fuera de su realidad inmediata, maneja conscientemente parte de su conflictiva interna y pide un tiempo para intentar hacer cambios en su vida.

Cuando esta fase termina el individuo entra en **depresión**, analizando sus pérdidas. La fórmula subjetiva es: “Lo he perdido todo, ahora el mundo no tiene sentido, estoy infectado. Originando un aislamiento social, por periodos que va desde una semana, hasta meses o incluso años; se caracteriza por miedo injustificado de infectar a otros, lo que ocasiona que se alejen, evitando así cualquier contacto social. Algunos pacientes presentan ideas suicidas; estas no surgen en el momento de conocer su resultado positivo, sino suele aparecer en el transcurso del tratamiento, cuando empiezan a morir amigos o personas de SIDA, que creen haber infectado, o bien al percatarse de que son excluidos de la sociedad. Implica la disminución de los procesos negadores, y permite un trabajo terapéutico que dé opciones reales de sobrevivencia para el paciente, de tal manera que se pueda llegar a la aceptación de la enfermedad.

Finalmente, surge la **fase de aceptación**; el paciente empieza a elaborar el duelo o la relación entre su realidad presente como enfermo y las pérdidas sufridas. Podrá nuevamente, dependiendo de su historia personal y patología predominante, hacer cambios estructurales en su aparato mental que le permitan incorporarse a la vida con nuevos hábitos de conducta, enfrentando de una nueva manera los desafíos del mundo externo.

Por otra parte Flores (2005) a lo largo de su investigación con personas con VIH-SIDA, describe 5 fases, las cuales son: impacto e incredulidad, enojo y angustia, tristeza y soledad, reconstruir, y el valor de los otros. En la primera fase de **impacto e incredulidad** los pacientes al recibir la noticia de ser seropositivo se paralizan, sienten como si el mundo se hubiera acabado para ellos, presentan miedo, se sienten confundidos, no pueden creer que están infectados, tanto que no lo pueden platicar con sus familiares, amigos, primos, etc. Otra fase es la de **enojo y angustia** la cual se experimenta como un momento en la cual creen que los otros lo tienen que pagar, entonces pueden surgir pensamientos de venganza como: “Me voy de reventón y ya veremos quién me las paga”, después de beber demasiado, terminan sin saber que paso y que hicieron. Pueden originar

conductas de riesgo para ellos mismos y para los demás. Constantemente se cuestionan “¿Por qué Yo? No me lo merezco, es una injusticia”; “¿Es un castigo?” “¿Qué mal hice para merecer esto?”. La siguiente fase es de **tristeza y soledad**, la persona se empieza aislar, no quiere platicar ni salir, solo desea dormir, va perdiendo interés por las actividades diarias o no quiere comer, lo que puede originar depresión. Si la persona logra superar esta fase ya sea buscando ayuda con un médico o psicólogo que le ayuden a entender su enfermedad, podrá **reconstruir** su realidad como seropositivo, tendrá una visión diferente del mundo, comprenderá lo importante que es tomar su medicamento, ya que es la única manera para controlar el virus y la enfermedad. Es momento que puede replantear un proyecto de vida, de asumir con responsabilidad su condición de seropositivo, de disfrutar cada minuto de su vida, de cuidar a los otros y también los otros puedan cuidarlo, de compartir experiencias y sentimientos, esta fase es la de **reconstrucción**. Y finalmente la fase del **valor de los otros**, se da cuenta que es bueno regresar con sus amistades, que no está solo, que hay personas importantes como su familia que lo quieren y aceptan, así mismo que puede ayudar a los demás.

Cada fase es una oportunidad para no sucumbir en la desesperación, locura o la muerte, y la posibilidad de considerarse una estrategia de afrontamiento, o de desarrollar una como tal.

5. ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO QUE UTILIZAN LAS MUJERES QUE VIVEN CON VIH-SIDA

La investigación sobre las estrategias de afrontamiento se desarrolló en un principio, con personas que padecían enfermedades crónicas terminales, señalando que el uso de estrategias centradas en el problema (cogniciones y conductas orientadas a cambiar o eliminar la fuente de la amenaza), son las de mayor utilidad para la persona en tanto que se relacionan con un mayor bienestar físico. Por el contrario, aquellos sujetos que utilizan estrategias paliativas, como es el centrarse en las emociones o el escape conductual o cognitivo, manifiestan un mayor malestar físico (Carver, Scheier y Weintraub, 1989). Se ha sugerido que el afrontamiento de tipo activo (que busca ejecutar acciones directas con el fin de apartar o evitar el estresor) y el estilo enfocado en el problema parecen estar asociados a los resultados psicológicos más positivos al favorecer la adaptación a la nueva condición del enfermo. Por su parte, los afrontamientos por evitación, confrontación, distanciamiento, autocontrol y escape parecen estar asociados a resultados psicológicos negativos, tales como depresión y ansiedad. El diagnóstico de cualquier enfermedad crónica produce un impacto en el paciente por dos razones: la primera incluye la reacción emocional de saberse con una enfermedad incurable por el resto de su vida, y segundo, la previsión de los ajustes que se verán obligados a hacer en su estilo de vida, debido a la enfermedad (Brannon y Feist, 2002).

Se reconoce que el uso de estrategias mixtas (centradas en el problema y en la emoción) brindarían una mayor versatilidad al afrontamiento de las condiciones estresantes, ya que el meramente centrado en el problema es útil cuando la enfermedad es percibida como un evento que puede ser controlado por quien la padece; en cambio, el enfocado en la emoción, muestra mayores resultados positivos cuando la enfermedad se percibe como incontrolable. Por eso, se considera que la efectividad del afrontamiento en la enfermedad crónica, se logra tratando de tener variedad y versatilidad de respuestas que procuren una mejor

adaptación, debido a que no todos los estilos y estrategias son útiles en todo momento, ni para todo tipo de enfermedad (Vargas, Cervantes, y Aguilar, 2008).

Posteriormente los investigadores se dieron cuenta que estas estrategias eran las mismas que utilizaban las personas con VIH. Al parecer en 1993 se inició la investigación sobre el efecto de los estilos de afrontamiento emocional con personas portadoras de VIH, observando una relación positiva en su estado de salud, presenciado un alto número de células T, una baja preocupación en los sujetos acerca de la infección por VIH, un bajo nivel de fatiga y la práctica correcta de auto-cuidados (Temoshok, 1993). Mientras tanto Goodkin et al. (1992), encontraron que en aquellas personas que utilizaban el afrontamiento activo había una relación en los niveles de células CD4 y altos niveles de células citotóxicas en personas infectadas con VIH. Sin embargo, se observó que las personas que utilizaban el afrontamiento pasivo sus niveles de células CD4 y linfocitos eran bajas. Por lo tanto, podría decirse que los sujetos que utilizan estrategias de afrontamiento activo, está relacionado con una mejor salud física. Sin olvidar que la adherencia terapéutica es un factor sumamente importante ya que mejora las estrategias de afrontamiento, en el desarrollo de la enfermedad.

Otro estudio realizado por Carrobles et al. (2003) describe que un afrontamiento activo, centrado en la solución de problemas, con actitudes de autocuidado, con búsqueda de apoyo social e información y la posibilidad de hallar personas dispuestas a brindar escucha y afecto, son factores protectores contra el distrés emocional y por ende, contra la ansiedad y la depresión. Un menor apoyo social y familiar está asociado con una peor salud percibida, más dolor, un peor funcionamiento físico una mayor dificultad en las actividades diarias, mayor distrés. Por lo tanto el apoyo social y familiar está asociado con un mejor estado de salud y calidad de vida percibida en las personas con VIH-SIDA.

Sin embargo, Carver y sus colegas (1989), identificaron tres tipos de estrategias de afrontamiento que incluyen: la disociación mental, disociación del comportamiento y la ventilación de emociones. Este tipo de afrontamiento se

observó en aquellas personas infectadas con VIH, que no aceptan la enfermedad, y por ende no logran reelaborar cognitivamente su situación, lo cual se ha relacionado con altos niveles de depresión. Por lo que se considera que son estrategias de afrontamiento maladaptativas, pero al parecer pueden ser funcionales en corto plazo.

Algunas personas que viven con VIH/SIDA, al tener la experiencia directa con la enfermedad van desarrollando estrategias de afrontamiento, que les permite mitigar el sufrimiento ante una enfermedad mortal y estigmatizada. Buscando redes de apoyo que les permitan compartir información y sentimientos acerca de su padecimiento; esto a su vez le permite ir reelaborando su propio proceso. Una fuente importante de apoyo para el paciente es la familia, al estar en contacto directo con la persona afectada, adquiriendo un rol central para proporcionar soporte emocional, económico como social, esencial para el afrontamiento a la adversidad en que se ve envuelto el paciente (Flores, Almanza y Gómez, 2008). Otra red de apoyo importante son los amigos y las instituciones de salud, la cual está relacionada con una tasa lenta de incremento de las células CD4, por lo tanto tienen más probabilidades de vivir más tiempo y ser menos propensos a enfermedades oportunistas. (Menec et al., 1999; Mossey y Shapiro, 1982, en Arrivillaga et al., 2006).

Arrivillaga et al. (2006), observaron que el apoyo social que recibieron las mujeres con VIH/SIDA fue sobresaliente, considerándose un factor de protección. Se encontraron bajos niveles de ansiedad y depresión en la mayoría de las mujeres. Al respecto puede pensarse que el contar con el apoyo social brindado por la familia y las instituciones de salud donde son atendidas las pacientes, está relacionada con una disminución significativa de estos trastornos. Tal como lo plantea Schrimshaw (2003), las relaciones específicas de apoyo por parte de la familia a mujeres con VIH/SIDA influyen directamente y predicen los síntomas depresivos; además, las interacciones sociales que involucren el apoyo que

puedan establecer estas mujeres se verá reflejado con los bajos niveles de depresión (González et al., 2004).

El apoyo social proporciona al individuo un sentimiento de estabilidad, predictibilidad y control que lo lleva a sentirse mejor y a percibir de manera más positiva su ambiente. Estos sentimientos pueden a su vez motivarlo a cuidar de sí mismo, a interactuar de manera positiva con las otras personas y a utilizar más recursos personales y sociales para afrontar el estrés. La combinación de estos factores tiene efectos positivos en su bienestar emocional y en su salud física, aumentando por una parte su resistencia a las enfermedades y, por otra, reforzando sus redes sociales de apoyo. Esto último se debe a que las personas que tienen un estado emocional positivo encuentran más fácil desarrollar y reforzar relaciones personales significativas, en comparación con aquellas personas en quienes predomina un ánimo negativo.

La percepción de control en mujeres que conviven con el VIH/SIDA se relaciona directamente con el aumento o disminución de su calidad de vida en las diferentes áreas en que se desempeñan (Menec, Chipperfield y Perry, 1999): en el área personal, con la adherencia a los tratamientos ARV, por la generación de conductas de autocuidado y por la sensación de autoeficacia en cuanto al cumplimiento de los regímenes nutricionales y de ejercicio, en el área social se relaciona con la búsqueda activa de apoyo social; en el área familiar, con el cumplimiento de su doble rol como madre y como cuidadora (e incluso como trabajadora); en el área física con la progresión lenta de la enfermedad y el mantenimiento del conteo de células CD4, y en el área emocional con la percepción de menos situaciones de estrés y mayores capacidades de afrontamiento activo y adaptativo, con la disminución de niveles de ansiedad y la ausencia de síntomas depresivos. En esta medida, tiene un carácter preventivo ya que aumenta la posibilidad de toma de conciencia activa en cuanto a la evitación de comportamientos de alto riesgo para transmisión vertical y horizontal de la infección. El autocontrol que se pueda generar en el desarrollo de la enfermedad,

se ha considerado como una estrategia de afrontamiento y a partir del autocontrol o percepción de control, se pueden generar otras estrategias de afrontamiento.

Cuando se tiene percepciones positivas sobre la salud, se posee un perfil psicológico adaptativo que incluye el uso de estrategias que aumentan el control y que implica un activo compromiso para el afrontamiento directo de situaciones estresantes. Las mujeres que conservan una actitud positiva por ende tienen emociones positivas y si además tienen apoyo psicoterapéutico, incrementan la función inmunológica durante su enfermedad, por lo tanto son menos propensas a sufrir ansiedad y depresión.

En un estudio realizado en Brasil con madres seropositivas con hijos con la misma situación, se concluyó cuáles fueron las formas de afrontar el SIDA; sobreprotección y miedo, entrega total, negación, ocultando la enfermedad, resignación, religión y esperanza (Rosendo et al., 2008).

La sobreprotección es un comportamiento resultante del miedo a que sus hijos sufran violencia o discriminación social (lo mejor era ocultar la enfermedad), y el riesgo de desarrollar infecciones oportunistas; entrega total refleja una forma de aliviar la culpa de las madres, porque ellas se consideran responsables de la transmisión de la enfermedad a sus hijos, la negación no aceptar la enfermedad, sin embargo, puede minimizar el dolor y un escape para ajustarse a una nueva situación; resignación permitió comparar a su hijo con otros niños VIH positivos, lo que alivia el sufrimiento; y la religión y la esperanza apareció como una fuente de apoyo muy importante, ya que le permite a la persona sobrellevar la situación, generando una luz de esperanza para ellas mismas y sus hijos, de que algún día habrá cura o desaparecerá la enfermedad; además permite reducir otros procesos de afrontamiento como la negación, así como la prevención de trastornos psicológicos (Rosendo et al., 2008). La esperanza implica la expectativa de que algo valioso hay por delante, hay confianza en el futuro, el cual se percibe de manera positiva. Algunos autores como Cohen (citado en Solomon, 1989), han asociado la esperanza con el sentimiento de que se puede afrontar la enfermedad

o los problemas, y esto a su vez se asocia a cambios biológicos que incrementan el bienestar físico y psicológico.

Las estrategias de afrontamiento y el acceso a servicios de salud utilizadas por personas con VIH y en especial las mujeres, parecen ser factores importantes que fomentan la salud y la calidad de vida de los pacientes. Como se presentó en el estudio de Efectividad de una intervención para reducir los riesgos de transmisión de VIH en Personas con VIH, en la cual se demostró que una buena intervención terapéutica con una visión conductual permite a las personas infectadas con VIH la reducción de conductas de riesgo de transmisión del virus. Disminuyendo el riesgo de la reinfección entre parejas seropositivas, disminuye el riesgo de transmitir el VIH a su pareja no infectada y asimismo el riesgo de transmitir infecciones de transmisión sexual por medio del uso del condón (Kalichman et al., 2001).

Vargas et al., (2009) en su investigación estrategias de afrontamiento del SIDA en pacientes diagnosticados como seropositivos, concluyó que la estrategia de intervención psicológica ha reportado beneficios psicológicos para los pacientes. Así mismo en el reporte de Chesney, Chambers, Taylor, Johnson y Folkman (2003) sobre la psicoterapia de grupo ofrecida a 128 pacientes durante tres meses, en la cual se les proporcionaba un entrenamiento en confrontación psicológica eficiente de su condición, adicionada con un componente de información activa sobre el control del VIH. Los resultados mostraron una amplia y significativa disminución del estrés percibido y de la ansiedad.

Es importante considerar que toda persona infectada por VIH reciba apoyo terapéutico adiestrado en el tema, que le permita expresar, conocer, desarrollar y aprender estrategias de afrontamiento para tener una visión responsable, positiva y de auto-cuidado.

El desarrollo de estrategias de afrontamiento tiene como finalidad la adaptación a la enfermedad, que incluyen la reducción de daños, la tolerancia de los acontecimientos negativos, el mantenimiento de la imagen positiva de sí mismo, el equilibrio emocional y el mantenimiento de relaciones interpersonales (Miller, 1983, en Kalichman, 1995).

En el siguiente capítulo se realizará la metodología de investigación con un enfoque cualitativo y descriptivo de diversas entrevistas realizadas a un grupo de mujeres que viven con VIH-SIDA; con la finalidad de describir cuáles son las estrategias de afrontamiento que han desarrollado después de su diagnóstico.

CAPÍTULO 4

MÉTODO

La ciencia se compone de errores, que a su vez son los pasos hacia la verdad.

Julio Verne

4.1 JUSTIFICACIÓN

En todo el mundo, el SIDA ya es el principal problema de salud pública. Ocupa el 4to lugar de defunciones, y más de 34 millones de personas en la urbe, han sido infectadas por el virus de inmunodeficiencia humana, convirtiéndose en una epidemia, para la cual no se ha desarrollado una vacuna hasta la fecha, por lo que las personas infectadas tienen que sobrevivir, con los cuidados adecuados y los tratamientos antirretrovirales así como las estrategias de afrontamiento que puedan desarrollar durante el transcurso de la enfermedad.

En México, el SIDA es un problema de salud con múltiples repercusiones psicológicas, sociales, éticas, económicas y políticas que afectan a las personas seropositivas, su familia, y por consecuencia a la sociedad. Considerando que la epidemia en nuestro país es predominantemente de tipo sexual, toda vez que esta forma de transmisión ha sido la causante de casi el 90% de los casos; concentrándose principalmente en el grupo de hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH), alrededor del 50% del total de casos acumulados; pero con una tendencia ascendente, en los últimos años, en los casos de tipo heterosexual, resultando afectada las mujeres (Alarcón y Ponce, 2003). Destacándose su mayor vulnerabilidad biológica, epidemiológica y social; ya que gran parte de estas mujeres son amas de casa y muchas de ellas desconocen la vida sexual de su pareja fuera de matrimonio, el uso ilícito de drogas intravenosas, y por ello no reconocen el riesgo de infección. Otra forma en que las mujeres son vulnerables a la infección es a través de la migración de trabajadores mexicanos a Estados

Unidos, los cuales regresan infectados a su lugar de origen, tiene importante participación en la diseminación del VIH a las mujeres de las áreas rurales.

Se ha demostrado que quienes migran son más vulnerables que la población local para adquirir la infección, y diseminarla en el trayecto hacia el lugar de destino, o en el retorno a su lugar de origen, perjudicando a la mujer directa o indirectamente. Las indirectamente afectadas son aquellas mujeres amas de casa, cuya pareja es migrante, y como ocurre frecuentemente recurren a trabajadoras sexuales y en ocasiones al sexo con otros hombres, corriendo el riesgo de una ITS.

Las situaciones que directamente afectan a las mujeres, son aquellas que migran y que por su condición de mujer y los pocos recursos tienen que recurrir a un trabajo sexual de subsistencia o trabajadoras sexuales permanentes. Un estudio realizado por la Pastoral de la Migración Humana con mujeres migrantes estima que el 60% de las indocumentadas tiene algún tipo de experiencia sexual en su viaje: desde la violación, el sexo coaccionado, hasta el compañerismo.

4.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Por lo tanto, es importante saber cuáles son los recursos de afrontamiento que desarrollan las mujeres que viven con esta enfermedad, como grupo vulnerable; así mismo explorar como mejora su calidad de vida ante estas estrategias, lo que daría elementos para un mejor tratamiento multidisciplinario y aporte a otras personas que viven con VIH/SIDA. Tomando en cuenta que las investigaciones sobre estrategias de afrontamiento en personas seropositivas, demuestran, un mejor ajuste social y mejoran su estado de salud. Ya que el afrontamiento es un proceso a lo largo de la vida, que permite a la persona que vive una situación crítica y agobiante, enfrentar su situación de seropositivo y sus complicaciones, por lo que tiene que estar en continuo movimiento, desarrollando estrategias con su familia, amigos, ambiente o personal de salud.

4.3 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son los recursos de afrontamiento que desarrollan un grupo de mujeres habitantes del D.F., que viven con VIH-SIDA y cómo repercuten en su calidad de vida?

4.4 OBJETIVO GENERAL

Explorar cuáles son las estrategias o recursos de afrontamiento que utilizan un grupo de mujeres que viven con VIH-SIDA

4.4.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conocer cuáles son las estrategias de afrontamiento sociales, físicas y psicológicas, que han desarrollado las mujeres que vive con VIH/SIDA.
- Explorar cómo influyen las estrategias de afrontamiento en la calidad de vida de mujeres que viven con VIH/SIDA.

4.5 SUPUESTOS

El afrontamiento de mujeres que viven con VIH-SIDA, a través del desarrollo de habilidades como la comunicación, mejorara las diferentes áreas de su vida.

Las mujeres con VIH-SIDA que desarrollan el afrontamiento dirigido a la emoción o el afrontamiento dirigido al problema tendrán mayores dificultades para adaptarse a su situación e incluso generar otras estrategias de afrontamiento que aquellas que utilizan ambos tipos de afrontamiento.

Las estrategias de afrontamiento que desarrollan y utilizan las mujeres que viven con VIH-SIDA son: las redes de apoyo social (los amigos, la familia, las instituciones de salud), la adherencia terapéutica tanto farmacológica como psicológica, y una actitud positiva ante la enfermedad, las cuales inducen un mejor funcionamiento inmunológico y por lo tanto una mejor calidad de vida.

4.6 MUESTRA

La muestra estuvo conformada por 5 mujeres diagnosticadas con VIH/SIDA, usuarias de los servicios de la Clínica Condesa de Polanco, residentes del Distrito Federal. Al momento de realizar las entrevistas su edad oscilaba entre los 30 y 45 años. Su participación fue de manera voluntaria y anónima, firmando el consentimiento informado correspondiente.

Cabe señalar, que estas entrevistas son retomadas de una investigación doctoral que se encuentra en proceso¹ y de un proyecto financiado por CONACYT² que está a cargo de la Dra. Fátima Flores Palacios.

Las entrevistas se realizaron en condiciones de privacidad y confidencialidad necesarias, para recabar información sobre su condición de seropositiva, así como su edad, la escolaridad, su ocupación, nivel socioeconómico, religión, su estado civil, número de descendientes, lugar de residencia, año de diagnóstico, lugar donde reciben atención médica, si consumen antirretrovirales, y si reciben atención psicológica, como se muestra en los resultados (tabla 3).

4.7 TIPO DE ESTUDIO

El tipo de estudio fue exploratorio, dado que los objetivos fueron planteados en conocer las estrategias de afrontamiento que han desarrollado las mujeres que viven con VIH. Por lo tanto, la aproximación fue cualitativa.

4.8 TÉCNICA

El instrumento que se utilizó en este estudio exploratorio fue la entrevista a profundidad.

¹ Chapa, Ana. Mujeres viviendo con VIH: Un acercamiento a su experiencia, Tesis de doctorado, Facultad de Psicología/UNAM. En proceso.

² Proyecto Conacyt No. H-49926 Dimensiones psicosociales del VIH/SIDA en el contexto de la salud y los derechos humanos, análisis teórico de las representaciones sociales y la perspectiva de género

Entrevista a profundidad: es una técnica para estudios cualitativos; en la que no hay preguntas establecidas, con la finalidad de obtener información a través de una conversación cara a cara, entre el investigador y el entrevistado, en un lugar adecuado para hablar de un tema particular, donde el informante puede expresar sus sentimientos, emociones, expectativas, deseos, problemas etc., tanto del pasado como del presente, con o sin esperanzas en el futuro.

El investigador con sus conocimientos y experiencia en el tema, puede decidir cuándo y cómo aplicar algunas frases que orienten al entrevistado hacia los objetivos propuestos, creando al mismo tiempo una atmósfera confortable para que el informante hable libremente.

4.9 PROCEDIMIENTO

Leer a profundidad las entrevistas realizadas a las mujeres con VIH-SIDA

Seleccionar y organizar la información de acuerdo al discurso de la entrevista, por categorías de contenido.

Analizar e interpretar las entrevistas, se procedió a obtener las categorías y Subcategorías relacionadas con las estrategias de afrontamiento.

4.10 ANÁLISIS

Las entrevistas realizadas fueron interpretadas por análisis de contenido por categorías.

El análisis de contenido, es una técnica de investigación cualitativa muy útil para estudiar y explorar la comunicación en sus diversos contextos y presentaciones, de una manera objetiva y sistemática, con el objetivo de identificar las características relevantes del contenido de un mensaje, para convertirlas en unidades que permitan su descripción y análisis preciso. Lo importante del mensaje se convierte en algo susceptible de describir y analizar, por medio de categorías o subcategorías (Hernández et al., 2001).

El análisis de contenido, intenta articular el rigor de la objetividad y la riqueza de la subjetividad. Su objetivo consiste en efectuar una segunda lectura del documento a estudiar, sustituyendo esta última a la lectura espontánea, intuitiva y fácil de las personas (Portouis y Desmet, 1992).

CAPITULO 5

RESULTADOS

Solo existe una manera de aprender: entrando en acción.

Paulo coelho

A través de las entrevistas realizadas a mujeres que viven con VIH-SIDA, se analizó el contenido manifiesto de la comunicación de una manera cualitativa, sistemática y objetiva.

En el análisis de contenido de las entrevistas se obtuvieron las siguientes categorías y Subcategorías, relacionas con las estrategias de afrontamiento que desarrollaron las mujeres que viven con VIH-SIDA:

Categorías

Subcategorías

I. Redes de apoyo social	{	<p>Familia (Esposo, hijos, mamá, papá, hermanos.)</p> <p>Amigos</p> <p>Personal de salud (Médico general o especialista, Psicólogos, Tanatólogos)</p> <p>Religión</p>
II. Auto-cuidados	{	<p>Administración de medicamentos antirretrovirales</p>
III. Actitud		

En la siguiente tabla se presenta las características de las entrevistadas:

ENTREVISTADAS	B	AZ	A	ML	Y
EDAD	30	34	35	44	45
RESIDENCIA	D.F.	D.F.	D.F.	D.F.	D.F.
EDO. CIVIL	Unión Libre	Casada	Separada	Casada	Unión Libre
HIJOS	3 (♀6 y 4 a) (♂ 1 a)	2 (♂10 y 9 a)	3 (♂16 y 2ª) (♀ 10 a)	3 (♀ 12 a) (♂15 y 7 a)	2 (♀ 20 y ♂ 22 a)
ESCOLARIDAD	Lic. incom.	Carrera tec.	Bachillerato	Primaria	Secundaria
OCUPACION	Hogar	Hogar	Empl. Dom	Empl. Dom.	Empl. Dom.
AÑO DE Dx.	2007	2009	2008	2004	2001
ATENCION MED	Clínica Condesa	Clínica Condesa INER	Clínica Condesa	Clínica Condesa M. G.A. González	Clínica Condesa
ARV	No	Si	Si	Si	Si
NIVEL SOCIOECONOMICO	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo
RELIGION	Cristiana	Cristiana	Católica	Católica	Católica
ATENCION PS.	No	No	Si	Si	No

Las categorías y subcategorías se obtuvieron de acuerdo a la revisión bibliográfica, donde se expone cómo las personas al desarrollar estrategias de afrontamiento mejoran su calidad de vida.

De estas categorías y subcategorías se presentarán en los siguientes cuadros, en los cuales se expresa textualmente cómo las mujeres desarrollaron estrategias de afrontamiento que les permitieron sobrevivir a una experiencia o situación difícil de comprender y aceptar, como el VIH-SIDA.

A continuación se mostrara un cuadro que hace referencia sobre cómo les dieron el diagnóstico a cada una de las mujeres entrevistadas.

Entrevistadora **¿Y a ti cómo te dieron el diagnóstico?**

AZ: *Ya llevaba varios meses con gripa y tos... entonces vi que no se me quitaba y nos fuimos al INER, me detuvieron porque yo ya iba muy grave y este...pues me empiezan a hacer estudios y no saben el motivo... me empezaron a hacer preguntas cuantas parejas había tenido...hasta total que me dijeron que: sabes que? Tenemos la sospecha que puede ser VIH, ...y este si si salió positivo.*

B: *Es que a él le salieron unos granos en la lengua y ya de ahí fuimos al doctor y le dijeron que eran síntomas de VIH y ya de ahí le mandaron a hacer sus estudios y ya de ahí le dijeron que había salido positivo. Yo también me tenía que hacer mis estudios, ya me los realizaron a mí después y si salió según que sí, que era positiva.*

ML: *Empezó mi esposo, estuvo hospitalizado allá en G.A: González y allá me dijo el doctor que tenía que hacerme los estudios, entonces este ya me llevó a su consultorio y ya me dijo que mi esposo tenía el VIH.*

A: *Lo que pasa es que yo estuve muy sana siempre, pero por cuestiones de querer contactar a mi ex pareja topamos con una persona que era homosexual y era pareja de él, o sea él tenía una doble vida. Entonces yo me separo de él cuando mi hija tenía tres años y traté de rehacer mi vida con otra persona que es el papá del bebé chiquito, también lo contagie a él y contagié a mi bebé de VIH.*

Y: *Fui a CONASIDA de la casa de Tlalpan, hablo la psicóloga conmigo... ya me sacaron la sangre y eso y me dijeron que regresara en un mes... y ya me dice "¿sabes qué? Saliste positiva".*

Una vez realizado el diagnóstico, se exponen las categorías y subcategorías relacionadas al afrontamiento que cada mujer desarrolló para sobrellevar su situación de seropositiva.

CATEGORIA	SUBCATEGORIA
Redes de apoyo social	<p>Familia Amigos Personal de salud Religión</p>
<p>Entrevistadora ¿Quién te apoya de tu familia?</p> <p>AZ: <i>“Porque realmente gracias a Dios mi familia me ha apoyado mucho.”</i> <i>“Si, mi esposo, mis... mi mamá, bueno mis padres me han apoyado mucho.”</i> <i>“No estás sola, estamos contigo”.</i></p> <p><i>“Pues lo que venga (su esposo) yo te conocí de AZ para adelante y yo no te conocí de para atrás, desde el momento en que yo te conocí, éramos tu y yo y no me importa, yo te voy a ayudar, yo te voy a apoyar (su esposo)”</i> <i>este...es cosa de que, pues que, se agilice el tratamiento para ver qué es lo que tienes que hacer...y si me empezaron a dar el tratamiento y este...ps a la fecha pues mi esposo, yo he contado mucho con el apoyo de mi esposo.”</i> <i>“échale ganas, mira no te va a pasar nada”</i></p> <p>B: <i>“Mis suegros, pero como se quedo mi suegra sin trabajo, ahorita él único que trabaja es mi suegro y por eso es que luego así me salgo a vender así que mi ropa o zapatos que ya no quiero así, porque si cuando él estuvo bien pus si me llegó a comprar muchos, luego así haga de cuenta que hoy vendo dos así a modo de que vaya sacando yo que paz los pañales o así.”</i></p>	

“Pero como ellos (su familia) son que cuando se enojan como que recriminan a la gente, entonces luego si cuando llegué a salir de pleito con ellos pus si me gritaron y todo eso, por eso es casi con ellos casi no... bueno más bien no cuento con mi familia y a mi esposo no lo quieren por lo mismo.”

“Pus cuando voy pus si nos invita un taco a mí a mis niñas, a mis niñas las quiere mucho y este luego ella si me dice que me vaya para allá con ella, le digo “no abuelita yo me tengo que quedar” para que le voy a dar penas a mi abuelita jeje.”

Ella trata de estar bien por sus hijos: “echarle más ganas por mis niños, no tanto por mí, por mis niños que me necesitan”

ML: *“A mi hermana que de por sí siempre me ha tenido como envidia, no, entonces al saber pues va a decir –ay la que estaba bien con su esposo, o equis y mi hermano pus mi hermano siempre tomo mucho, toma mucho y entonces digo no tiene caso, a la mejor mas adelante ya cuando mi esposo se muera o equis, pa que no también lo critiquen o le digan algo y mi mamá pues ya esta grande y digo pa que le doy mortificaciones, si Dios la quiere dejar o cuando se muera o cuando ya llegue a faltar pues que se vaya tranquila, sin saber, y también para que le digo a mi familia si lo van a criticar a uno y van a decir, no pues fulanita tiene esto, ya que todavía hay prejuicios de esa naturaleza”.*

*Su fortaleza para **ML** fueron sus hijos: “Entonces pues me costó mucho trabajo porque hasta quería suicidarme, me entraba en la mente ¿no? el matarme pero pensaba en mis hijos y decía no ¿con quién se van a quedar mis hijos? Él grande tenía diez años y el chiquito pus tenía tres años y la niña tenía ocho años entonces pus dije no ¿con quién se van a quedar mis hijos? sea yo veo que mis hijos me dieron la fortaleza para yo seguir adelante porque*

no..., ahorita ya estuviera yo muerta si hubiera tratado eso de quitarme la vida ¿no?, mis hijos estuvieran huérfanos o estuvieran pensando quién los va apoyar.

A: “Mi mamá, la verdad mi mamá ha sido un pilar muy fuerte porque yo tuve mis etapas de suicidio, tenía así como que ganas de aventarme de la azotea ó de cortarme las venas no sé o sea fue horrible, o sea la primera semana de toma del medicamento fue horrible, inclusive yo me cicatrice todo el estómago por lo mismo de que tenía una cantidad de ansiedad que nada más me rascaba y me rascaba y me rascaba, o sea por lo mismo de que quería salir corriendo, y ella me abrazaba, o sea pobrecita la hice vivir lo que yo creo que en su vida pensó que le iban a tocar vivir a ella, pero fue mi pilar, o sea realmente fue mi soporte, digo yo creo que si ella no hubiera estado en ese momento ahí no hubiera iniciado yo ni siquiera la mitad del tratamiento”.

“Llegó un momento en que me vio tan mal que me bajo, ella fue la que me aterrizó más que nada porque yo le dije que ya me dejara ir, le dije: “sabe que mamá que ya déjeme ir, ya no quiero, yo ya realmente no quiero seguir viviendo”, entonces ese día así como que si se molesto muy fuerte y me dijo “¿Sabes qué? Que si te quieres morir que Dios te bendiga, pero ¿sabes que? que te me pones a trabajar y me dejas para tu entierro y el día que tengas para tu entierro y todo lo que tengamos que hacer para ti me llevo a mis hijos y te mueres sola, o sea así como que ¡guau! me bajó, me bajó de la negatividad que yo tenía hacia la vida, me puso los pies en el piso y me dijo “o luchas o déjate vencer no hay más”.

“Irónicamente el grande ha sido el que me ha sacado de muchos pozos muy oscuros en los que he estado metida, o sea me ha dolido del bebé pero como que el grande ha sido más mi motor, o sea irónicamente que es el mayor, tuve una etapa de más chica de que me la agarré a tomar muchísimo, o sea tuve una etapa de alcoholismo muy fuerte y él era muy bebé, cuando él

me dijo un día que llegué yo muy tomada “ya llegates mami que bonito, ya no te vas a salir ¿veda?” o sea a mí en ese momento se me bajo pero horrible el estado de alcoholismo y jamás volví a tomar, o sea fueron cuestiones de minutos, ya la siguiente vez que me invitaron ya no salí. Entonces, igual ahorita cuando empecé con la negatividad de querer vivir lo vi en un convivio, lo vi a lo lejos porque él estaba muy lejos de donde yo estaba parada y lo vi con sus amigos y dije bueno de todo esto me quiero perder yo y dije no es posible, porque igual sea el único que me regale nietos por la situación ¿no? como está, y dije quiero seguir viendo, quiero ver que más puede pasar, o sea irónicamente ha sido mi motor más grande”.

Él (su hijo) me cuida mucho en el aspecto de que “no te cortes”, ten cuidado con los cuchillos, entonces incluso ya pasó que me corté un dedo – todo esto de aquí me lo llevé, me dieron diez puntadas- entonces ya quería comerse a la hermana porque ella tuvo la culpa “¡ya ves mi mamá no se debe de cortar!” y entonces yo presumo que él ya sabe algo, no se abre pero más o menos presumo que él ya sabe algo.

Y: Desde su infancia sufrió violencia física por parte de su mamá y el único apoyo fue su abuela, pero ella ya falleció.

AMIGOS

Entrevistadora: ¿Y tus amigas si te apoyan?

AZ: Tiene su círculo de amistades, pero ha decidido no contarles por el miedo al rechazo.

B: En la entrevista, no comenta si tiene amigos.

ML: “Pues sí, si porque me dicen “ya vas a ver cómo vas a salir adelante, no te preocupes, o sea si me apoyan porque nunca me dieron la espalda ellas, que yo sepa nunca me han criticado. Y la señorita donde trabajo este ella me apoyo bastante, porque siempre me ha dado el trabajo y nunca me dijo nada.

Ella me apoya mucho emocionalmente, ella le puedo platicar mis cosas y ella me ayuda en salir adelante, porque incluso cuando yo le dije a ella hasta me puse a llorar así enfrente de ella y ahorita me dice ya te veo bien, o sea ella me apoya mucho en eso y económicamente”

A: En la entrevista, no comenta si tiene amigos.

Y: *“Ella vive allá en Reyes Iztacala en Tlalnepantla, ahí me iba a pasar los fines de semana con ella, ahí iba yo a llorar o alguna cosa, pero siempre me consentía porque me aprecia mucho. Si yo encontré algún apoyo pero pus ora sí que ya después de todo, encontré un apoyo en ella, ella me hablaba así como si fuera mi mamá, regaños pero era por mi bien, si me llegaba a regañar.”*

“Esta señora me trata como si fuera su hija, no me quiere dejar que tenga yo novio, no me quiere dejar que ande yo con nadie – ella no sabe que tengo esto, ella no lo sabe”

PERSONAL DE SALUD

Entrevistadora **¿Recibes atención médica?**

AZ: *“Si ha todas de hecho por ejemplo, si tengo una duda, no me quedo con ninguna duda y le digo a la doctora... sabe que me está pasando esto, ¿es por lo mismo? Ya ella según lo que está pasando, ella ya me lo dice.”*”*Si voy a cursos que se dan ahí en el INER también, este más que nada para estar más enterada de la enfermedad, como me debo de cuidar, este...porque si me interesa aparte me interesa, porque el día de mañana yo no sé si alguien se me pueda acercar y lo pueda ayudar en lo mismo.”*

B: *“A pues hasta que llegamos aquí a la Condesa nos dijeron como era la enfermedad, los cuidados y todo, si uno no se cuidaba las consecuencias*

que podría traer”.

ML: *“pus si quería matarme y todo eso, entonces fui a psicología para apoyo porque si no pus quien sabe que...”.*

A: *“El Dr. Ubaldo Ramos (Clínica Condesa) que es una eminencia médica la verdad, es una persona que desde el día que yo llegue me dio muchas bases como para decir pues no, no está pasando mucho, si estas enferma pero lo tuyo no es tan grave como tener cáncer, como tener leucemia, tienes tus tratamientos adecuados y tu salud está bien y lo he notado ahorita en este tiempo que tengo -*

El doctor Ramos, que es el que más o menos quien me ha dicho mira VIH es esto, es el virus que está dentro de tu cuerpo y SIDA es cuando el virus ya está muy mutado y ya no hay mucho que hacer por ti , entonces yo dije entonces no están tan terribles las cosas.

Y: *“Si, porque ahora he venido más seguido, pero antes no eh, antes si tardaba mucho tiempo, yo me deprimía estar aquí, no me gustaba venir, no me gustaba y como no me estaban dando medicamento rara era la vez que yo me viniera aquí, pero este ya después poco a poquito y más ahorita que tengo que venir por el medicamento ó por alguna cosa, y como me estuve enfermado más seguido pus ya empecé a venir más seguido, más seguido, más seguido, pero si no, no.”*

Pus antes si me empecé a sentir mal, me decía el médico que tenía que aprender a vivir con ella y decía yo ¿Cómo? ¿Cómo? Si yo nunca he vivido con esto, como voy a aprender a vivir con ella, pero si, si he aprendido a vivir con ella, poco a poco he sido fuerte, no lo sé cómo, de donde saqué fuerza, pero he sido fuerte porque estando sola, sin ningún apoyo, sin nadie y luego tener la vergüenza de no confiarle a nadie por el rechazo, entonces he sido

fuerte y si aprendí a vivir con la enfermedad.

RELIGION

Entrevistadora **¿Cuál religión prácticas?**

AZ: *“Y hasta ahora que me paso esto, eh...pues si me metí a la religión cristiana porque hubo mucha gente, cristiana, amigos de mi esposo, primos que estuvieron orando por mi y que estuvieron siempre ahí, nunca nos dejaron obviamente no saben la situación que yo tenía pero, entonces por eso fue que decidimos este...empezar a acercarnos a Dios.”*

B: *“luego van y nos platican de otras religiones y a mí, o sea a mi me hace bien escucharlos y le digo (su esposo): “ya ves” le digo, es que en la católica no nos explican bien lo que es la Biblia y acá ellos pues si te la explican bien hasta con ejemplos y todo así (con los cristianos) y acá en la católica no y a mi si me gusta escucharlos y todo y luego nos invitan.”*

ML: Ella es católica, pero al respecto no comento.

A: Al igual ella es católica, pero no comento.

Y: *“Hay Dios si no me vas a levantar llévame, llévame de una vez o levántame” y si me acuerdo que le hablé muy recio le dije “llévame o levántame pero hazlo ya”*

Este cuadro hace referencia sobre el afrontamiento de auto-cuidados que desarrollan las mujeres con VIH.

CATEGORIA	SUBCATEGORIA
Auto-cuidados	Administración de medicamento antirretrovirales
<p><i>Entrevistadora ¿Actualmente recibes antirretrovirales?</i></p> <p>AZ: <i>“Y si, a la fecha pues yo trato de cuidarme, trato de este...estar al pendiente de mis medicamentos porque digo: es lo que me está salvando”. A la hora que es... me la tengo que tomar porque este... digo ya depende de mí lo que yo quiera vivir.”</i></p> <p>B: <i>“Si porque yo también me tenía que hacer mis estudios, ya me los realizaron a mi después y si salió según que si que era positiva, pero hasta ahorita no he necesitado medicamento, ahorita no estoy tomando yo.”</i></p> <p>ML: <i>“Tomarme la medecina porque si no tomaba la medecina me entraba la desesperación de quitarme la vida”</i></p> <p>A: <i>más o menos en Diciembre yo empecé a tomar antirretrovirales-ahorita ya estoy indetectable, o sea yo veo que nada más el tener mi ritmo de vida normal, no malpasarme, tomarme mis medicamentos a tiempo y todo eso pues me siento bien y ahorita ya trabajando me siento productiva otra vez. Nada más soy muy ordenada en cuanto a mis medicamentos</i></p> <p>Y: <i>“Pero un momento pus así trabajando y eso ya me sentía tan mal, cansada, más que nada el cansancio y me enfermaba a cada rato de gripa, pasaban unos días y otra vez y otra vez y luego ya no podía... me costaba mucho trabajo para levantarme para caminar pero tenía que hacerlo para ir a</i></p>	

trabajar y eso fue apenas hace poco, unos meses, entre abril, mayo, junio, de hecho empecé desde más antes pero fue poco a poco subiendo más y más, entonces ya cuando ya no aguante ya vine y les dije pus que sí que sí aceptaba tomarlo”.

Este cuadro hace referencia sobre el afrontamiento de actitud que desarrollan las mujeres

CATEGORIA	SUBCATEGORIA
Actitud	Proyectos de vida
<p><i>Entrevistadora ¿Cuál fue su actitud ante la enfermedad?</i></p> <p>AZ: <i>“mucho antes de conocerlo a él, yo siempre fui una mujer luchona porque este...mi mamá se divorcio cuando nosotros estábamos chicos, de hecho apenas reuní a mi papá y a mi mamá, ora que estuve yo grave, se volvieron a encontrar porque mi papá se entero que yo estaba grave pero este...siempre fuimos hermanos luchones que teníamos que ayudar a mi mamá entonces este, tomar decisiones de siempre de apoyo a sea nada de que... ¿que vamos a hacer? ¿Ahora qué va a pasar? No, o sea a seguirle entonces yo creo que eso también me ha dado fuerzas para que yo sea fuerte...”</i></p> <p><i>“Pues el tener que luchar... por lo que uno necesita e la vida... yo creo que eso me hizo fuerte... el estar ayudando a mi mamá porque había momentos que era la renta, que era gastos de esto, que era e otro y pues entre todos, pues a lo mejor no ganábamos mucho pero todos tratábamos de cooperar.”</i></p>	

B: *“Yo cuando tenía la enfermedad en los huesos me daban unas punzadas tan fuertes que no me podía, llegué a andar con un palo de escoba pero yo para hacer mi quehacer, andaba soltera yo no darne por vencida, yo andaba pa aquí y pa acá, que no podía, le digo, pero yo mi mente decía “no tengo nada, tengo que echarle ganas” haciendo mi quehacer.”*

ML: *“Es como si tuviera cáncer, la diabetes, es lo que me dicen, yo creo que por eso y viendo gente que se ha muerto, gente de que está sana en un accidente, eso me fortalece más porque digo pues si yo que estoy enferma gracias a Dios estoy aquí, los que nunca estuvieron enfermos se mueren por un accidente ó por cualquier cosa, entonces eso es lo que me da más fortaleza.”*

A: *“Cuando me dieron el diagnostico de mi bebé el chiquito este si ha sido como que difícil enfrentar, saberme yo enferma y saber que lo contagie a él fue fuerte, fue muy muy fuerte, entonces no fue tan fácil de asimilarlo, pero ahorita ya veo otro enfoque de la vida, debo de ocuparme de mi situación y buscar la mejor alternativa o sea tener una calidad de vida ahorita lo mejor posible para mi, buscarle una buena calidad de vida para mi bebé.”*

“Yo lo que le digo a mi mamá yo para mi yo ya celebró dos cumpleaños que es el de mi día de nacimiento y el que me diagnosticaron el VIH, porque le digo como quiera yo ya asimile que yo ya tenía muchos años diagnosticada y que fui productiva y que fui este una persona apta para estar con la gente y después de eso debe uno aprender a vivir con la gente, con la enfermedad que uno tiene y o sea integrarse nuevamente porque cuesta mucho trabajo volverse a integrar, cuesta mucho trabajo. Me volví más responsable de mi y de los que tengo al lado mío, más apta con el VIH, soy más responsable y más consciente de que debo de vivir lo mejor posible.”

Entrevistadora *¿Cuáles son sus proyectos de vida?*

AZ: *“Bueno mis proyectos es este... seguir adelante, para poder estar, como ya te lo comentaba para poder sacar a mis hijos delante... y que yo sepa que ellos, se van a poder cuidar, defenderse y que tengan una carrera...”*

“ Si mira yo pienso así, este... si a mí me dijeran tienes tres días de vida, ni modo que los tres días me la pase angustiada... en vez de estarlos disfrutando... entonces imagínate yo no sé cuantos días me queden o cuantos años... entonces mejor los vivo feliz, ha estarlos viviendo angustiada...”

B: *“Quiero ver lo de mis estudios y seguir adelante por mis hijas”*

ML: *“Lo primero es salir adelante ¿no?, que no piense cosas así en la muerte, o sea porque si tiene familia por ejemplo los hijos y tirarse o matarse o cualquier cosa pues no, que salga adelante, a mi me dicen que es como si tuviera cáncer, la diabetes, es lo que me dicen, yo creo que por eso y viendo gente que se ha muerto, gente de que está sana en un accidente, eso me fortalece más porque digo pues si yo que estoy enferma gracias a Dios esto aquí, los que nunca estuvieron enfermos se mueren por un accidente ó por cualquier casa, entonces eso es lo que me da más fortaleza.” “Seguir adelante, por mis hijos”*

A: *“Como persona quiero seguir creando para mis hijos y para lo que ahorita, o sea un proyecto como mujer ahorita no me veo, como mujer ahorita no.”*

Y: *“Mis proyectos están trabajar el tiempo que este que son 2 años, porque en el 2012 ya tienen que entregar, entonces este juntar mi dinero porque de hecho si ya metí un poquito al banco, juntar mi dinero y este abrir un negocito, de hecho ya tengo mis cosas, a pesar de que luego me deprimó y*

ya no sé ni que hacer, pero si tengo mis proyectos, aunque a veces digo ¿para qué estoy haciendo esto? ¿Para quién va a ser esto? ¿Para quién estoy comprando? ¿Para qué?, y digo no si voy a comprar esto, si voy a comprar lo otro que me hace falta, voy a hacer un negocito, poner mi puestecito y después decir yo quiero abrir una cocina económica. Hay veces que tengo dinero me la celebró, si me voy a ir no me voy a llevar nada también, entonces si me friego para tenerlo que disfrute yo algo, entonces así le hago, luego también se pone él de malas que porque dice que estoy gastando, que nomás para regalarle a la gente la comida, que los invitados, que no sé que, “es que a mí me gusta y es mi gusto, que vengan mis invitados, hacer mi fiesta para divertirme un rato, bailar, cantar” le digo “si quiera que me divierta un rato, no necesito que mi vida este amargada siempre, porque eso es lo que me ayuda a mí”

“Entonces ese es mi pensamiento, ir cultivar ese terreno, después de eso que junte yo mi dinerito lo voy a cultivar mi terreno, de ahí me voy manteniendo también, esos son mis proyectos, ó lo vendo y meto el dinero al banco y con eso me voy manteniendo, con los intereses, pago un cuartito de renta y ya, mientras vivo, mientras ya no pus ni modo. Esos son mis proyectos de salir adelante.”

CAPÍTULO 6

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Todo lo que una persona puede imaginar, otros pueden hacerlo realidad.

Julio Verne

El objetivo de esta investigación fue explorar si los recursos de afrontamiento que desarrollaban las mujeres que viven con VIH-SIDA, mejoraba su calidad de vida, mediante el análisis de entrevistas a profundidad, presentado por categorías.

Se observó que las mujeres utilizan tanto el afrontamiento dirigido al problema como el afrontamiento dirigido a la emoción, demostrando que si se utilizan ambas estrategias, les permite entender y sobrellevar su situación de seropositiva, así como una mejor adaptación a su entorno, a su familia y a la sociedad.

En relación a la subcategoría de la familia, sólo 4 mujeres de las 5 recibieron apoyo por algún miembro de la familia, ya sea de sus padres, hermanos o de sus suegros. Por ejemplo en el caso de **AZ**: Su esposo cuando se enteró que tenía VIH fue incondicional con ella, mostrando cariño y comprensión. Sus cuñadas también estuvieron interesadas en ayudarla tanto moralmente como buscando información sobre el VIH-SIDA. Para **B**: encontró apoyo económico en sus suegros. Su familia lo sabe (sus papás, y hermanos) pero reconoce que con ellos no tiene ningún apoyo, al contrario cuando existe la posibilidad la rechazan y discriminan. El único apoyo lo encuentra en su abuela, aunque no sabe de su situación, le puede ofrecer apoyo moral. No les ha contado a sus amigos. **ML**: Ha decidido no decirle a su familia (su mamá y dos hermanos) por el miedo al rechazo, el valor del costo-beneficio. Su fortaleza son sus hijos, su único apoyo son sus amigas que le dan palabras de aliento. En el caso de **A**: su soporte fue su mamá, considerando que sin ella hubiera sido mortal, ya que trato de suicidarse.

Y: El apoyo de familiares, no lo tiene. Su refugio ha sido con su amiga Nancy, aunque desconoce su situación, reconoce que ella ha sido quien la escucha como si fuera su madre.

Con lo anterior y como lo establece Flores et al., (2008) se observó que la familia fue un componente importante para las mujeres que viven con VIH-SIDA al proporcionarles apoyo moral, emocional y económico (para cubrir los costos que se puedan presentar durante la infección y en algunos casos cubrir costos de manutención). Así como algún miembro de la familia ejerce el rol de cuidador cuando llegan a enfermarse, que en la mayoría de los casos son sus propias madres. Pero al encontrarse en una etapa donde aún no se presenta la enfermedad de SIDA, estas mujeres demuestran una gran fortaleza, siendo las cuidadoras primarias de sus esposos y sus hijos.

El apoyo de familiares y amigos representó algo significativo para su aceptación y adaptación de su situación actual, ya que a través de esta red social, pudieron expresar sus sentimientos, pensamientos y emociones con respecto a su estado actual de la infección, así como un factor de protección y prevención en el desarrollo de trastornos mentales, como la depresión o el trastorno de angustia, como lo establece Arrivillaga et al (2006). Pero también es conveniente mencionar que el secreto de la condición de seropositiva, con sus familiares y amigos es otra alternativa para que las mujeres puedan vivir con dignidad y sin discriminación ante una sociedad que aún rechaza, margina y discrimina a las personas que sufren VIH. El miedo al rechazo y discriminación es una constante siempre presente en ellas, lo que es mejor el secreto, como se demostró en el caso de **AZ** al no contarles a sus amigas.

Para **AZ, B, ML y A** una fuente importante en la familia son sus propios hijos, por los únicos que ellas siguen vivas. Pensando que si ellas mueren ¿Quiénes cuidaran a sus hijos?

Otra manera de afrontar el VIH-SIDA, es a través del conocimiento acerca de la infección por el VIH y del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), lo que les dará herramientas para cuidarse de la mejor manera posible. La mejor información proviene del personal de salud, como médicos, psicólogos o enfermeras.

Las mujeres están siendo atendidas en la Clínica Condesa del país, por profesionales de la salud los cuales desempeñan un papel importante en esta epidemia, no sólo por la atención que pueden prestar a las personas afectadas, sino también por la trascendencia que la opinión y la actitud de estos profesionales tienen a la hora de dar información sobre la enfermedad, para reducir conductas de riesgo, los cuidados de salud y evitar cualquier tipo de marginación de personas seropositivas y de enfermos de SIDA. Mejorando así la calidad de vida de estas personas; no obstante la discriminación y estigmatización por parte del personal de salud sigue latente.

Es importante señalar que el personal de salud ayuda a las mujeres, proporcionando información sobre el VIH-SIDA, de tal forma que puedan entender y aceptar la enfermedad, haciendo hincapié que el VIH-SIDA, es un padecimiento como cualquier otra enfermedad; que deben tener los cuidados necesarios como una buena alimentación balanceada, tomar su medicamento en la hora indicada; y que tal vez no mueran de eso si no de un accidente o de otro padecimiento. El apoyo que reciben las mujeres por parte del personal de salud, de acuerdo a estudios les proporciona cierta seguridad en sí mismas y se relaciona con un incremento en sus defensas principalmente en aquellas células dañadas por el virus del VIH como las CD4, al mejorar su sistema inmune tienen menos probabilidad de contraer una enfermedad oportunista, como lo cita Arrivillaga (2006)

Como se observó en **AZ**: Considera importante asistir a sus consultas, para pedir información sobre su estado. Asiste a cursos para estar informada sobre el VIH-SIDA. En el caso de **B**: Mencionó que sólo en la clínica Condesa, el personal de

salud le dio la información necesaria para entender la enfermedad. **ML**: recibió ayuda psicológica, porque tuvo pensamientos suicidas al enterarse de su diagnóstico de seropositiva. **A**: Reconoce que la orientación que recibió por parte del doctor fue importante, ya que le ayudó a enfrentar y comprender la enfermedad. **Y**: Va a la clínica Condesa para recibir tratamiento antirretroviral porque comprendió que sólo así mejoraría su estado de salud, el médico le dijo que tenía que aprender a vivir con el virus y después de varios cuestionamientos aprendió a vivir con la enfermedad.

La religión ha sido una constante en las mujeres para tolerar su estado, refugiándose en ella. Dios se expresa a través de la religión creando la esperanza para todas las personas principalmente para aquellas que tienen una enfermedad incurable, como el VIH-SIDA. Todas estas mujeres acuden a su religión para encontrar paz y esperanza de que vean crecer a sus hijos sanos. La religión y la esperanza apareció como una fuente de apoyo muy importante, ya que le permite a las personas sobrellevar la situación, generando una luz de esperanza para ellas mismas y sus hijos, de que algún día habrá cura o desaparecerá la enfermedad; además permite reducir otros procesos de afrontamiento como la negación, así como la prevención de trastornos psicológicos (Rosendo et al., 2008). La esperanza implica la expectativa de que algo valioso hay por delante, hay confianza en el futuro, el cual se percibe de manera positiva

Otro recurso de afrontamiento fueron la administración y ministración de los medicamentos contra el VIH, que suministra la Clínica Condesa, los cuales ayudan a las personas infectadas por el VIH a tener una vida más larga y saludable. La meta del tratamiento de la infección por el VIH es reducir la concentración del virus en el cuerpo de una persona y así evitar la destrucción del sistema inmunitario, mejorando su calidad de vida y previendo enfermedades oportunistas Luque (2001).

En esta categoría, sólo 4 mujeres consumen medicamento ya que aprendieron a través de sus propias experiencias, principalmente cuando llegaron a enfermarse continuamente, que sólo tomando su medicamento se recuperarían y las mantendría relativamente sanas, ya que existe en su interior de su cuerpo un virus que las consume lentamente. Tal vez el medicamento no elimina el virus del organismo, pero disminuye significativamente el número y velocidad de replicación, lo que le permite a la persona mantener sus defensas, mejorando su calidad de vida. **AZ:** El medicamento le permite seguir con vida. **B:** No toma medicamentos, ya que sus niveles de CD4 son normales. **ML:** Toma el medicamento, como una salvación, ya que admite que sin los ARV, ella estaría muerta. **A:** Ha notado desde que toma el medicamento ha mejorado su estado de salud. **Y:** Asiste a la clínica Condesa por medicamento, para evitar enfermarse, ya que presento enfermedades recurrentes.

Un tratamiento que se descubrió recientemente fue la HAART, combinación de inhibidores de la transcriptasa inversa y los inhibidores de proteasa, disminuye la carga viral, incrementado los linfocitos CD4, mejorando el estado clínico, calidad de vida y disminuyendo la mortandad (Villa y Vinaccia, 2006).

El tratamiento temprano está ayudando a que personas con esta infección vivan más tiempo y lleven vidas más saludables.

La forma de pensar y actuar de las mujeres entrevistadas les permitió afrontar su situación de seropositiva; viviendo de una manera relativamente estable, lo cual se ve reflejado en las diferentes áreas; en el área personal para **AZ, A, ML, Y** les permitió adherirse al tratamiento de ARV y la generación de conductas de autocuidado. En el área social todas las mujeres buscaron un apoyo ya sea de familiares o amigos e incluso de su pareja; en el área familiar todas las mujeres son madres y por lo tanto cuidadoras de sus hijos y de sus esposos que también están infectados, amas de casa y trabajadoras y en el área emocional, al expresar su situación y sentirse apoyada por amigos y familiares, lo cual les ayudara para sentirse menos depresiva y ansiosa (Menec, Chipperfield y Perry, 1999) ya que

existen momentos en que su estado de ánimo recae (siendo un riesgo latente, para padecer depresión o ansiedad), pero algo en su interior y sus redes de apoyo les permite seguir adelante.

CONCLUSIONES

Es difícil plantear una conclusión con respecto a una enfermedad que no existe cura y vacuna, el VIH-SIDA. Este virus y enfermedad genera en las personas y la misma sociedad un desgaste emocional y económico.

Lo más enriquecedor de esta investigación fue descubrir que a pesar de que existen enfermedades incurables y problemas en la vida, unos pueden solucionarse, otros tolerarse y otros aprender a vivir con ellos; a través del desarrollo de estrategias de afrontamiento, como en el caso del VIH-SIDA. Algo que caracteriza al ser humano es su capacidad de relacionarse con otros, que le permite establecer vínculos afectivos para ser escuchado, querido, aceptado o incluso rechazado, con la esperanza de conocer a otros que lo valoren y lo acepten tal como es.

Las mujeres tal vez por su condición de ser madres luchan para sobrevivir y solo lo hacen por otra vida la de sus hijos, es algo más fuerte que su deseo de morir, piensan sólo en ellos, que aún son niños o adolescentes que se van a quedar solos y huérfanos sin el cariño de su madre, entonces deciden vivir para ellos, para darles los cuidados, la protección y el cariño que necesitan para su adecuado desarrollo.

La familia es una red social importante para que las mujeres y personas con VIH-SIDA se sientan apoyadas y comprendidas ante una problemática que no tiene cura y genera estrés. A través de esta red, se les proporciona apoyo moral y/o emocional, con palabras de aliento y la posibilidad de expresar sus sentimientos, pensamientos y emociones, que les permite ser escuchadas y al mismo tiempo poder prevenir trastornos de ansiedad o depresión. Otra forma es a través del apoyo económico en situaciones que lo necesitan, por ejemplo, para comprar un medicamento, la consulta, la comida, el transporte, etc.). La religión fue el refugio para soportar y tolerar la enfermedad y una actitud de mujeres fuertes que tienen que aprender a vivir con el virus.

El personal de salud de las instituciones especializadas como la Clínica Condesa, es fundamental para entender la enfermedad, ya que a través del personal de salud (médicos, psicólogos y enfermeras) se les proporciona a los usuarios, información sobre el virus y la enfermedad, reciben atención médica -ya sea cuando ellas se enferman o una valoración preventiva- y recibir tratamiento antirretroviral- indispensable para que las personas se mantengan relativamente sanas, ya que el medicamento reduce significativamente el virus, manteniendo los niveles de CD4, mejorando su sistema inmunológico y por lo tanto su calidad de vida, lo que les permite ser mujeres: amas de casa, madres y cuidadoras primarias de hijos y en ocasiones de sus esposos, dedicarse al hogar y algunas a su empleo, funciones que desempeñan a veces sin importar que están infectadas por el virus.

Buscar el apoyo de familiares, amigos, personal de salud, religión, tomar su medicamento y su actitud son factores importantes para que las personas que viven con VIH-SIDA, puedan afrontar una situación difícil tanto personal como en una sociedad que aún discrimina a las personas.

Es necesario aclarar que más que grupos de riesgo, existen conductas de riesgo, como tener varias parejas sexuales, sea heterosexual, homosexual o bisexual y el consumo de drogas parenterales, lo cual pone a la mujer en peligro para contraer el virus de VIH. Por esta razón es necesario que la mujer obtenga conocimiento y se haga consciente de esta posibilidad, para que entonces desarrolle estrategias de cuidados de su propia salud para no contraer el virus. La única estrategia es la información sobre ¿Qué es el virus?, ¿Cómo se contrae? y ¿Cuáles son sus consecuencias? Al parecer la única protección es el uso del condón y la fidelidad de ambos, ya que no existe vacuna que prevenga la infección del VIH. El riesgo se puede reducir sustancialmente usando siempre condones de látex para todo tipo de relación sexual y evitando el contacto con la sangre, el semen, los líquidos vaginales y la leche materna de una persona infectada. El uso del condón

femenino permitirá que las mujeres ejerzan más control, sobre su propia vida y así prevenir las infecciones de transmisión sexual.

Evitar el alcohol y las drogas también es clave para prevenir la propagación del VIH, no porque la persona pueda contraer el VIH directamente por tomar o consumir drogas, sino porque estos hábitos llevan a comportamientos riesgosos que están asociados con un mayor riesgo de contraer la infección (como tener sexo sin protección y compartir agujas, o cualquier otro corto-punzante).

A partir de la información analizada, se puede inferir que las variables; menor escolaridad y nivel socioeconómico bajo pueden influir en la presencia de esta enfermedad, considerándose así como factores de riesgo que habría que tomar en cuenta para posteriores estudios. Es fundamental entonces conocer en qué proporción una situación de pobreza, inequidad social y de género influyen de forma directa o indirecta en la aparición o gravedad de este padecimiento. Ya que servirá para favorecer y mejorar los tratamientos actuales.

SUGERENCIAS Y LIMITACIONES

Desarrollar programas o talleres para mujeres infectadas con VIH, proporcionando información sobre VIH-SIDA. Es importante explicar la diferencia entre VIH y SIDA, y aclarar que no es lo mismo estar infectado/a por el VIH que tener el SIDA. Talleres que permitan a las personas seropositivas expresar sus inquietudes pero también cómo han afrontado su situación. Hacer un seguimiento de estas mujeres ya sea para darles apoyo psicológico o médico, como transmitir el mensaje que a pesar de estar infectado, siguen viviendo con dignidad.

Desarrollar talleres que promuevan el aprendizaje de habilidades para el desarrollo de conductas sexuales saludables desde una perspectiva de género, para una población que al parecer están iniciando su vida sexual a temprana edad, los adolescentes.

Se sugiere un estudio sobre estrategias de afrontamiento a pacientes con VIH-SIDA, con una perspectiva de género.

Una limitación del presente estudio fue el nivel socioeconómico y la escolaridad de las participantes, se sugiere que se tomen en cuenta otros estratos así como una mayor escolaridad, factores que posiblemente ponen en riesgo a la población en general para contraer la infección del VIH.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Andreu, B., y Torres X. (2002). *Guía clínica para el tratamiento de los pacientes con VIH/SIDA*. Ars Médica. Barcelona

Alarcón, S.D., y Ponce L.R. (2003). *El SIDA en México veinte años de la epidemia*. El Colegio Nacional. México.

Arrivillaga, M., Correa, D., Varela, M., Holguín, L., y Tovar, J. (2006). Variables psicológicas en mujeres diagnosticadas con VIH/SIDA: Un estudio correlacional.

Campero, L., Kendall, T., Caballero, M., Mena, AL., y Herrera, C. (2010) El ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos: un estudio cualitativo de personas heterosexuales con VIH en México. *Salud pública de México*, 52 (1), 61-69.

Carrobbles, JA., Remor, E., y Rodríguez, L. (2003). Afrontamiento, apoyo social percibido y distrés emocional en pacientes con infección por VIH. *Psicothema* 15 (3), 420-426.

Carver, CS., Scheier, M.F., y Weintraub, JK. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56 (2), 267-283.

Cuadrado, E. (1997). *Inmunología de la infección por VIH*. Síntesis. Madrid.

Craven, D., y Steger D. (1993). HIV Diagnostic testing. In HIV infection. Little Brown. Boston

Daniels, V. (1988). *SIDA Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida*. El Manual Moderno. México, D.F.

Del Rio, A., Liguori AL, Magis, C.,Valdespino, JL., García, ML., y Sepulveda, J. (1995). La epidemia de VIH/SIDA y la mujer en México. *Salud Publica de México* 37 (6), 581-591.

Flores, F. (2000). *Psicología Social y Género*. McGraw-Hill. México.

Flores, F., Almanza, M., y Gómez, A. (2008). Análisis del impacto del VIH/SIDA en la familia: Una aproximación a su representación social. *Psicología Iberoamericana*. 16 (2); 6-13.

Flores, F. (2005). *Guía de Apoyo Psicológico*. UNAM/DGPA. México.

Flores, F., y Mora J. (2010) Pobres, enfermas y locas; una historia de vulnerabilidades acumuladas. En ecología social de la pobreza; Impactos psicosociales, desafíos multidisciplinares. Coord. Montero, M. y Mayer, D. Facultad de Psicología, UNAM. Pag. 79-108 México

Gatell, JM., Clotet, B., Podzamczer, D., Miro, JM., y Mallolas, J. (2005). *Guía práctica del SIDA. Clínica, Diagnostico y tratamiento*. Masson. Barcelona España.

Gómez, A. (1998). *Mujeres, vulnerabilidad y VIH/SIDA*. Un enfoque desde los derechos humanos. Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe. Santiago, Chile

Goodkin, K., Fuchs, I., Feaster, D., Leeka J., y Rishel, DD. (1992). Life stressors and coping style are associated with immune measures in HIV-1 infection. *Psychiatry Med.* 22, 155-172

Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. (2008). *Metodología de la investigación*. Mc Graw Hill. México, D.F.

Herrera, C., Campero L., y Villa L. (2005). *Las ONG y su trabajo en mujeres y VIH/SIDA*. Experiencias GLAMS en México. México.

[http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/2010/15nov2010/casos_grupoedadys
exo.pdf](http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/2010/15nov2010/casos_grupoedadys
exo.pdf)

[http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/2010/15nov2010/casos_adultos30ym
as.pdf](http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/2010/15nov2010/casos_adultos30ym
as.pdf)

http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/2010/15nov2010/casosdesida_incidencia.pdf

Kalichman, S., Marjorie, D., DiFonzo K., Simpson, D., Webster, JA., Buckles, J., Kyomugisha, F., Benotsch, E., Pinkerton, S., y Graham, J. Effectiveness of an Intervention to Reduce HIV Transmission Risks in HIV-Positive People. *American Journal of Preventive Medicine*. 21 (2); 81-92

Kendall, T y Pérez H. (2004). *Hablan las mujeres mexicanas VIH positivas: Necesidades y apoyos en el ámbito médico, familiar y comunitario*. Colectivo sol. México.

Lazarus, RS. y Folkman, S. (1991). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez-Roca.

López, P., Rico B., Langer, Ana., y Espinosa, G. (2003). *Género y política en salud*. Secretaria de Salud. México, D.F.

Luque, R. (2001). *EL SIDA: en primera persona*. Panamericana. Colombia

Montagnier, L. (1995). *Sobre virus y hombres*. Alianza editorial. Madrid.

ONUSIDA (1997). *Las mujeres y el SIDA: Punto de vista del ONUSIDA*. Colección Practica Optimas del ONUSIDA. Ginebra.

Ponce, R. y Rangel, F. (2000). *SIDA Aspectos Clínicos y Terapéuticos*. McGraw Hill Interamericana. México.

Popovic M, Sarngadharan MG, Read E, y Gallo RC. (1984) Detection isolation an continuous production of cytopathic retroviruses (HTLV-III) patients with AIDS and pre-AIDS. *Science*, 224, 497-500.

Rico, B., Vandale, S., Allen, B., y Liguori, AL. (1997). *Situación de las mujeres y el VIH/SIDA en América latina. Una agenda de investigación-acción*. Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, Morelos, México.

Richarson, D. (1990). *La mujer y el SIDA*. Manual moderno. México, D.F.

Ríos, ME., (1991). *Elementos Psicosociales en las actitudes hacia el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida*. Tesis de maestría. Facultad de psicología. Universidad Nacional Autónoma México. D.F. México.

Romo, J., y Salido, F. (1997). *SIDA. Manejo del paciente Con HIV*. El manual Moderno. México. D.F.

Rosendo, RA., Rocha, RM., Barbosa, RM., y De Vasconcelos, G. (2008) Ways of coping with aids: opinion of mothers with HIV children. *Latino-am Enfermagen*, 16(2), 260-265.

Simoni, JM .(2000). Trauma, coping, and depression among women with HIV/AIDS in New York City. *Aids Care*. USA. 12 (5); 567-580

Sepulveda J., Fineberg H. y Mann J. (1993). *SIDA Su prevención a través de la educación una perspectiva mundial*. Manual Moderno. México, D.F.

Sepulveda, J., Estanislao, S., y Ruiz, G. (1989). *SIDA Ciencia y Sociedad en México*. Fondo de cultura económica. México.

Solomon, GF. (1989). Psychoneuroimmunology and human immunodeficiency virus infection. *Psychiatric Medicine*, 7 (2); 47-57.

Tapia, R. (1996). Epidemiología del SIDA en México. *Gaceta Médica de México* 132 (1); 41-45

Temoschok, L. (1993). Emotions and health outcomes: Some theoretical and methodological considerations. *Emotion inhibition and health*. Seattle, WA: Hogrefe y Huber Publishers.

UNAID (2009). AIDS epidemic update. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) and World Health Organization. Ginebra

Vargas, JE., Cervante, M. y Aguilar, JE. (2009) Estrategias de afrontamiento del sida en pacientes diagnosticados como seropositivos. *Psicología y Salud*, 19 (2), 215-221.

Villa, IC. y Vinaccia, S. (2006). Adhesión terapéutica y variables psicológicas asociadas en pacientes con diagnóstico de VIH-SIDA. *Psicología y Salud*, 16 (1), 51-62.

Villaseñor, A., Caballero, R., Hidalgo, A., y Ignacio, J. (2003) Conocimiento objetivo y subjetivo sobre el VIH/SIDA como predictor del uso del condón en adolescentes. *Salud Pública de México*, 45 (1), 73-80.