



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

**“VIH: consecuencia de la violencia sexual en
hombres”**

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A

Vanessa Gómez Mejía

Directora: Lic. María del Rosario Guzmán Rodríguez

Dictaminadores: Lic. Juana Olvera Méndez

Lic. Cristopher Tamayo Herrera



Los Reyes Iztacala, Estado de México, 23/01/2018



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

Lejos de estar sin fe, vi muchos de los caídos.

Entre los cuales un amigo.

Mucha resignación (más ayuda esperaba).

Cierran la entrada de su casa...

Mientras estés de pie y tengas tu mente en blanco,

Nada podrá hacerte más daño.

Mi casa es tu casa y no dudes en llamarme.

Y le ruego, ruego al cielo que alivie tu temor,

y aparezca el remedio que alivie tu dolor.

Felipe Staití, 1993.

*Antes que nada, quiero agradecer a la grandiosa **UNAM** por darme la oportunidad de poder estudiar lo que amo, por darme la oportunidad de conocer personas excelentes y maravillosas, amigos y profesores que se han quedado en mi pensamiento por mucho tiempo. Te agradezco mi querida universidad por permitirme decir que al fin logre el objetivo que he perseguido por largos años y que por supuesto no es el último, sino el primero de tantos.*

*Gracias **María Guzmán**, por aceptarme como tu tesista, por creer en mis capacidades y habilidades y por ser una gran guía en todo el tiempo de conocerte, gracias por la paciencia que me has tenido en este largo año y sobre todo gracias por tu apoyo y esos psicomadrazos bien merecidos, gracias por enseñarme lo profesional que puede llegar a ser una persona teniendo dedicación en lo que hace. **Profesores Juanita y Christopher**, gracias por aportar mayor conocimiento a este trabajo y por aceptar ser parte del mismo. Gracias por cada contribución con la intención de que mejorara la calidad de este proyecto.*

***Mamá, Papá**, muchas gracias por siempre estar conmigo en las buenas y en las malas, a pesar de todas las dificultades a las que nos hemos enfrentado, aprendí que lo más valioso que tengo de ustedes es el amor y el apoyo incondicional que nos brindamos en momentos difíciles. Hoy me acompañan en un camino más de todos los que he recorrido y espero que en los venideros sigan a mi lado como los padres ejemplares que han sido. Gracias por darme tanto, pero sobre todo gracias por nunca dejarme sola en los momentos en que pensé que no podría superar por mi cuenta. Mil gracias por todo.*

***Hermanos, Oscar, Fernando** ustedes siempre serán mis hermanos y agradezco que desde pequeña me brinden de una manera u otra su apoyo. **Gabriel** a pesar de siempre pelear de pequeños siempre seremos familia y la familia se apoya en todo. A los tres agradezco por sus enseñanzas, ya que todos han sido un hermano mayor para mí, ustedes me enseñaron lo que la escuela, los amigos o mis padres no podrían, pues con la convivencia del día a día y sobre todo por sus experiencias yo aprendí a no cometer tantos errores, aprendí a enfrentar a los hombres y sobre todo aprendí que no por ser la única mujer y la más pequeña debo ser débil, la fortaleza que tengo el día de hoy ha sido por ustedes tres. Espero que siempre me acompañen como hasta ahora en cada decisión que tome y que siempre tengamos ese vínculo de hermandad.*

A mi **cuñada Mari**, gracias por también acompañarme durante estos largos años en los que las etapas de niñez, adolescencia y adultez has sido como una hermana para mí, eres con quien he compartido experiencias de mujer que en momentos de urgencia han sido gran alivio para mí. A **mis sobrinos Jocelyn Diego y Evelyn**, porque jamás lo he mencionado, pero desde hace años tengo el objetivo de ser una pequeña fuente de inspiración y ejemplo a seguir, para que luchen por sus metas y no se dejen caer, porque más que mis sobrinos son como hermanos pequeños y ante cada situación difícil que enfrenten yo estaré para ayudarlos. Gracias por ser una de mis fuentes de alegría cada día.

Vladimir, gracias amor mío, porque desde que estamos juntos no hay un momento en que no me estés ofreciendo tu apoyo, porque tu amor ha sido lo más valioso que he atesorado en más de dos años, gracias por enfrentar a mi lado cada adversidad. Pero sobre todo gracias por cada día de felicidad y alegría, gracias por compartir hermosos momentos, gracias por levantarme en cada caída y no dejarme caer en los tropiezos. Que la vida nos permita seguir disfrutando la dicha de tenernos y que cada momento sea tan grato como el anterior.

Amigos de la universidad, Lalo, Bego, Richí, Mario, Sandy, Almita, gracias por todos los momentos divertidos que hemos compartido. Lalo gracias por cada risa, aunque la situación sea la más terrible, Bego gracias por los momentos de apoyo desde el primer año en la carrera y porque tu forma de esforzarte es inspiración para mí, Richí, Mario Sandy, Almita, gracias por apoyarme en los momentos en que lo he requerido, aunque la distancia esté presente, siempre hay un recuerdo que los trae a mi mente. "Gracias mil a todos".

Omar, jefe y amigo de hace muchos años, incluso desde antes de entrar a la universidad gracias a ti aprendí que en los trabajos sí hay gente bondadosa que se preocupa y apoya a personas que tienen proyectos. Gracias por la oportunidad que me brindaste al estudiar y trabajar, por este gran esfuerzo aprendí que cuando me propongo un objetivo, si soy constante y comprometida lo puedo cumplir, siempre me diste palabras de apoyo y me tendiste la mano cuando más lo necesité. Gracias a ti es que hoy soy una persona con ambiciones sanas y que piensa por un futuro prometedor. Mil gracias.

Faby, amiga de hace años, gracias por siempre permanecer a mi lado y por tener siempre un hombro para llorar, una sonrisa que compartir, un chisme que conocer y una vida profesional que vivir juntas. Crecimos tanto en tan pocos años, a pesar de estar lejos cada que te necesito estás ahí y cada que tú me necesitas yo estoy ahí. Deseo que continuemos con más años de amistad dichosa, de logros compartidos, de fiestas y experiencias que no olvidaremos. Te adoro y siempre serás la mejor.

Finalmente, agradezco a cada amigo que me ha dado palabras de aliento para poder continuar y terminar este trabajo que por cuestiones de la vida tardé más de lo esperado, gracias por siempre creer en mí y hacer que creyera en mí. Gracias **Noé, Javi, Sara, Adrián, Marco, Blanca, Diana, Valeria, Jessi, Cítla, Alex...**

Gracias a cada persona que me ha acompañado durante estos años en la universidad y que han aportado un cachito a mi persona, prometo mejorar y cumplir con las metas y propósitos que sigo teniendo en mente. Es un orgullo poder tener a todos a mi lado y saber que nunca he estado sola. No hay más palabras con las cuales pueda expresar mi sentir, sólo decir GRACIAS POR TODO, que pueda compartir todos y cada uno de mis logros con ustedes.

Índice

INTRODUCCIÓN	1
1. LA CONSTRUCCIÓN SOCIAL DEL HOMBRE	4
1.1. Masculinidad y estereotipos	4
1.2. Religión	10
1.3. Familia	11
2. VIOLENCIA	14
2.1. Definición de violencia	14
2.2. Violencia sexual	20
2.3. Tipificación de los agresores sexuales	25
2.4. El VIH como violencia o consecuencia	30
3. LAS ESFERAS DEL VIH	35
3.1. Esfera biológica	35
3.1.1. Definición y fases	35
3.1.2. Vías de transmisión	39
3.1.3. Diagnóstico	42
3.2. Esfera social	45
3.2.1. Significado de VIH para la sociedad	46
3.3. Esfera psicológica	54
4. TRATAMIENTO MÉDICO Y PSICOLÓGICO EN PACIENTES CON VIH	62
4.1. Tratamiento Antirretroviral	62
4.1.1. Efectos secundarios del Tratamiento Antirretroviral (TAR)	66
4.2. Modelos de intervención psicológica en pacientes con VIH	69
5. VIH: CONSECUENCIA DE LA VIOLENCIA SEXUAL EN HOMBRES	76
5.1. Intervención psicológica en hombres víctimas de violación	76
5.2. Intervención psicológica en personas con VIH	80

5.3. Propuesta de intervención	85
5.3.1. Técnicas Cognitivo-Conductuales	88
CONCLUSIONES	92
BIBLIOGRAFÍA	96
ANEXO	

INTRODUCCIÓN

En México la realidad sobre la salud pública representa un tema para el país en general, dos problemáticas que se ven inmersas en este tema y que con el paso de los años van aumentando sus dichas problemáticas son: la violencia sexual y el VIH. Este aumento representa para la población en general un grado de vulnerabilidad importante, aunque existen segmentos de la población que por sus características y diversos factores son más vulnerables, cualquier persona puede verse afectada por una o ambas problemáticas.

Debido a los propósitos de la presente investigación, la población de interés son los varones que hayan contraído VIH por medio de una violación para quienes se elaboró una propuesta de intervención psicológica. Para estos fines se explicó la ruta de construcción de la violencia y la adquisición del VIH, así como sus consecuencias, temas que se abordan en los capítulos que componen esta investigación.

Al respecto conviene preguntarnos ¿dónde? ¿cuándo? y ¿por qué los hombres adquieren VIH? Aunque las investigaciones muestran que, tanto hombres como mujeres son vulnerables ante la adquisición de la infección, existe una mayor incidencia en varones siendo el contacto sexual la principal vía para contraer el virus, esta vía no garantiza que toda la relación sexual haya sido consensuada, es decir, los hombres también pueden ser víctimas de la violencia sexual.

Sean agresores o víctimas, los varones en la cultura mexicana construyen su masculinidad a través de distintos factores, así en el primer capítulo se explicó cómo se construye la masculinidad en la cultura mexicana teniendo como principales fuentes de influencia la familia y la religión. En este mismo capítulo se definieron los conceptos de género y masculinidad, además de describir las características que un varón debe tener, es decir, los estereotipos dictados por la sociedad, la influencia de las prácticas religiosas, las costumbres en el seno familiar y la relación interpersonal en las distintas redes sociales. Destacando que una de las características de la masculinidad es que el varón sea violento, se comprende, que al seguir las prácticas culturales en la familia, la religión o en la relación con

pares, los varones continúan ejerciendo los patrones aprendidos y experimentan en otros contextos, es decir, pueden llegar a ser agresores o víctimas de la violencia (Segura-Torres y Martínez-Munguía, 2014; López, 2010; Kaufman, 1995 citado en Santana, 2014).

En este tenor, en el segundo capítulo se retomó al concepto de violencia y la violencia sexual como eje principal, en el Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud (Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi y Lozano, 2003), la definición de violencia según la OMS es el uso “intencional de la fuerza o del poder físico, de hecho, o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos de desarrollo o privaciones” (p. 158), en este sentido se destacó que conocer la construcción y concepción del hombre es de mayor relevancia para entender su actuar violento (Duarte, Gómez y Carrillo, 2010).

La violencia toma diferentes formas, una de ellas la violencia sexual, siendo un término que se acuña para determinar un comportamiento que transgrede el cuerpo de otra persona (Aresti, 2003). En México, la violencia sexual representa un problema de salud pública, por la alta incidencia. A partir de diferentes estudios realizados en relación al tema la violencia sexual se evidenció que produce distintas secuelas físicas, psicológicas y sociales que alteran el desarrollo integral de las víctimas y familiares (PIAV, 2016). En los registros oficiales a nivel mundial las cifras destacan a las mujeres como las principales víctimas de violencia sexual, además de los adolescentes. Empero, se destaca que tanto hombres como mujeres adultas pueden sufrir violaciones, por ejemplo, en situaciones de encarcelamiento o aprehensión (Krug et al. 2003).

De las diferentes consecuencias que tiene un acto de violación, la psicológica es la que tiene mayor relevancia. Sin embargo, la física pese de menor duración, en algunos casos se presentan consecuencias a este nivel que incluso perduran por el resto de la vida de la víctima (Aresti, 2003), como lo es la infección por el VIH.

Posterior a analizar las consecuencias que puede tener una víctima de violación, se destacó la importancia de la tipificación de los agresores sexuales analizando los posibles

factores que contribuyen a que sus conductas y pensamientos resulten en afectaciones directas hacia la sociedad. Finalmente, se hizo mención sobre cómo puede la violencia sexual tener como consecuencia (o presentarse como otra forma de violencia) la infección por VIH, en este sentido, es significativo considerar si el agresor tiene o no la intención de infectar a su víctima con una enfermedad mortal, además de dañarla por medio de la violación.

En el tercer capítulo, se hizo una descripción detallada de la infección por VIH, analizando las tres principales esferas que resultan afectadas: la biológica, la social y la psicológica. En la primera esfera se exponen las afectaciones a nivel fisiológico, así, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2016b), describe que el VIH infecta a las células del sistema inmunitario, alterando o anulando su función. La infección produce un deterioro progresivo del sistema inmunitario impidiendo que luche contra las infecciones y enfermedades. El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) es la etapa más avanzada de las personas con VIH y se define por la presencia de alguna de las más de 20 enfermedades, infecciones oportunistas o de cánceres relacionados con el virus.

El VIH puede contraerse por tres vías: por relaciones sexuales vaginales, anales u orales con una persona infectada sin protección; por transfusión de sangre contaminada o el uso compartido de agujas; y de la madre al hijo durante el embarazo, el parto y la lactancia. Consecuente a la posible vía de transmisión se explicó cómo se puede diagnosticar el resultado positivo o negativo del virus. Asimismo, en la esfera social se señalaron las estadísticas y qué significado tiene la enfermedad para la sociedad, partiendo de los conceptos de discriminación, prejuicios y estigma que también pueden afectar psicológicamente a la persona. Por último, la esfera psicológica, área de especial interés en este trabajo, se describen los cambios cognitivos, emocionales y conductuales que reflejan el nivel de la afectación

Dentro de este marco ha de considerarse la alternativa para solucionar las problemáticas que presenta una persona con infección por VIH. Esto nos lleva al cuarto capítulo, donde se puntualizaron los distintos tratamientos que existen para tratar las consecuencias de la infección por VIH, señalando primero el tratamiento médico o tratamiento antirretroviral

(TAR), la forma de actuar, los efectos secundarios tanto positivos como negativos y la adherencia al tratamiento que idealmente deben seguir las personas seropositivas. Aunado a esto, sigue el tratamiento psicológico analizando las posibles formas de intervención, desde el acompañamiento psicológico en las pruebas de detección, el diagnóstico y la medicación, así como la terapia individual para que haya una adecuada adherencia al tratamiento.

Una vez abordados los elementos teóricos, en el capítulo cinco se expusieron y analizaron las propuestas existentes de intervención psicológica desde el marco cognitivo-conductual para la atención de varones que han sido víctimas de violación y en personas que han sido infectadas con VIH, a partir de la relación encontrada en las consecuencias de ambos eventos, se realiza dicha propuesta, teniendo como principal fin, contribuir a la mejora de la calidad de vida de la persona y evitar que llegue a poner en riesgo su vida.

Además, se pretendió diseñar una nueva forma de prevención de reinfección y extender la infección del virus, debido a que una de las principales deficiencias que se observa en los distintos niveles de prevención (primaria, secundaria y terciaria), es que no se considera lo que piensan las personas de forma individual acerca del virus, es decir, los objetivos principales son brindar información acerca del VIH, evitar la transmisión del virus por cualquier vía y que las personas que sean portadoras no lo propaguen.

A modo de conclusión, se destacaron los beneficios de llevar a cabo una intervención psicológica con la planeación aquí presentada, un ejemplo de esto, es la posibilidad de flexibilizarla según los resultados de la evaluación. Se propuso que la intervención llegue no sólo a ser benéfica para el paciente en quien se aplique, sino que se extienda a las personas con quienes interactúa, llegando a formar un hábito de prevención, de conductas que mejoren su calidad de vida y que con ayuda de la terapia psicológica, las consecuencias negativas se vean mermadas y así lograr nuevamente un equilibrio psicológico que le permita aprender a vivir de una forma reestructurada a partir de los eventos que lo han llevado a un estado disfuncional.

1. LA CONSTRUCCIÓN SOCIAL DEL HOMBRE

1.1 Masculinidad y estereotipos.

Hablar de masculinidad, en cualquier contexto, es hablar de género, ambos son términos que la sociedad ha construido para determinar los comportamientos aceptados y los que no están dentro de la norma social; el género se define como un fenómeno social que tiene su origen en el conjunto de pensamientos e ideas acerca de lo que debe ser un hombre y lo que debe ser una mujer (Muñoz, 2014).

Como mencionan Segura-Torres y Martínez-Munguía (2014), es un proceso complejo por el que todas las personas atraviesan y que es determinado a través del comportamiento, pensamiento y expresión asumidos como propios del sexo, además, es de gran influencia el entorno inmediato como la familia o la escuela.

Siguiendo la línea Gutiérrez-Martínez (2015), menciona que la palabra género fue utilizada por primera vez por médicos, al encargarse ellos de las operaciones quirúrgicas de los hermafroditas. Así, la palabra género comenzó a hacer referencia a “todo aquello ajeno a un determinismo biológico asociado a lo sexual” (p. 108). De esta forma se reconocía que no todo lo biológico determina el comportamiento de una persona, ya que podían tener el sexo asignado pero su identidad sexual podría ser distinta. Con lo anterior se rompía completamente el esquema determinado por el discurso de un heterosexualismo patriarcalizado.

De forma más concreta el género es “aquella noción que buscaría principalmente distinguirnos de los demás seres vivos por nuestra capacidad de socializar, a través del cuerpo, los imaginarios colectivos que se constituyen día a día a través de la interacción con todo el entorno” (Gutiérrez- Martínez, 2015 p. 110).

Ahora bien, el género varía en cada cultura, en cada época y en la sociedad en general, en este sentido, no mantiene un concepto estático, sin embargo, en las mismas definiciones

hay puntos de coincidencia, como los pensamientos, comportamientos y emociones de cada persona. Considerando los comunes, cada cultura tiene determinados los quehaceres y exigencias consideradas pertenecientes de la misma (Burin y Meler, 2009). Asimismo, Ramírez (2009), menciona que el género incluye los significados que cada cultura atribuye al mismo, representa un conjunto de prácticas, símbolos, normas y valores sociales, formados a través de la diferencia sexual. Así, las normas establecidas se caracterizan por asignar una posición social mayor a lo masculino.

Por otro lado, Fonseca (2008), define al género como la construcción de normas culturales que resultan en el comportamiento de mujeres y hombres, que a su vez están en interacción con diferentes instituciones sociales, económicas y religiosas, sobre lo que determina cada cultura para hombres o mujeres. García (2008), precisa al género como un “conjunto de atribuciones socioculturales dirigido hacia uno u otro sexo” (p. 71). En relación a lo anterior García-Mina (1999) y Alterman (2008), aluden que la construcción del género es un conjunto de normas, atributos, valores, funciones y comportamientos asignados socialmente para cada sexo.

La construcción del género es el principal tema a nivel mundial en el cual se pueden encontrar diversas explicaciones acerca del comportamiento de hombres y mujeres. Se habla de una perspectiva de género en la cual se definen los quehaceres tanto de hombres como de mujeres, en este sentido, desde hace décadas se ha determinado que los hombres son los que tienen el poder ante los demás (principalmente de los grupos más vulnerables), quienes tienen la fuerza, y los más dotados en todo sentido. Por ello, es de gran importancia tomar en cuenta la perspectiva de género para encontrar posibles explicaciones a fenómenos que en un inicio se pueden tomar como "inexplicables" o "naturales", como en el caso de la violencia.

Para llegar a ser hombre o mujer hay que considerar que todo comportamiento, pensamiento o actitud son parte de una construcción social que forma parte de cada cultura (López, 2010; Breines. Connel & Eide, 2000). Dentro de estos comportamientos particularmente en los hombres, se encuentran sólo por mencionar algunos, el trabajo remunerado y la educación para hacer frente en el ámbito público con el fin de reforzar su

masculinidad. Así, la masculinidad como constructo social implica la enseñanza hacia los hombres sobre cómo deben comportarse, cómo deben ser y cómo concebirse en relación a los demás (López, 2010).

Breines, Connel y Eide (2000), indican que cada cultura tiene un concepto diferente de la masculinidad y feminidad, es por ello que, en el caso del primero, se dice que hay distintas masculinidades. De igual forma, al rededor del mundo se ha creado un ideal de los hombres en el cual se afirma que deben ser los fuertes, los portadores del poder, los que deben hacerse cargo de las relaciones fuera de la familia y a quienes se les permite transgredir el cuerpo de los otros.

El término masculinidad implica distintas características para su conformación, así, López (2010), alude que para un amplio conocimiento acerca de la construcción de la masculinidad es importante mencionar los factores sociales que están implicados en ésta.

En el año 2000, la *United Nations Educational. Scientific and Cultural Organization* (UNESCO) (Breines, Connell y Eide), realizó una compilación acerca de los roles masculinos, masculinidades y violencia alrededor del mundo, describiendo que el principal factor inmerso en la construcción de la masculinidad es la cultura, la cultura es la principal contribuyente a que los hombres y mujeres se conciban de una u otra forma.

Dicho lo anterior, López (2010), alude que para un amplio conocimiento acerca de la construcción de la masculinidad es importante mencionar los factores sociales que están implicados en ésta como la religión y la familia. Acerca de esto Breines, Connell y Eide (2000) sugieren que para comprender la construcción de la masculinidad, hay que comprender que en el mundo existen estereotipos que determinan los roles tanto femenino como masculino y que la forma de aprender dichos roles es a través de los contextos en que nos desarrollamos, como la familia, la escuela, los medios masivos de comunicación, entre otros.

Un problema al momento de conceptualizar la masculinidad es que se considera que el rol masculino se aprende de forma pasiva sin tomar en cuenta la influencia de las interacciones sociales. Así, la masculinidad ha sido por varias décadas tema de estudio para diferentes áreas como la sociología, la antropología, la historia, la psicología social, la educación y los estudios culturales y políticos. A partir de estos se destacan los puntos más importantes implicados en la construcción de la masculinidad (Breines, Connel & Eide, 2000):

- Las múltiples masculinidades: a partir de las diferentes culturas y periodos de la historia es como se construyen diferentes géneros.
- Jerarquía y hegemonía: las diferentes masculinidades existen a partir de las relaciones de jerarquía y exclusión, mostrándose como una forma dominante de la masculinidad.
- Masculinidades colectivas: éstas se encuentran en los distintos grupos de la sociedad, como las instituciones, las formas culturales y los medios de comunicación, todos ellos sustentando el ideal de la masculinidad.
- Los cuerpos como arenas: No existen patrones de masculinidad fijos, se encuentra en constante cambio a partir de la experiencia de la persona.
- Construcción activa: La masculinidad no sólo existe por las interacciones entre las personas, sino también por los actos de cada uno.
- División: No todos los hombres son parte de la hegemonía, por eso existe un conflicto debido a la contradicción entre las prácticas sociales.
- Dinámicas: a cada cambio de historia corresponde una masculinidad distinta, siempre son construidas, reconstruidas o desplazadas, generando cambios en las relaciones.

A partir de esto surge una pregunta, ¿cómo resignificar las prácticas tradicionales teniendo en cuenta las actuales, conociendo que son prácticas que han estado presentes por muchas décadas y que el aprendizaje de éstas es muy arraigado? En cuanto a la masculinidad, se alude que para llegar a ser hombre se recorre un camino muy difícil lleno de aprendizajes y distintas recompensas. En el marco de lo tradicional, los varones son educados para ser competitivos, rudos, fuertes, valientes y no demostrar sus emociones. Deben ajustarse a mandatos de la masculinidad para certificarse como varones; en estos mandatos de la masculinidad está presente todo rechazo a lo femenino. Siendo así, una forma en que los

hombres afirman su masculinidad es a partir de la denigración hacia la comunidad homosexual.

Por su parte, López (2010), menciona que el ideal de un hombre es ser fuerte, protector, proveedor, mujeriego, productivo, valiente y sin muestra de sus emociones. Estos estereotipos o etiquetas tradicionales tienen más de un siglo de trascendencia. Es común encontrar que la masculinidad del varón se represente por ser restrictivo en sus emociones y obtener logros y éxito social (Paredes, 2007). La diferencia entre géneros que se ha conformado desde hace mucho y la supuesta superioridad masculina han llevado a la sociedad a pensar en los varones como los más fuertes, inteligentes, creativos, responsables socialmente y racionales (Burin y Meler, 2009). Estos mismos autores ofrecen otra definición del ideal tradicional de la masculinidad: “la masculinidad se sostendría en la capacidad de sentirse calmo e impassible, ser autoconfiado, resistente y autosuficiente, ocultando sus emociones, y estar dispuesto a soportar a otros” (p. 138).

Fox Keller (1991, citado en Fonseca, 2008), menciona que la masculinidad puede concebirse de una forma abstracta, es decir, idearlo como un varón blanco, fuerte, dueño de sí mismo y aislado a toda relación. Asimismo, este autor define al hombre como alguien que posee dureza y negación de feminidad. Además, resalta que la masculinidad está relacionada con la autonomía, la separación de lo femenino, es decir, que no debe mostrar sus emociones, sentimientos y que sólo sea proveedor.

En concordancia a lo anterior Banino (1997, citado en Burin y Meler, 2009), describe cuatro ideales masculinos tradicionales: 1) “nada de femenino”, se plantea una desidentificación con todo lo relacionado a la feminidad; 2) “ser una persona importante”, es decir, sentirse identificados con alguien del mismo género, como el padre; 3) “mandar a todos al diablo”, construir la masculinidad sobre la violencia y; 4) “ser un hombre duro”, estar en un lucha o rivalidad contra alguien del mismo género. Los cuatro ideales anteriores son los pilares del ideal de dominio y control de la masculinidad. De acuerdo al planteamiento de

Banino, según el varón se sitúe en un pilar se determinará en gran manera su forma de sentir, pensar y actuar.

Asimismo, García (2009), menciona que la represión de las emociones y sentimientos de los hombres, genera la manifestación de la violencia, para descargar dicha presión y porque mostrarlos es un ejemplo de feminidad, así, para no expresarse tristes, con miedo o con ternura, es casi obligatorio que se comporten violentos. Para este autor la denominación “masculino” representa el ejercicio de poder hacia mujeres y hacia otros hombres que son inferiores o débiles, esto forma parte de la cultura y demostrar valentía o heterosexualidad que los integra en el concepto de masculinidad.

Se espera de igual forma que demuestren su virilidad hacia otros hombres, en el caso de los jóvenes, es común presumir a muchas mujeres a su alrededor, presionando así a otros de su círculo para demostrar su masculinidad. En un hombre lo distintivo es que ejerza su poder hacia otros, esto les da un orden social y se asocia con la masculinidad hegemónica. Colocándose en el deber ser y teniendo que cumplir con lo que los caracteriza, como tener un buen desempeño, conservar el control o dar órdenes, aprenden a eliminar sentimientos y a esconder emociones (Kaufman, 1995 citado en Santana, 2014), en estos actos de violencia se aprende a no tener compasión hacia otras personas, la compasión está asociada con la feminidad, la cual es incompatible con la masculinidad. Además, que un hombre sea violento y rechace la homosexualidad son dos características que debe tener para pertenecer a lo masculino, para no ser ellos los rechazados y para contribuir a su construcción como varones en sociedad (García, 2009).

Ya se mencionó que parte de la masculinidad de los varones es ejercer el poder sobre otras personas, en relación a esto Kimmel (1992, citado en Burin y Meler, 2009), menciona que la masculinidad no puede ser mejor descrita que “estar en el poder”, imponer su poder ante los demás y siempre destacando en todo. Ahora, las relaciones de poder en que se basa la masculinidad no sólo es hacia el género femenino sino también hacia su mismo género, ya

sea con sus pares o con menores, siempre se va a tratar de dominar a los demás (Burin y Meler, 2009).

De alguna manera, el ideal de la masculinidad está marcado por las relaciones de poder, es decir, los varones han sido educados para imponer su autoridad ante los demás, el poder ejercido hacia los otros se verá reflejado de forma psicológica o física, como es el caso de la violencia (Muñoz, 2014). Meler et al (2012), menciona que la dominación masculina hace referencia a que los varones adultos tengan dominadas a las mujeres, a los niños y los demás hombres que no logren ajustarse a los criterios de la masculinidad, algunos ejemplos de estos criterios son: ser blancos, educados, heterosexuales y con propiedades.

Finalmente, acerca de la masculinidad y los estereotipos. en los varones es muy frecuente que se presenten diversos accidentes, debido a las llamadas conductas de riesgo, ya que éstas se vinculan con las prescripciones sociales de la masculinidad. Otras características son, mostrar coraje, ser violentos, represores del miedo y que tengan tendencia al deprecio por la vida, ante esto se afirma que el desafío físico o incitación a las peleas son conductas de riesgo estereotipadas y comprenden un proceso de demostración de ser masculinos.

1.2 Religión

En relación a explicar qué parte de la cultura determina los criterios para la construcción de la masculinidad, la religión jugó un papel muy importante, dado que denominó al varón como el portador de todos los valores y quien sería superior ante mujeres y niños en la escala social. El ámbito religioso enseña a los varones a tener la razón, a juzgar a los demás y a ser la máxima autoridad, sin embargo, también eran instruidos a ocultar emociones y sentimientos, pues éstos eran signos de una voluntad débil (López, 2010).

Después del movimiento feminista se creó con mayor intensidad el argumento de mantener a la religión alejada de todo lo relacionado con el género, dado que era considerada como un instrumento del patriarcado, lo cual permitía a los varones justificar su comportamiento hacia la subordinación femenina (y de quienes consideraran inferiores) por la voluntad de Dios. Lo anterior, hace referencia a afirmar que la religión ha dictaminado el deber de un varón, asociando su comportamiento con la tradición. La religión explica que la norma de las jerarquías en los géneros ha sido divinamente establecida (Scott, 2015).

De igual forma es la iglesia, la que les otorgó el poder de ser los encargados del sustento familiar, los que tomen las decisiones y quienes se encarguen de cuidar y vigilar a los miembros de la familia, así como de las acciones que influyen en la vida de cada integrante, cumpliendo con los criterios requeridos para reafirmar su masculinidad. En la familia conyugal, el hombre es quien tiene el poder sobre la mujer y los hijos, en el trabajo era quien aportaba ingresos al hogar y con ellos mantenía el orden familiar, era importante que se mantuviera en el trabajo por el bienestar de la familia. Dado lo anterior, el ámbito familiar es un sistema cultural que contiene valores y creencias que contribuyen a promover el comportamiento violento (Ramírez, 2009).

1.3 Familia

En México, la familia es una de las instituciones con mayor influencia en la formación de las personas, ya que dentro de este sistema se crean la mayoría de los valores, costumbres, ideologías y religiones que dan pauta a la manera de comportarse de cada persona.

Siendo así, desde hace décadas se ha creado un ideal de familia en el cual el hombre tiene que ser quien tome el mando, quien lleva la etiqueta de heterosexual, del macho, el fuerte, el racional. Es quien dentro del hogar dicta las reglas que deben ser seguidas por los demás miembros, quien toma las decisiones sobre la vida de los otros y sobre todo quien

ejerce el poder mediante los castigos a quienes no acatan las reglas dentro o fuera de su hogar (Quintero y Fonseca, 2008). Las relaciones de poder de la educación cultural del género enmarcan la jerarquía en los varones enseñándolos a adoptar papeles formales en la sociedad.

Quintero y Fonseca (2008), destacan que dentro de la familia mexicana no sólo es el padre quien practica el uso del poder sino también lo enseña a sus progenitores mediante el uso del poder hacia los hijos enseña cómo deben comportarse como “hombres” ante los demás. En este sentido, incluso la madre auspicia que dichos comportamientos masculinos sean llevados a cabo y por tanto “no se pierda la costumbre”. Algunos comportamientos que van construyendo la masculinidad desde edades tempranas, son dejar que los hijos varones salgan y exploren las calles por mayor tiempo que una mujer, con permisos únicos como salir de noche y convivir con sus pares, todo lo anterior para dotarlos de experiencia y que en edades adultas mantengan el ideal masculino tradicional.

Siguiendo, Jesús (1999), señala que para los varones al llegar a la edad adulta se espera que puedan obtener los ingresos suficientes para mantener a su familia, es de suma importancia que obtengan un trabajo remunerado. Si no obtienen un reconocimiento social por este medio, es en gran medida negativo ya que no cumplen con el mandato de la masculinidad.

Aunque cada cultura es distinta, la construcción de la masculinidad se ve reflejada en el comportamiento de los hombres, un ejemplo claro de esto es la relación directa de los varones y las guerras, los asesinatos en mayor medida son realizados por varones, ellos son quienes más se exponen a situaciones de riesgo ante cualquier situación y sobre todo la violencia que se ejerce al rededor del mundo en mayor cantidad es cifrada por varones. Esto nos da una idea general acerca de la masculinidad en el mundo, entonces imaginemos, si a nivel mundial es tan radical el concepto de la masculinidad ¿cómo se encontrará en cada país, en cada cultura, en cada localidad, en cada hogar, en cada persona?

Lo anterior da pie a rastrear el concepto de la violencia, ya que ésta en gran medida es ejercida por los hombres como parte de su masculinidad, sin embargo, es de relevancia

conocer ¿qué es la violencia? ¿quiénes la ejercen? ¿cómo la llevan a cabo? ¿qué tipos de violencia existen? y las consecuencias de éstas. Todo esto para poder entender de forma general la construcción de la masculinidad en relación a la violencia y con ello dar pauta a una de las principales formas de violentar a las personas: la violencia sexual.

2. VIOLENCIA

El tema de la violencia ha sido retomado desde hace algunas décadas como tema importante en nuestro país debido a la alta tasa de mortalidad. UNICEF (por sus siglas en inglés *United Nations Children's Fund*, 2017) afirma que la población que es más propensa a sufrir algún tipo de violencia son los menores de edad, se considera que cada año hay más muertes de niños por causa de la violencia que por enfermedad o nacidos muertos. Por otro lado, existen otras consecuencias que son igual de relevantes, independientemente del tipo de violencia que ha sufrido el niño se pueden encontrar lesiones físicas, inestabilidad emocional por maltrato psicológico o Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) en el caso de abuso sexual.

Hasta ahora se ha hablado acerca de cómo se construye la masculinidad dentro del contexto mexicano y los factores que se asocian a dicha construcción; posterior a esta construcción se hizo énfasis en las características que representan a un varón, una de las principales y que toma ahora mayor relevancia es que sean violentos. Para lograr un análisis más a fondo acerca de este fenómeno, se debe partir de la definición general de la violencia y posteriormente ahondar acerca de la violencia sexual.

2.1 Definición de violencia.

En el Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud (Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi y Lozano, 2003), la definición de violencia según la OMS es:

“El uso intencional de la fuerza o del poder físico, de hecho, o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos de desarrollo o privaciones” (p. 158).

Por su parte, Cortina (1998 citado en Sastre y Moreno, 2004), la define como un acto físico o psíquico que tiene por objetivo “forzar a otra u otras personas para que hagan aquello que no desean hacer [...]” (p. 122).

Asimismo, Castanyer (2009), define a la violencia como “un daño en el desarrollo de la persona, a su integridad o dignidad, o el riesgo severo de sufrirlo, un abuso de poder sobre la persona, realizado de un modo determinado: físicamente, psíquicamente o sexualmente” (p.12).

Vidal (2008), explica que la violencia como un medio de dominación puede surgir de distintas formas, al final el propósito es el mismo: subyugar al otro. Ejemplos de lo anterior, pueden ser: la violación, las agresiones sexuales, el exhibicionismo obsceno, a menores eb 16 años sin su consentimiento, la provocación sexual mediante el uso de pornografía, el rapto a una persona (Redondo, 1996), el abuso sexual o el maltrato hacia el miso u otro género. Este mismo autor sugiere lo siguiente:

“La violencia se caracteriza por hacer del otro un medio, por ser una operación que logra sustraer al otro de sí mismo y convertirlo en una herramienta que el violento busca. La violencia rompe la idea de que el otro es inviolable, es propio, es singular; roba a la persona su propiedad... rompiendo su estar, su cuerpo, lo suyo” (Vidal, 2008 p. 19).

La violencia, ha sido explicada durante muchos años como propia de la raza humana, sin embargo, con el paso de los años y con el avance de investigaciones se ha modificado de tal forma que ahora se refiere a un aprendizaje, la principal fuente de dicho aprendizaje es el género y más específicamente el género masculino. Es importante denotar cuál es la formación de ser hombre y cómo concibe la mujer a un hombre (Duarte, Gómez y Carrillo, 2010), pero ¿por qué enfocarse en los varones? Dado que la cultura así lo ha dictado desde hace siglos, se destaca que conocer la construcción y concepción del hombre es de mayor relevancia para entender su actuar violento. Resultado de lo anterior tanto hombres como mujeres al menos en el contexto mexicano, advierten que la característica de un varón para ser considerado hombre o afirmar su masculinidad es: ser violento.

De esta forma la violencia es un constructo que conlleva una serie de construcciones sociales que han estado presentes desde hace mucho tiempo en la historia de la humanidad (Sastre y Moreno, 2004). Al respecto conviene decir que existen varios elementos en común que deben ser tomados en cuenta al momento de analizar el fenómeno de la violencia: es una vulneración a los derechos humanos de la víctima, siempre se ha de suponer que exista un daño psicológico, además del físico y el primero deberá ser evaluado para su intervención, y se basa en el manejo de la relación de poder entre el agresor y la víctima (Castanyer, 2009).

Se concibe la violencia de género hacia las mujeres desde una perspectiva feminista, considerando que se ve como un grupo vulnerable al cual se puede transgredir fácilmente. Ante esto, es de interés mencionar que en años anteriores la violencia o agresión contra la mujer no era negativa ante la sociedad, sin embargo, en la actualidad es un tema que “horroriza” a la mayoría de la población mexicana (Vidal, 2008). Por ello, el tema de la masculinidad en México es de controversia, ya que nuestra cultura está en un régimen patriarcal que se ha mantenido durante años. Es casi impensable que los hombres reconozcan que cometen actos violentos contra otros, para la mayoría de las personas es un hábito y como todo hábito es difícil deshacerse de él de un momento a otro. El caracterizar a un hombre como violento era tan normal hace más de tres décadas, violentar era una forma en que se reafirmaba (o reafirma en algunos hogares) su masculinidad. En un mundo donde los hombres deben cumplir con los requerimientos de la masculinidad, ejercer la violencia es uno de las principales características (Paredes, 2007).

Por su parte, Crettiez (2009), menciona que no siempre puede ser definida por causar un daño físico a otro; más bien explica que dicho daño debe ser intencional para que se pueda clasificar como un acto violento, de igual forma, aunque no sea un daño físico, sino moral, es violento en tanto que se intente dañar la integridad de la persona. Este autor habla acerca de los distintos tipos de violencia, explicando así la violencia estructural, distinguida por impedir a las personas satisfacer sus necesidades individuales, como en el caso de la homofobia ¿cuántas veces no se ha observado en la actualidad la represión de los derechos de la comunidad homosexual, generando la agresión tanto físico como moral, principalmente en relación a su sexualidad? Retomando el tema de las relaciones de poder, Castanyer (2009),

alude que para que el agresor pueda hacer daño a otra persona, es relevante que se exista un abuso de poder, es decir, el agresor o agresora debe ganarse una situación que le represente poder ante la víctima.

Por otro lado, Crettiez afirma que hay tres tipos de clasificación de la violencia: en la primera clasificación se encuentra la violencia simbólica y la violencia física; en donde el propósito es dañar al otro con algo que implique transgredirlo física y/o psicológicamente. El segundo tipo, implica la relación de poder que existe principalmente contra las minorías o poblaciones vulnerables, este tipo de violencia es principalmente contra los derechos humanos, ya que se observa claramente una represión de sus derechos. Así, la violencia puede ser considerada como un medio de acción hacia la obtención del poder sobre otros, principalmente en los grupos más vulnerables. El tercero, se refiere a la violencia por identidad, es decir, cada pueblo, comunidad o grupo, se identifica con la violencia, en otras palabras, se habla de una violencia identitaria (Crettiez, 2009).

Sumado a esto, es difícil explicar cómo se generan los tipos de violencia, sin embargo, cuando se estudia más a fondo el tema es posible visualizarlo. En ocasiones se atribuye que la violencia es un estado natural de los humanos, empero, no quiere decir que las personas nazcan con algún gen “de la violencia”, en otras palabras, se trata de una construcción de crianza, a partir del contexto e historia de los individuos.

Casi todo comportamiento de las personas es aprendido, de aquí que sea de relevancia explicar la ruta de la masculinidad. Ahora bien, para que una persona cometa un acto violento es importante mencionar que ésta debe estar inmersa en un contexto donde se ejerza la violencia, además de aprender y aprehender los valores (antisociales) que se presentan en dicho contexto (Echeburúa y Redondo, 2010).

Ejercer la violencia hacia otros según Crettez (2009), genera distintos beneficios, uno de ellos y el más relevante es *el placer*: es decir, a través de sus acciones adquiere satisfacción, lo anterior puede ser por violencia verbal, psicológica o sexual. En este sentido, ya sea por placer u otro beneficio obtenido, la violencia que se ejerce no le quita consciencia al hombre que la lleva a cabo, sino todo lo contrario, al ser racional en sus actos es de mayor gravedad la conducta. De esta forma no puede justificarse que haya cometido un acto violento simplemente porque perdió la razón o porque algo lo alejó de su plena consciencia.

En contraste a los beneficios que se pueden obtener, se encuentran las consecuencias que genera los ataques de violencia; el cuadro que generalmente presentan disonancia cognitiva, estados disociativos, inestabilidad emocional, estado de hipervigilancia, retraimiento y aislamiento social, conductas obsesivas, indefensión aprendida, ansiedad y depresión (Castanyer, 2009; Walker, 1975 citado en Escudero, 2009).

Vidal (2008) afirma que siempre se ejercerá la violencia hacia aquellos que son potencialmente vulnerables, de tal forma que, cuando las personas son violentadas de alguna forma, o son testigo de dicha violencia les genera temor, temor a que el acto vuelva a suceder. El miedo resulta como una de las principales consecuencias que genera la violencia; sea verbal o física, el daño emocional siempre afectará en gran medida la vida de la persona. Siguiendo este razonamiento, Echeburúa y Redondo (2010; Horno, 2009), mencionan que, así como hay factores que probabilizan que una persona sea potencialmente vulnerable, hay factores que probabilizan la presencia de la violencia: 1) la peligrosidad del agresor; 2) la vulnerabilidad de la víctima y; 3) la situación en que se puede generar la conducta violenta.

La violencia la puede cometer cualquier persona (hombre o mujer), la víctima puede ser cualquier persona y se puede presentar en cualquier contexto, lo que nos lleva a lo siguiente: existen distintos tipos de violencias, que son ejercidas por distintas razones, en el caso de la masculinidad, la violencia cometida por varones se utiliza sí para practicar el poder sobre los

demás, pero también poder afirmar su masculinidad. Así, el propósito principal es demostrar que son viriles al dañar a los demás, llevándolo a cabo por el medio que consideren necesario.

Generalmente se piensa que al hablar de víctima es automáticamente referirse a las mujeres, mientras que hablar de agresor es referirse a los hombres. Sin embargo, no es una norma o una regla, dado que puede ocurrir el caso contrario, que la mujer sea quien violente a los hombres o que haya violencia entre personas del mismo sexo (Echeburúa y Redondo, 2010).

Dentro de este contexto, es importante señalar cómo se encuentra la violencia en la actualidad en México, para ello se presentan estadísticas (ver Tabla 1) de los delitos de alto impacto cometidos en el primer trimestre de 2017 registrados el Observatorio Nacional Ciudadano (ONC, 2017), haciendo una comparación con el primer trimestre de 2016.

Tabla 1. Reporte sobre delitos de alto impacto en México durante el primer trimestre de 2017.*

Delito	1er trimestre 2017
Homicidios dolosos	29.48%
Homicidios culposos	12.57%
Secuestro del fuero federal y común	19.75%
Extorsiones	29.55%
Robos con violencia	32.31%
Robos de vehículos	13.10%
Robos a casa habitación	3.18%
Robos a negocio	47.43%
Robos a transeúnte	31.69%
Violaciones	5.74%

* Tomado de Observatorio Nacional Ciudadano (2017).

2.2 Violencia sexual

La violencia sexual puede definirse como un acto delictivo mediante el cual el delincuente transgrede el cuerpo de otro ser humano con toda ilegalidad y desinterés por los sentimientos y derechos de la otra persona (Aresti, 2003). De las diferentes consecuencias que tiene un acto de violación, la psicológica es la que tiene mayor incidencia. Sin embargo, la física pese a ser en algunos casos de menor duración, en algunos casos se presentan consecuencias a este nivel que incluso perduran por el resto de la vida de la víctima (Aresti, 2003).

Siguiendo este razonamiento, la OMS (citado en Krug et al. 2003), define a la violación como “la penetración forzada físicamente o empleando otros medios de coacción... de la vulva, o el ano, usando un pene...” (p. 161). Por otro lado, Echeburúa y Redondo (2010), la definen como la “agresión sexual en la que se incluye el acceso carnal, por vía vaginal, anal o bucal, o bien la introducción de objetos por la vagina o el ano” (p. 125). Por su parte, el Programa Interdisciplinario para la Atención de la Violencia Sexual y los Estudios de Género (PIAV, 2016), expresan lo siguiente:

“[...] una de las manifestaciones de la violencia social que puede afectar a cualquier persona sin importar edad, sexo, estado civil o posición económica. Aunque tradicionalmente han sido las mujeres, las niñas y los niños las víctimas más frecuentes. La violencia sexual incluye múltiples formas como: el hostigamiento sexual escolar y laboral, el maltrato doméstico, el abuso sexual de menores, el incesto, las agresiones físicas y verbales de contenido sexual en la calle y/o transporte público, y por último la violación como su expresión más extrema”.

Por su parte Horno (2009), habla acerca de la agresión sexual y señala que se puede concebir como “cualquier forma de contacto físico con o sin acceso carnal con violencia o intimidación y sin consentimiento de la víctima” (p. 27). En esta línea Kelley y Byrne (1992, citado en Ghiglieri, 2005), definen a la violación como “un delito sexual violento en el que

se utilizan la amenaza, la fuerza y la intimidación para coaccionar a una víctima que no está dispuesta a realizar actos de tipo sexual” (p. 136).

En el Código Penal del Estado de México (1999), se definen tres tipos de comportamiento que son considerados como violación: 1) “al que por medio de la violencia física o moral tenga cópula con una persona sin la voluntad de ésta” (p. 83); 2) “el que introduzca por vía vaginal o anal cualquier parte del cuerpo, objeto o instrumento diferente al miembro viril, por medio de la violencia física o moral, sea cual fuere el sexo del ofendido” (p. 83) y; 3):

Se equipara a la violación la cópula o introducción por vía vaginal o anal cualquier parte del cuerpo, objeto o instrumento diferente al miembro viril, con persona privada de razón, de sentido o cuando por cualquier enfermedad o cualquier otra causa no pudiese resistir o cuando la víctima fuera menor de quince años (p. 83).

En otros países como España, el Código Penal dicta lo siguiente en su artículo 429: “comete violación el que tuviere acceso carnal con otra persona sea por vía vaginal, oral o bucal...” (Redondo, 1996). Sin embargo, el autor menciona que esta definición está limitada a los varones debido al concepto de “acceso carnal”, ya que las mujeres no están en posición de realizar el mismo acto, empero, eso no las exenta de ser consideradas como agresoras sexuales.

Este delito es llevado a cabo en nuestro país cada vez con mayor frecuencia, una de las principales razones es debido a que vivimos en una sociedad patriarcal, es decir, los actos de violencia que se cometen, los realizan hombres que, por entenderse como portadores de poder, se consideran con el derecho de imponer la violencia sexual sobre otro individuo.

En México, la violencia sexual representa un problema de salud pública por la alta incidencia. Aproximadamente más de 80 000 personas al año, son víctimas de violación. A partir de diferentes estudios realizados en relación al tema, la violencia sexual produce distintas secuelas físicas, psicológicas y sociales que alteran el desarrollo integral de las

víctimas y familiares (PIAV, 2016). En los registros oficiales a nivel mundial las cifras destacan a las mujeres como las principales víctimas de violencia sexual, además de los adolescentes. Empero, se destaca que tanto hombres como mujeres adultas pueden sufrir violaciones, por ejemplo, en situaciones de encarcelamiento o aprehensión (Krug et al. 2003).

Así, por ejemplo, en Estados Unidos, el FBI reportó en 2005 que hay una violación cada cinco o seis minutos, pero estiman que en realidad hay una violación cada minuto (tomando en referencia a las mujeres que han denunciado el delito). Retomando el tema en nuestro país, y realizando una comparación de acuerdo a los datos arrojados por el Ministerio Público, en 2016 y a principios de 2017, se reporta que hubo un incremento en la tasa de violaciones en un 5.76% (ONC, 2017), y sólo en los datos recabados del primer trimestre. Ahora bien, en el Estado de México, el primer bimestre del presente año ya mostraba un alza del 8 por ciento en comparación con el primer bimestre de 2016. Asimismo, fue el estado que acumuló más averiguaciones por delitos sexuales con 3 mil 715 casos, representado así el 13% de la cifra a nivel nacional, aun con esto no se alcanza el promedio registrado 24.3% (Figura 1).

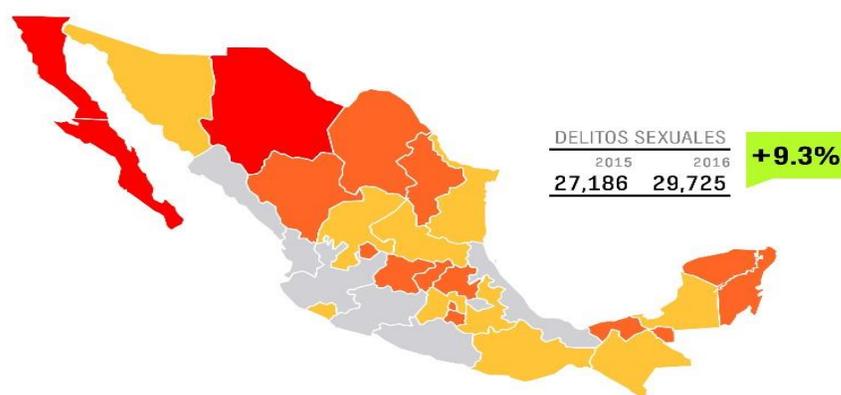
Asimismo, dicho reporte indica que, de los 32 estados del país, al menos 16 son los que cuentan con el mayor número de delitos sexuales. Así el primer lugar lo lleva Baja California norte con un promedio de 60.2%, es decir, casi tres veces del promedio nacional, el número 11 de la lista lo ocupa la Ciudad de México con un 29.7% (Animal Político, 2017). Cabe señalar un dato alarmante, si bien las agresiones sexuales, son un tópico de suma relevancia en el país, se conoce que no siempre son debidamente denunciadas, así se estima que, por cada cien agresiones, sólo 6 son denunciadas y de éstas apenas la tercera parte es consignada ante un juez. En muchas ocasiones posterior a que ocurre una violación, no se presenta inmediatamente una denuncia a que les otorguen la atención correspondiente y por ende no reciben la atención jurídica, psicológica o médica correspondiente (Marshall y Serran, 2001). Lo anterior también dificulta estar al tanto de la cifra exacta o más aproximada del número de violaciones que se presentan a diario, además de impedir la aprehensión de los agresores y con ello evitar que incremente dicho delito (Ghiglieri, 2005).

Hasta 1970, no se daba tanta importancia a las personas que sufrían alguna violación, específicamente a las mujeres, ya que quienes reportaban lo que habían vivido, no eran tratadas más que como culpables, situación que cada vez cobraba más víctimas (Marshall y Serran, 2001). Actualmente. Debido al incremento en la tasa de los delitos sexuales reportados por el Ministerio Público, por las apariciones en periódicos, noticias, redes sociales, sobre personas desaparecidas o que han sido víctimas de algún delito sexual, han sido motivo para que se incremente el interés por tema y sobre todo que se comience a intervenir desde distintos ámbitos para dar una solución a la problemática.

Figura 1. Porcentaje por estado sobre Violencia sexual en México (Animal Político, 2017).*

El mapa de la **violencia sexual en México**

Cifras anuales correspondientes a 2016



Estado	Tasa de casos por 100 mil habitantes				
Baja California	60.2	■	SLP	24.3	■
Chihuahua	57	■	Sonora	23.9	■
BCS	55.4	■	Tamaulipas	22.7	■
Morelos	43.3	■	Edomex	21.7	■
Durango	37.8	■	Chiapas	20.4	■
Nuevo León	36.8	■	Campeche	19.9	■
Querétaro	32.8	■	Puebla	19.1	■
Acuascalientes	32.1	■	Zacatecas	17	■
Yucatán	30.4	■	Colima	16.3	■
Tabasco	29.9	■	Guerrero	13.9	■
Guanajuato	29.9	■	Michoacán	12.6	■
CDMX	29.7	■	Nayarit	12.1	■
Quintana Roo	29.1	■	Jalisco	11.2	■
Hidalgo	28.1	■	Sinaloa	6.8	■
Coahuila	27.1	■	Veracruz	6.5	■
Oaxaca	24.7	■	Tlaxcala	4.9	■
NACIONAL	24.3				

Dentro de estas iniciativas, por parte de la psicología se realizan estudios que tienen por objetivo obtener información por parte de los agresores y con ello contribuir en varios puntos, por ejemplo, tomar en cuenta el tipo de víctimas que la mayoría de ellos elige, los lugares en donde ocurren los ataques, las características personales, entre otras cosas. Todo lo anterior para crear diversos programas de intervención que logren mermar en la medida de lo posible las agresiones sexuales.

2.1 Tipificación de los agresores sexuales.

Hasta ahora se ha analizado cómo es la construcción de la masculinidad de un varón a partir de la perspectiva de género y los distintos factores que contribuyen a dicha formación. Dentro de este análisis se evidencia que la cultura mexicana aún se encuentra en el régimen del patriarcado, recordando que una de las características principales en la masculinidad de los varones es que ejerzan su poder, mediante la violencia hacia otros, y con ellos los distintos tipos de violencia que se pueden extender. De esta forma, una de las más graves tanto por el acto como por las consecuencias es: la violencia sexual. Si bien, explicar cómo se construye la masculinidad no nos da una respuesta concreta acerca de la formación de un agresor sexual, sí nos da la pauta para conocer al menos, algunos de los factores que intervienen en dicha formación.

El contar con un análisis muy detallado sobre la educación de los varones no nos permite determinar si esos factores realmente propician la potencial formación de un agresor sexual. Es por ello que en este apartado haremos una breve revisión acerca de los factores que diversos autores han encontrado como posibles auspiciadores de una agresión sexual. Con esto, no se indica que todos los tópicos sean exclusivos de un agresor, no obstante, son características que se han encontrado en diversas muestras de violadores entrevistados.

Hay factores que se encuentran asociados a la construcción de la violencia en cualquiera de sus manifestaciones: la peligrosidad del agresor, la vulnerabilidad de la víctima y la situación en que se produce la conducta violenta, además, estos mismos sirven para explicar

cómo una persona se convierte en víctima. Antes de revelar los factores (propios del agresor), cabe señalar que Echeburúa y Redondo (2010), sugieren que existen dos tipos de agresores; los conocidos y los desconocidos. Lo anterior ayuda a caracterizar de cierta forma al agresor respecto de la víctima, por ejemplo, cuando se trata de una violación por parte de un desconocido se denota lo siguiente: eligen a una víctima que regularmente es mujer, éstas tienden a ser jóvenes, estudiantes y solteras, el lugar que facilita la agresión es un contexto que la víctima visita o transcurre frecuentemente sola y en altas horas de la noche.

Los niños representan la mayoría de las agresiones sexuales por conocidos, a este respecto, se señala que son personas cercanas a ellos, como maestros, tutores, tíos o padrastros. Aunque mayoritariamente hay evidencia de que los agresores sexuales son hombres, es un poco ambiguo, ya que también hay reportes de mujeres e incluso los mismos niños como agresores sexuales, sólo que en menor medida evidentemente (Marshall y Serran, 2001).

Es casi imposible que se identifique a un violador con sólo mirarlo, es decir, se identifica cuando un juez lo dictamina o cuando el mismo agresor confiesa; pero determinar a simple vista que un varón es violador no es posible hasta ahora (Marshall, 2001). Dentro de las investigaciones realizadas por Marshall, Serran y Fernández (2001, citado en Marshall, 2001), se alude que no existe un estrato social único al cual pertenezcan los violadores, en otras palabras, desde la clase alta hasta las minorías son capaces de desarrollarse en medios que los llevan a comportarse de manera antisocial. Muchas veces se pensaría que un hombre con determinadas características estereotipadas sea quien cometió el delito, pero muchas veces no es así.

Las características de los agresores sexuales no son lineales, por ejemplo, Ghiglieri (2005), menciona el caso de una violación en grupo, al dar con el testimonio de los culpables, no se encontró algún motivo de control, poder, y odio hacia las mujeres, mencionan que simplemente tuvieron la oportunidad de golpearla y violarla, porque no tenían otra cosa que hacer. En el ejemplo anterior se esperaría que los agresores sean hombres mayores y que tuvieran algún desorden psicológico que explicara al menos uno de los motivos por los cuales

actuaron de tal forma, sin embargo, no fue así, sólo eran jóvenes, menores de edad impulsados por el deseo de ocuparse.

A pesar de que no hay características específicas que determinen cómo detectar a un agresor, o cuáles son los factores que lo guían a ser un agresor sexual, hay estudios cuyo propósito es al menos obtener los puntos en común de los violadores que entrevistan o evalúan psicológicamente. A partir de ello, se han realizado distintos listados que muestran los factores o características comunes y con ello demostrar que existe una gran diversidad que no nos permite catalogar a todos los violadores.

Una característica que ha registrado incrementar la probabilidad de ser un agresor sexual es: el rasgo de personalidad, al respecto Heilbrun y Seif, (1986, citado en Ghiglieri, 2005), mencionan que los varones que demuestran ser sádicos con los animales o que les guste literatura, contenido de fotografías, en internet o fantasías sexuales con representaciones sádicas, son potencialmente más propensos a ser capaces de violar a alguien, en comparación con quienes no imaginan la situación.

Ghiglieri (2005), por su parte menciona que la mayoría de los violadores (identificados por denuncia), cuentan con antecedentes penales iniciados aproximadamente a los 15 años, cometiendo su primera violación a los 18 años, un dato aunado a estos casos, es que más de la mitad de los agresores que son encarcelados reinciden una vez que salen de prisión. Claro que lo mencionado no lo explica todo acerca de la violencia sexual, ante esto, Echeburúa y Redondo (2010), mencionan otros factores que probabilizan que un varón (en específico) pueda ser un agresor sexual:

-Las conductas sexuales y conductas agresivas son aprendidas. Si no se enseña el contexto pertinente de la conducta sexual y a canalizar las agresivas, el tipo de conducta, con quien practicarla, que debe ser consensuada y que no debe practicarse con niños. En un impulso de ira el varón recurrirá a forzar sexualmente a la otra persona ejerciendo su poder.

- Fracaso a la inhibición. Es decir, que hay una deficiencia en su aprendizaje sobre las conductas sexuales, por tanto, no aprenden a inhibir su excitación. Puede que dicha

deficiencia provenga de un modelo paterno agresivo, por disciplinas punitivas o por abuso sexual en la niñez (u otras razones).

- *“Actitudes socioculturales favorecedoras de la violencia sexual”* (p. 145). El sujeto puede estar en contacto con dichas actitudes en su entorno. Un ejemplo de tales actitudes es sustentar el uso utilitario de la violencia, realizar valoraciones sexistas sobre la mujer, aludiendo que la mujer desea ser sometida sexualmente. Otros contextos donde pueden encontrarse tales actitudes son la televisión, el cine o la literatura.

- *Uso de pornografía*. Con la cual se logra desinhibir la agresión y logra animar al sujeto para efectuarla.

- *Circunstancias que facilitan la agresión*, como la ingesta de alcohol o uso de drogas emoción de ira y venganza o estrés prolongado.

- *“Distorsiones cognitivas y justificaciones”* (p. 146). Cuando el sujeto ha incorporado creencias distorsionadas sobre su comportamiento y el uso de la violencia.

- *Disponibilidad de las oportunidades*, como contar con víctimas accesibles, en lugares accesibles, permitiendo al sujeto la posibilidad de impunidad.

En la misma línea Marshall (2001), sugiere otros factores relevantes, la historia del individuo desde su nacimiento, la relación la familia, la sociabilidad en grupos externos, rasgos de personalidad, experiencias, habilidades o carencias entre otros, son factores que dependiendo de la forma en que se presenten, guíen el camino de la persona, al grado de determinar qué tipo de respuesta tiene ante cada situación, como la afronta y así crear patrones de comportamiento.

Asimismo, Marshall, Serran y Fernández (2001), aluden en su estudio que el factor predominante en la formación de un agresor es la relación con los padres, si la relación se basa en el conflicto, el rechazo y el maltrato físico o sexual, los hijos no serán capaces de afrontar los problemas de la vida. A partir de los estudios que Marshall realizó declara los siguientes factores que a conclusión de él son los más relevantes: los vínculos paterno-filiales, las relaciones con adultos, la soledad, estilos de apego, historia sexual juvenil, influencias socioculturales, pornografía, procesos de condicionamiento, autoestima y empatía y factores biológicos en términos de desarrollo.

Los factores sólo probabilizan que la persona, en este caso el varón se construya como un agresor sexual, aun cuando se encuentre por ejemplo con el uso de pornografía, o que tenga facilidad de circunstancia y de personas que sean potencialmente vulnerables, no se puede asegurar que se convierta en ese momento en un agresor sexual. En relación a lo mencionado por Echeburúa y Redondo (2010), se advierte que la relación que se va creando entre el aprendizaje de conductas sexuales y la agresión, es de suma importancia, ya que en el momento en que no se aprende adecuadamente la pertinencia del primero y la canalización del segundo, se genera una problemática cuando se asocian.

A partir de investigaciones realizadas directamente con violadores se han creado listas de las características o factores asociados a su comportamiento. En este sentido, Hollin (1989, citado en Redondo, 1996), realizó una clasificación de las características de violadores y víctimas con una muestra representativa en la cual se encontró que la mayoría de las violaciones sucedían en cada de la víctima, alrededor de las 8:00 am y 8:00 pm, en sábado y con una mayor incidencia en los meses de mayo y noviembre. En el caso de las víctimas, se observó que eran mujeres entre 16 y 25 años, solteras y estudiantes, que están expuestas por viajar y vivir solas.

Otra clasificación similar la efectuaron Cohen et al. (1971) y Prently et al (1985, citado en Redondo 1986), destacando cuatro puntos:

- 1) El violador por desplazamiento de la agresión, que utiliza la agresión para expresar su cólera y dañar físicamente a su víctima, a menudo su esposa o novia; 2) el violador compensatorio, que satisface mediante la agresión las necesidades sexuales que no logra resolver por métodos normalizados; 3) el violador de difusión sexual y agresiva, que sería un agresor sádico a quien excita el sufrimiento de sus víctimas; y 4) el violador impulsivo, que no planifica la violación, sino que carente de freno, actúa ante la ocasión que se le ofrece (p. 100).

A pesar de todo, para que una persona se sitúe como agresor sexual, es importante señalar que no necesariamente tiene a su alrededor todos los factores indicados por Echeburúa y Redondo (2010), con esto me refiero a que tipificar a los violadores en sí por sus características físicas o socioeconómicas es demasiado complicado, debido a que se pueden presentar en diversos contextos, por distintas personas, con personalidades distintas y de estatus distintos, con lo cual no se podría realizar un manual que “detecte” a cada agresor que se nos presente de frente.

Finalmente, Echeburúa y Redondo (2010) también explican que otro factor relevante es el grado de empatía que presenta. Es decir, a menor empatía tenga mayor será el riesgo de ser un agresor sexual, ¿a qué hace referencia el déficit de empatía en un agresor sexual? Para responder a esto, es oportuno ahora definir el concepto de empatía, ésta manifiesta “la capacidad de una persona para identificar estados cognitivos y afectivos en los demás, ponerse en su lugar y compartir sus sentimientos y pensamientos...” (p. 148). La Real Academia Española (RAE, 2017), define a la empatía como “la capacidad de identificarse con alguien y compartir sus sentimientos”.

En este sentido, los violadores carecen de la capacidad de expresar compasión por las víctimas de violencia y en lo concerniente al tema, hacia las víctimas de agresión sexual. De esta manera es posible responder a la pregunta anterior, si una persona carece de la capacidad de ser empático o presenta un déficit en ésta, incrementa la probabilidad de que sea un agresor sexual (asociando alguno de los otros factores mencionados), debido a que realizará la agresión sin considerar el daño que cause en la víctima, ya que de acuerdo a lo que exponen estos autores, no son capaces de ponerse en el lugar de la víctima, en otras palabras y al actuar sólo en su beneficio no considera las consecuencias y repercusiones de la víctima, del contexto de ésta, así como de las personas allegadas a ella.

2.3 El VIH como violencia o consecuencia

Desde que comenzaron los estudios de género, relacionados con la violencia se han enfocado hacia las mujeres como víctimas, en algunos casos se encuentran estudios sobre

varones, pero relacionados con la construcción de la masculinidad y cómo se relaciona o asocia con la violencia (Córdoba de la Lave, 1994; Aparicio y Muñoz, 2007; Echeburúa y Redondo, 2010). No se han encontrado estudios que aborden la temática de hombres adultos que han estado en situaciones de violencia sexual, excepto los estudios relacionados con menores de edad u hombres en situación de cárcel, por lo cual es común que se oculte (al menos en el segundo caso).

Los casos donde se ha encontrado evidencia de este tipo de violencia es en menores de edad, es decir, el abuso sexual infantil (Redondo, 1996; Marshall, 2001; y Calvi, 2005), con lo anterior no se niega que suceda la violación hacia varones mayores, sin embargo, las razones por las que se oculta son poco claras, debido a los criterios de masculinidad que un hombre debe satisfacer, algunas razones pueden ser: temor a mostrar debilidad, ser rechazados por ser homosexuales (aunque no necesariamente), o ser estigmatizados por las consecuencias que la violación les generó, por ejemplo, cuando contraen alguna Enfermedad de Transmisión Sexual (ETS), o las consecuencias psicológicas del mismo.

En relación a la violencia sexual contra hombres ¿acaso las consecuencias son insignificantes, aun cuando son similares a las de las mujeres? O ¿acaso la mujer por ser mujer sufre mayor daño que un hombre que ha sido violado? Todo lo mencionado limita nuestro pensamiento al fijar la mirada hacia la mujer, y si bien ellas son más vulnerables para ser víctimas de este delito por diversos factores, sería un error pensar que un varón sea heterosexual u homosexual no sea una víctima potencial sólo por ser varón (Calvi, 2005).

La realidad de la violación hacia los hombres está presente en diferentes contextos, como el hogar, el trabajo, las escuelas, la calle, en las fuerzas armadas, en cárceles y comisarías. Incluso en algunos lugares la razón para ejercer la violencia sexual es para castigarlos por su comportamiento que se considera transgrede las normas sociales (Krug et al, 2003).

Sintetizando lo mencionado en los apartados anteriores, si consideramos que el uso de la violencia busca dañar a otra persona, sea física o psicológicamente, y por otro lado a la violencia sexual que busca el daño a la otra persona por medio de la introducción de un objeto

en la vagina, el ano o la boca sin su consentimiento, es necesario hablar de qué intención es la que busca el violador. Con lo cual es de relevancia retomar los factores mencionados en el apartado anterior sobre su peligrosidad, la vulnerabilidad de la víctima y de la situación que represente la oportunidad de cometer el delito, de esta manera, el agresor tendrá diferentes respuestas sobre cuál es su intención, es decir, puede ejercer la violencia hacia otro sólo para mantener el estatus de su masculinidad, puede buscar la satisfacción sexual a través de la violación, puede buscar específicamente dañar físicamente a la víctima o sólo psicológicamente. Cualquiera que sea el daño que resulte, es claro que éste marcará en mayor o menor grado a cada persona que sea víctima de violación.

Las consecuencias más comunes que presentan los varones que han sido víctimas de violencia sexual, son cambios emocionales como tristeza, cólera, angustia o depresión y cambios en su comportamiento de alguna manera evidentes (Quezada, Neno y Luzoro, 2006). Asimismo, Horno, Santos y Alonso (2001), detallan un listado de las consecuencias que presentan los niños en el abuso sexual: físicas como cambios de hábitos en su alimentación, pérdida del control de esfínteres; conductuales como conductas autolesivas, bajo rendimiento académico; emocionales como agresividad, miedo, culpa y vergüenza, aislamiento; sexuales como masturbación compulsiva, exhibicionismo o conocimiento sexual precoz (Calvi, 2005). Algunos de estos puntos continúan por un largo plazo, generando otras problemáticas como lo es la infección por el VIH. Asociado a esto, las víctimas por violación anal (niños, niñas, mujeres y hombres) son más susceptibles a la infección, porque el daño en los tejidos por un posible desgarramiento facilita el ingreso del virus al organismo.

Otros síntomas específicos del abuso sexual pueden ser: dolor rectal o genital, sangrado rectal o genitales, ETS y conductas sexuales precoces. Se hace mención de las ETS ya que se presentan en muchos de los casos de abuso sexual, retomando la infección por VIH pues también se puede adquirir, siempre y cuando no se haya contraído perinatalmente en el infante; otras infecciones de transmisión sexual que se pueden encontrar son: gonorrea, sífilis, herpes 1 y herpes 2 (Roffiel, 1992).

Otra consecuencia del abuso sexual es un trauma generado por el abuso sufrido, de tal forma que lo lleve a cometer el mismo delito. No sólo puede agredir a varones menores de edad, sino también a niñas y mujeres adultas, principalmente porque el trauma resultante les impide en relacionarse asertivamente con otras personas en el tema de la sexualidad (Calvi, 2005).

Asimismo, Calvi (2005) sugiere que cuando un varón es víctima de violencia sexual, se rompe completamente el esquema que tiene sobre la masculinidad, es decir, que se genera un conflicto sobre el ideal que espera la sociedad de un varón, poniendo en duda su masculinidad al haber transgredido la norma social. Aunque no se espera que un menor de edad comprenda aún de qué se trata dicha construcción social, conforme crece y se desarrolla en la sociedad descubre que lo que le pasó cambia por completo la idea de masculinidad dudando así de su propio comportamiento como varón ante los demás hombres y mujeres.

¿A qué nos lleva conocer las consecuencias de la violación en varones? Al inicio de este apartado se señaló la relevancia de la intencionalidad del violador hacia la víctima. En este sentido, la mayoría de las personas conocemos las consecuencias que atrae la infección por VIH en cualquier persona, se conoce que es un retrovirus que estará presente por el resto de la vida de quien los contraiga lo que al mismo tiempo le llevará a diferentes consecuencias. Ahora bien, si la primera intención del violador sólo es dañar a la víctima por medio de la violación las consecuencias pueden ser variadas, aunque siempre englobadas en la vida psicológica, social y física de la víctima, si a esto le sumamos que contraiga VIH por medio de esta violación, las consecuencias aumentan en gravedad.

Las lesiones físicas que resultan en el cuerpo de la víctima sanan con el tiempo, sin embargo, las pocas que no tienen solución son quizá fracturas o heridas que dejen marcada a la víctima de por vida (no se alude a la muerte como consecuencia, ya que, si bien es grave, no se considera que dañe a la víctima de por vida, ya que pone fin a esta), y la más alarmante: el VIH.

Cuando el agresor busca hacer daño a la víctima sin considerar las secuelas que se desplieguen de su comportamiento hacia el inmolado, es posible que conozca o no su condición sobre estar infectado por VIH, y esto conlleve o no a una infección en la víctima, ya que su principal objetivo es dañar a la persona y beneficiarse de alguna manera con dicho acto. Aun cuando es una experiencia que la víctima no olvidará, si no contrae VIH es posible que el proceso de recuperación del evento traumático lo asimile con el proceso terapéutico, considerando el daño psicológico que le cause sea grave en mayor o menor medida.

Por otro lado, si el agresor conoce su condición como portador de VIH y tiene por objetivo además de dañar por medio de la violación, infectar a la víctima conociendo las repercusiones del virus, cambia drásticamente el proceso por el cual tiene que pasar, debido a que no sólo es asimilar la experiencia punitiva, sino, ahora vivir con algo que modificará en todo sentido su calidad de vida. En este tenor, el resultado de la infección podría no sólo limitar su desarrollo personal, sino también en las demás redes sociales, debido a la presente estigmatización que atraen las personas con VIH.

En relación a lo anterior Sweeney y Kirwan (2013; Gala y cols, 2007), mencionan que, si no es por medio de una violación, pero se tienen relaciones sexuales sin protección y se es consciente de ser portador del virus, “si usted no lo comunica y sigue manteniendo relaciones sexuales sin protección, será un asesino” (p. 37). Ya sea por medio de un ataque sexual o sexo consensuado, para estas autoras el simple hecho de no informar a la pareja actual o pasada que está infectado con el virus lo considera un asesino, ya que una vez que infecta a alguien, éste es sentenciado de por vida.

De esta manera, ya sea que el agresor tenga o no la intención de expandir el virus a la víctima o a otras personas (que no sea por medio de la violación), el delito que se comete es igual de grave, empero, los daños que provoca son distintos para cada persona, por lo que no se puede generalizar si son unos más lamentables que otros. Lo que sí queda claro es que la persona que obtiene los mayores resultados negativos de dicha situación es la víctima, ya que de una u otra forma al menos el recuerdo y en otro caso la infección es para siempre.

3. LAS ESFERAS DEL VIH

Cuando se hace referencia a la infección por VIH, se crea una conmoción en las personas en general. Pero ¿realmente qué significa VIH? El tema se retoma desde distintas disciplinas como la medicina, la sociología o la psicología, no es posible hablar de forma general acerca de lo que significa para cada persona en la sociedad, dado que se consideran diversos aspectos como el pensar y sentir de cada individuo, la cultura, las redes sociales entre otros. Por ello, los siguientes apartados estarán dedicados a la explicación biológica, psicológica y social de qué es el VIH, qué significa para cada persona hablando en esferas diferentes y las posibles consecuencias en cada una respectivamente.

3.1 Esfera biológica

3.1.1 Definición y fases

El Virus de Inmunodeficiencia Humana, es un retrovirus que daña al sistema inmunitario mediante la destrucción de las células CD4, alterando o anulando su función, no sin antes resultar en millones de copias del virus, al dañarse las células CD4 el sistema inmune se va deteriorando y con ello se dificulta combatir todo tipo de infecciones (infoSIDA, 2017; OMS, 2016b). Existen dos tipos de virus: VIH-1 y VIH-2, el primero es el más infeccioso y el segundo solamente se limita a los países de África occidental, aunque se conozcan estos tipos de virus, hasta el momento no existe cura alguna o vacunas que lo prevengan, es por ello que ha sido difícil erradicarlo por completo a nivel mundial (OMS, 2016a).

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) es la etapa más avanzada de las personas con VIH y se define por la presencia de algunas de las más de 20 enfermedades, infecciones oportunistas o de cánceres relacionados con el virus (OMS, 2016b).

Dentro de estas 20 enfermedades los portadores pueden incluso empeorar su estado de salud con un simple resfriado que puede llevarlos al hospital por más de una semana. Los principales síntomas que presenta una persona en etapa SIDA son: fiebre alta, glándulas inflamadas, sudor nocturno, pérdida de peso, escalofríos y debilidad y tuberculosis; cuando se encuentran en etapas terminales lo más común es que presenten cáncer en las glándulas linfáticas, sarcoma de Kaposi, meningitis y demencia (entre otras) (Sweeney y Kirwan, 2013).

Por su parte Briongos, Bachiller, Eiros y Palacios (2007), categorizan las siguientes enfermedades como las primeras manifestaciones en una persona infectada: Síndrome "*mononucleosis*" manifestación cutánea precoz, fiebre de origen desconocido, baja de peso, diarrea crónica, dermatitis seborreica, enfermedades de transmisión sexual, neumonía y tuberculosis.

Desde el comienzo de las investigaciones acerca del virus a la fecha, se sabe de qué forma actúa una vez que entra al cuerpo, es decir, lo que hace a nivel biológico. De esta manera se han determinado cuatro etapas (aunque no sean oficiales), por parte de la ONG La Casa de la Sal, A. C.: en la primera etapa, denominada *periodo de ventana*, inicia cuando se realiza una práctica de riesgo y el virus entra al organismo, esta fase termina cuando se crean copias del virus en el sistema inmune, puede durar de uno a tres meses; la segunda etapa es llamada *asintomática*, como su nombre lo dice no se presenta ningún tipo de síntoma pues la carga viral aún no ha afectado de manera considerable al sistema inmunológico, el periodo de duración de esta etapa puede ir de los 2 a los 15 años, dependiendo siempre de la calidad de vida de la persona; *etapa sintomática*, hasta aquí el daño ha sido progresivo en el sistema y comienzan a presentarse diversos síntomas como diarrea crónica, infecciones pulmonares, fiebre y pérdida de peso, esta etapa puede durar hasta cinco años, aunque por los diversos síntomas se pueden interrumpir las actividades cotidianas.

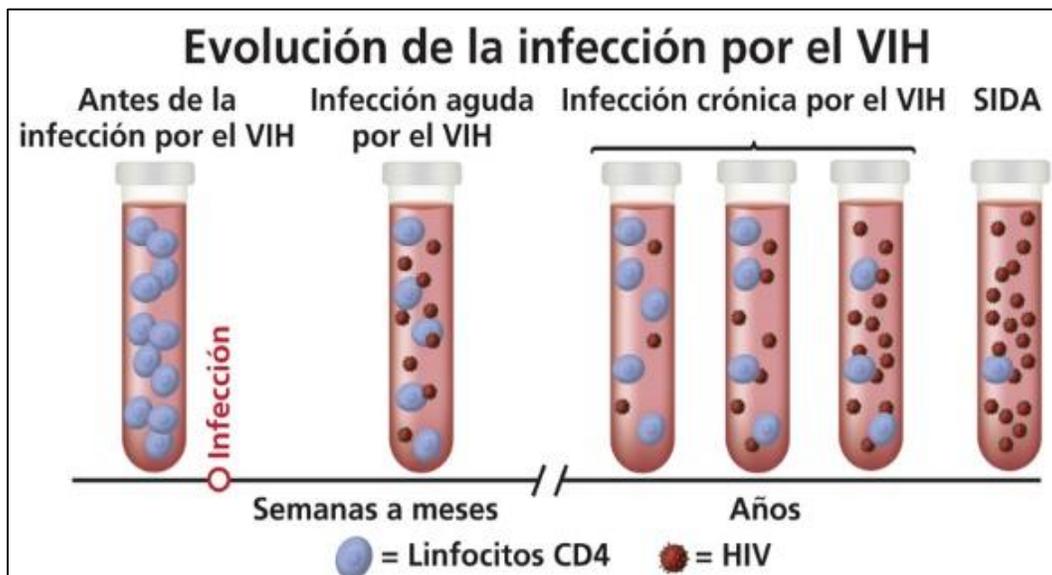
Finalmente, la etapa *SIDA*, hasta este punto la carga viral es tan alta y el sistema inmune tan débil que las complicaciones por infecciones y diversas enfermedades pueden ocasionar la muerte, es posible salir de fase *SIDA* si los tratamientos médicos (y psicológico) responden adecuadamente, regresando posiblemente a etapa sintomática o asintomática (Manual para la prevención de VIH/SIDA, 2012).

En la etapa de ventana se sugiere que la principal vía de transmisión es la sexual, sin embargo, existen otras vías en las cuales se puede considerar que hubo o no una conducta de riesgo, por ejemplo, en la perinatal o en la sanguínea por transfusión. Aún con las distintas vías, las etapas antes mencionadas son las mismas. Las etapas no se caracterizan siempre por ser lineales, es decir, si una persona ya pasó por etapa *SIDA*, no se garantiza que regrese a la etapa sintomática, con el debido tratamiento podría regresar a la asintomática, o de la etapa asintomática avanzar inmediatamente a *SIDA* si no se tiene la calidad de vida pertinente, así como una respuesta negativa del organismo hacia el tratamiento médico, o en otros casos continuar con conductas de riesgo (sean sexuales o no) que inciten a una reinfección y con ello incrementar la probabilidad de disminuir drásticamente el sistema inmunológico con la adquisición de nuevas cepas del virus.

Por su parte InfoSIDA (2016a), indica tres fases de la infección por VIH: infección aguda, infección crónica y *SIDA*. Cada una se destaca por el aumento del virus y el decremento de las células CD4 en el sistema inmunológico. En la primera fase el virus comienza a propagarse por el cuerpo (principalmente por la sangre), la duración es de aproximadamente dos a cuatro semanas, en esta fase se presentan algunos síntomas parecidos a los de una gripe normal, es decir, fiebre, dolor de cabeza o erupción cutánea. La segunda fase es la de infección crónica, se caracteriza por no presentar ningún síntoma, también es llamada de latencia, la duración puede ser hasta los diez años después de contraer la infección en otros casos pueden ser menos depende de cada persona, al mismo tiempo durante este periodo no por no presentar síntomas indica que el virus disminuye, al contrario, continúa reproduciéndose.

Por último, la etapa SIDA, es un cuadro médico diagnosticado a partir de las infecciones oportunistas o el cáncer, debido a que el virus ha destruido casi por completo las células (CD4) del sistema inmunológico (Figura 2). Cualquier enfermedad causada por alguna infección puede ser mortal, debido a las complicaciones que representan, desde diarrea crónica, vómito, tuberculosis, entre otras, si no atendidas a tiempo con el tratamiento (Antirretroviral o TAR) indicado, la persona con el diagnóstico de SIDA tiene una esperanza de vida de máximo tres años y posterior a eso, fallecer si no se atiende adecuadamente.

Figura 2. Representación de linfocitos CD4 y VIH en cada fase de la infección.*



*Tomado de InfoSIDA (2016a).

Para que el virus pueda reproducirse, necesita un huésped humano vivo, a través de distintos fluidos corporales (la sangre, fluido vaginal, semen, líquido preseminal y leche materna) y con ello que estos fluidos entren al cuerpo de la otra persona. Aun cuando se contraiga por diferentes vías es importante recordar que el virus tiene las mismas etapas en todas las personas, lo único que depende en cada una es el tiempo en que dura cada fase y las afectaciones a nivel biológico, psicológico y social, como se verá más adelante.

Al igual que InfoSIDA (2016a), la Dirección General de Epidemiología (DGE, 2012), describe tres fases de la infección: fase aguda, fase crónica y fase SIDA. Señala que en la primera etapa no hay síntomas de la infección, sin embargo, añade que los casos que presentan la infección por VIH-1, presentan un cuadro clínico parecido, fiebre, malestar muscular, inflamación de ganglios, sudoración nocturna, náuseas y vómito, estos síntomas suelen aparecer entre las primeras dos y seis semanas de la exposición al virus, posteriormente desaparecen. A partir de la semana 12 los anticuerpos generados por el virus comienzan a aumentar, con lo que es más probable que se detecten en una prueba para detección de VIH.

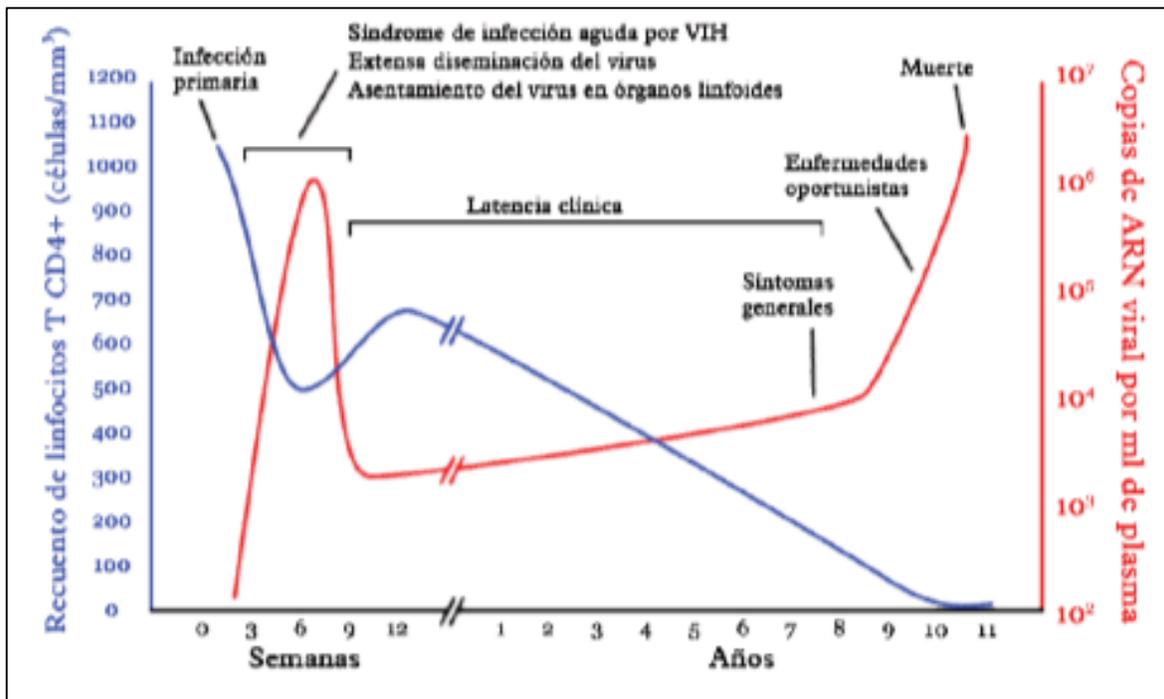
La fase crónica. Llamada también de latencia clínica se caracteriza porque el paciente no presenta síntoma alguno, empero, el virus continúa reproduciéndose en grandes cantidades, la razón de que no haya síntomas es porque el sistema inmunológico reproduce millones de linfocitos CD4, regenerando las que son destruidas por el virus, esta etapa suele durar entre cinco y diez años. Y la fase SIDA, es la etapa más crítica de la infección por VIH, ya que el sistema inmunológico está demasiado deprimido debido a la destrucción de las células CD4, dado la oportunidad a otras infecciones que podrían resultar mortales si no se da el tratamiento pertinente (Figura 3).

3.1.2 Vías de transmisión

El VIH puede contraerse por tres vías: por relaciones sexuales vaginales, anales u orales con una persona infectada sin protección; por transfusión de sangre contaminada o el uso compartido de agujas, jeringuillas u otros instrumentos punzantes (2.0 % de los casos); y de la madre al hijo durante el embarazo, el parto y la lactancia el 2.9% de los casos de acuerdo a los reportes del Centro Nacional para la Prevención y el Control de VIH y el sida (CENSIDA, 2013; Briongos et al, 2007; DGE, 2012). Aunque se adquiera el virus por distintas vías las consecuencias al menos a nivel biológico son las mismas, el tiempo que

de cada etapa dependerá del organismo de cada persona, así como de los cuidados que tenga hacia su cuerpo.

Figura 3. Fases de la infección por VIH, conteo de CD4 y carga viral en el cuerpo. *



*Tomado de DGE (2012).

Cada vía de transmisión es tan preocupante como la otra, sin embargo, en lo que concierne al objetivo del presente trabajo, se considera de mayor relevancia la vía sexual; la transmisión sexual del VIH ocurre cuando la secreción genital de una pareja infectada, tiene contacto con la mucosa de una persona que no está infectada. De las diferentes vías de transmisión del virus la sexual es la más alarmante en cuanto a que es la más común en las cifras, CENSIIDA (2013), estima que cerca del 95.1% de casos se producen por esta vía, ya que, si bien se han empleado mayores gastos hacia este contexto, no ha sido posible encontrar un método efectivo que disminuya en gran manera la infección. Se explica que la transmisión sexual puede prevenirse y evitarse, sin embargo, las medidas que deben tomarse implican prácticas que no son aceptadas fácilmente (Anderson, 2009).

Aproximadamente 80% de los 60 millones de personas infectadas desde que la pandemia de SIDA comenzó hace 30 años han sido infectados por vía sexual [United Nations AIDS (UNAIDS, 2007)], es decir, las personas que son portadoras del virus continúan teniendo relaciones sexuales con otros, sabiendo o no que están infectadas. La gente no toma las medidas necesarias para evitar cualquier Infección de Transmisión Sexual (ITS), no se protegen con condón en cualquier contacto sexual que tienen, lo que implica que el virus se extienda y con ello los gastos tanto para tratamiento y prevención aumenten (Sweeney y Kirwan, 2013).

A partir de la infección, en la primera etapa (cuando el virus se encuentra en el periodo de ventana) la probabilidad de que una persona se infecte al tener relaciones sexuales vaginales y anales sin protección con otra que esté infectada es más alta, aproximadamente 10 veces más, en comparación con las relaciones orales que son extremadamente raras. Estudios tempranos estiman que la tasa de transmisión por vía sexual para que se adquiera el virus es de 1000 de cada 2000 relaciones sexuales sin protegerse con una pareja infectada (Royce et al 1997). Dicho lo anterior, tener relaciones sexuales por vía anal representa un alto porcentaje de contraer el virus, ya que se es más susceptible a la infección por este medio. Sin embargo, esto no indica que no se contraiga la infección por las otras prácticas sexuales; ante esto se puede deducir por qué son los hombres son quienes en mayor medida están en riesgo de infección, al tener relaciones con otros hombres sean o no homosexuales, incluso en los casos de abuso sexual infantil (Sweeney y Kirwan, 2013; Roffiel, 1992).

3.1.3 Diagnóstico

Continuando la línea de la violencia sexual, la OMS (2014), menciona que posterior a que una persona es víctima de una violación tiene el derecho de recibir la atención médica correspondiente, con el fin de prevenir la infección por VIH el protocolo dicta que se brinde el tratamiento de profilaxis en las primeras 72 horas. Así al menos aumenta la probabilidad de que la persona evite la infección o de lo contrario que reciba el seguimiento adecuado

(González, Gutiérrez y Quian, 2014). El protocolo anterior se realiza cuando una persona ha sido víctima de una violación y busca atención inmediata, sin embargo, si no lo hace inmediatamente después de la agresión, o si se expuso a una conducta sexual de riesgo, existen otros métodos por los cuáles puede diagnosticarse si contrajo o no el virus y con ello tomar las acciones pertinentes según sea el caso.

Según infoSIDA (2017), no sólo las personas que han tenido contacto sexual de riesgo o violación deben realizarse la prueba de detección de VIH, sino también quienes han tenido contacto con drogas inyectables, que hayan compartido agujas, además de mujeres que estén embarazadas. Aunque las pruebas pueden determinar si la persona contrajo el virus o no, no se puede definir desde cuándo lo adquirió, ni tampoco si en ese momento se encuentra en la etapa de SIDA.

Aunque no se pueda determinar el momento en que se contrajo el virus, existen tres tipos de pruebas para la detección del VIH: las pruebas de anticuerpos, las pruebas de combinación y las pruebas de ácido nucleico (DGE, 2012; InfoSIDA, 2016b). La primera consiste en determinar la concentración de anticuerpos de VIH en la sangre, el resultado se obtiene de 20 a 40 minutos en el caso de las pruebas rápidas. Dichas pruebas se utilizan en las campañas de prevención de VIH o en localidades en las que no hay laboratorios que les ofrezcan pruebas más específicas. También se incluye la prueba ELISA (por sus siglas en inglés *Enzyme-linked immunosorbent Assay*), ésta sólo se realiza mediante una toma de sangre y el resultado se obtiene en una o dos semanas.

Ambas pruebas se pueden realizar después de 3 o 12 semanas de que se sospecha (o confirma) que hubo contacto sexual con una persona infectada, lo anterior debido al periodo de ventana, es decir el tiempo que tarda el cuerpo en producir los anticuerpos por la presencia del virus (CENSIDA, 2006; GeoSalud, 2017; Manual para la prevención de VIH/SIDA, 2012). Si en alguna de las pruebas anteriores el resultado es positivo es necesario que se

realice una prueba confirmatoria con la prueba Western Blot, el sistema que usa es el mismo que la prueba ELISA, sin embargo, es más específico.

El segundo tipo de pruebas es el de antígenos y anticuerpos, los antígenos representan una parte del virus en la sangre (la presencia de la proteína p24), consiste en detectar la cantidad de anticuerpos y antígenos en la sangre, se puede realizar dentro de los primeros 14 días a 6 semanas, que es el tiempo que tarda el sistema inmune en producir ambos, esta prueba es realizada en laboratorio y cada vez es más común (InfoSIDA, 2016b, GeoSalud, 2017).

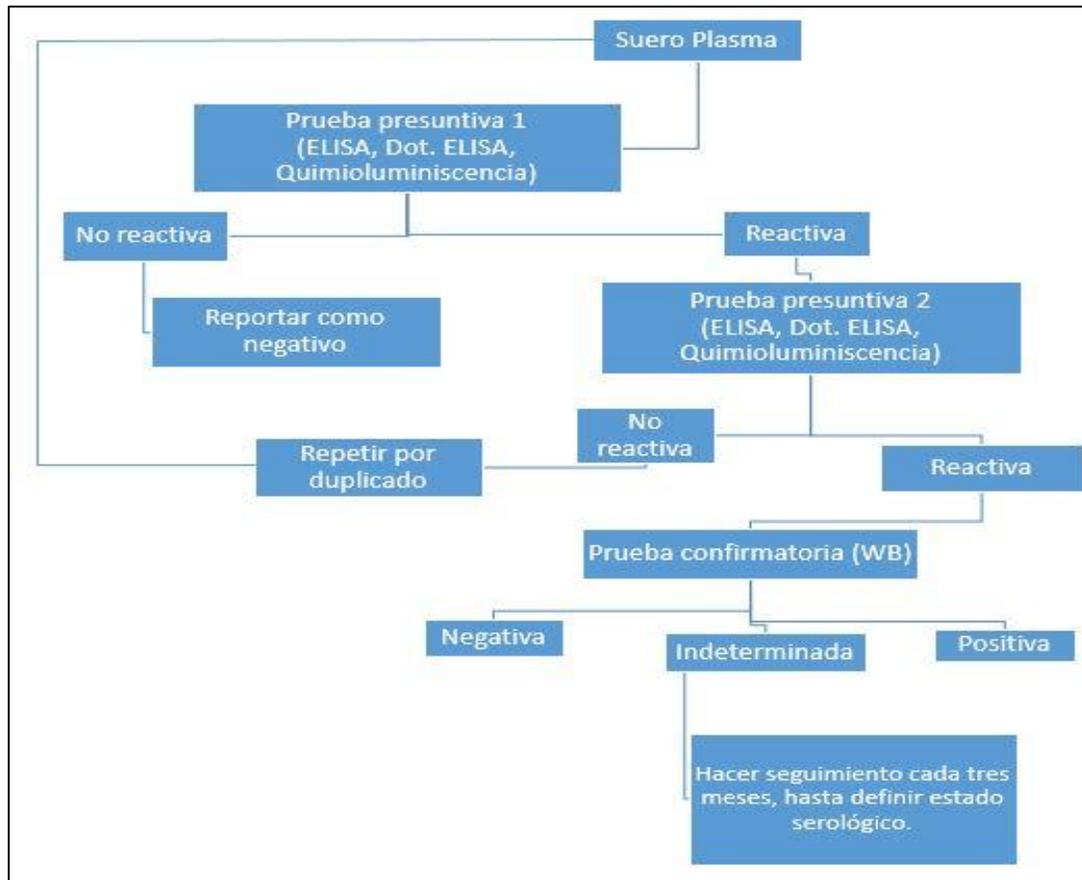
Por último, están las pruebas de ácido nucleico o prueba de carga viral (Sánchez, 2014) es decir, mide la cantidad de virus en la sangre, esta prueba es muy costosa debido a que se realiza con toma de sangre en un laboratorio y es posible realizarla dentro de los primeros 7 a 28 días después de la posible infección, además, “no se usan regularmente para exámenes de detección del VIH a menos que la persona haya tenido una exposición de alto riesgo o una posible exposición y presente los primeros síntomas de infección por el VIH” (InfoSIDA, 2016b).

En México el algoritmo para la detección del VIH es el siguiente, se requieren tres pruebas para la confirmación de la infección, dos pruebas de tamizaje y una confirmatoria (Figura 4), es decir, si las dos pruebas resultan positivas o reactivas, es necesario realiza la confirmatoria y a partir de esto dar seguimiento cada tres meses hasta que se obtenga la condición serológica de la persona (DGE, 2012).

El resultado de las pruebas puede ser un determinante en cuanto a la forma en que reaccionará la persona, tanto si es positivo o negativo las consecuencias en ambos son distintas, por ello es importante recalcar que la orientación psicológica debe estar presente en cada etapa, desde la posible vía de infección, hasta conocer el resultado de las pruebas. Todo ello con el propósito de asistir a la persona o familiares en los momentos críticos

contribuyendo también a que el impacto del resultado sea menor. Además, es de suma importancia considerar que un diagnóstico oportuno permitirá a la persona tener una mejor calidad y esperanza de vida con ayuda del tratamiento antirretroviral (Sánchez, 2014), ya que si se detecta en fases iniciales es posible controlar la reproducción del virus, de tal forma que la infección no sea motivo de dejar de realizar sus actividades diarias.

Figura 4. Algoritmo para la detección de VIH en México. *



*Tomado de DGE (2012).

Si el resultado es negativo, el posible afectado tendrá consecuencias menos graves en comparación con quien resulta positivo, las afectaciones físicas (y biológicas), psicológicas y sociales son un mundo enteramente distinto para cada persona, es decir, aunque el virus a nivel biológico tenga la misma función de destruir la células CD4 creando miles de copias, no todos cuentan con el mismo sistema inmunológico, por lo que algunos avanzarán a cada

fase de la infección en distintos lapsos de tiempo, de igual forma las enfermedades y los cambios físicos no serán los mismos. Si consideramos que el cuerpo de la persona y su salud se ven afectados por la infección, también es posible considerar otras esferas de la vida de la persona, un resultado positivo cambia completamente el mundo de la persona, ya que en muchas ocasiones se daña en mayor medida la integridad psicológica que la física. Además, no sólo se trata de cómo lo vive y lo significa para el portador, sino cómo lo ve la sociedad en general y de qué forma afecta su vida, pues es casi imposible vivir aislado de los demás y si así fuese, incluso contaría como una consecuencia de haber contraído el virus.

3.2 Esfera social

En México la realidad sobre la salud pública representa un tema que implica al país en general. En este contexto, el VIH actualmente se ubica como un problema que con el paso de los años ha incrementado la prevalencia y la incidencia. En 2013 el número de personas en México que vivían con VIH fue de 180,000 (2% de la población), cifra que se vio en un aumento del 11.11% desde el registro del 2005. De acuerdo a los datos obtenidos de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2016a) en el continente americano se registran alrededor de 3 400 000 personas infectadas por VIH, además reporta que en el año 2011 la principal vía de transmisión del VIH continuaba siendo la sexual, especialmente en los hombres que tienen relaciones con hombres (HSH) sin protección. Por otro lado, el mismo reporte indicó que en 2010 el registro en Latinoamérica databa 1.5 millones de personas infectadas.

Por su parte, CENSIDA (2016), en su última actualización en el primer trimestre del 2016 en México, indica que el total de casos notificados fue de 739, siendo que en 2015 se notificaron 10 843 (de VIH y SIDA en todo el año) del total de la población. Sin embargo, en lo que aquí concierne, el número de casos diagnosticados por VIH y SIDA en hombres resulta en el 80.8% y el 84.5% respectivamente. Además, el rango de edad en que se sitúan

dichas cifras oscila entre los 30 y 34 años, sin embargo, también hay un incremento en los hombres que tienen entre 15 y 24 años (CENSIDA, 2016).

En concordancia a lo anterior, las cifras representan a las personas que han sido diagnosticadas en el sector salud. Empero, lo anterior no nos indica cuál es la cifra neta y cuántas personas han sido infectadas sin que se haya notificado aún y sobre todo a cuánto asciende con cada día que transcurre. Hasta 2013 a nivel mundial se reportó que más de 47 millones de personas estaban infectadas y a eso la cifra continúa en aumento y sin llegar a una solución que ponga fin a la infinidad de muertes ocasionadas por VIH/SIDA.

3.2.1 Significado de VIH para la sociedad

Es bien sabido que, tanto hombres como mujeres son vulnerables ante la adquisición de la infección, son los varones quienes reportan un mayor porcentaje, la principal vía de infección es la sexual, sin embargo, al igual que las mujeres los hombres también son vulnerables ante un acto de violación. Cualquiera que sea la razón para cometer este delito, lo más importante son las consecuencias que siguen a tal afectación. Un ejemplo es contraer VIH, convirtiéndose en un problema mayor ya que a pesar de que la mayoría de las personas están en la negativa de contraer el virus, el hecho de adquirirlo mediante una violación es más alarmante por las afectaciones físicas y psicológicas de dicho evento.

Para México, la llegada del VIH en 1983, tuvo un gran impacto en los diferentes contextos sociales, principalmente en la comunidad homosexual (en varones), que fueron los primeros casos en presentar la sintomatología de la infección (en etapa SIDA). A partir de lo anterior, la infección auspició un foco de discriminación, estigmatización y de restricción de los derechos de las personas portadoras del virus. Teniendo diferentes consecuencias a nivel psicológico y en la interacción con familia, amigos y pareja; causando un daño psicológico severo, limitando su participación en los diferentes contextos sociales.

Por ejemplo, Hernández y Martínez (2008), realizaron un estudio en el que a través de entrevistas a profundidad a personas de la comunidad LGBT portadores de VIH, documentan que una de las consecuencias que tienen por parte de la sociedad es la discriminación y aislamiento, lo que los lleva a no permanecer en su lugar de nacimiento o donde radiquen, sino que se ven en la necesidad de migrar a otros lugares en los que son aceptados independientemente de la condición que tengan. Además, no sólo por la discriminación si no por otros factores como la violencia sexual, se ve en aumento la misma migración.

La comunidad LGBT es considerada una de las poblaciones más vulnerables, principalmente, porque no cumplen con los mandatos que dicta la sociedad sobre lo que es femenino y masculino y al no cumplir con dichas normas reciben tratos distintos en casi todos los contextos, en la familia, lugares de servicio público o los servicios de salud, una de las consecuencias de este trato distinto es la violencia sexual, dando como resultado el incremento de la migración internacional, no sólo de mujeres, sino también de hombres que han sido víctimas de violencia sexual por otros hombres. Los autores sugieren que un motivo más para la migración es que en el sector de salud pública se les discrimina por su condición como portadores de VIH y por supuesto que pertenezcan a la comunidad homosexual (Hernández y Martínez, 2008; Scher, 2016).

En relación al sector salud y su trabajo hacia las personas con VIH Brito e Iraizoz (2011), realizaron un estudio en el que daban cuenta de los conocimientos que tenía el personal médico, enfermeros y pacientes portadores de VIH y a partir de ellos determinar si existía discriminación por parte de los primeros dos hacia los pacientes infectados. Encontraron que a pesar de la información con que cuentan los enfermeros existe un porcentaje considerable que discrimina a los pacientes con VIH, esto se ve reflejado en los resultados de la encuesta realizada, donde se registra que el 66% de los enfermeros considera que se debe dar a conocer a la comunidad que los pacientes tienen VIH, siendo que esta decisión es enteramente de los pacientes, dejando de lado la ética que se plantea en ese contexto.

Otra forma en que se observa dicha discriminación es que el 8% del grupo de los enfermeros considera que las personas con VIH muestran diferencias sociales al resto de las personas, mientras que los médicos y portadores no lo consideran así. Finalmente, 69% del total de los encuestados consideran que de forma general sí existe discriminación hacia los pacientes con VIH y se destaca que el mismo porcentaje de enfermeros que considera diferencias sociales entre los portadores de VIH, aseguran que dichos pacientes deben ser excluidos de lugares públicos, centros de trabajo y escuelas, afirmando nuevamente que existe discriminación en el sector salud.

Los prejuicios y estigmas que se han creado a partir de la llegada del virus han generado incluso que las personas seropositivas migren a otros países en donde les puedan brindar al menos un trato mejor en el sector salud. Quienes reciben el apoyo por parte de asociaciones no gubernamentales, cuentan con acceso a los medicamentos antirretrovirales y ayuda psicológica tanto por las consecuencias de vivir con VIH, así como los distintos tipos de violencia sufrida. Cuando el propio paciente acepta que tiene un estigma, se siente avergonzado, con odio a su persona, encontrando a lo largo de su vida a personas que los desacreditan u otras que los aceptan e incluso comparten su estigma (Aristizábal, 2011). Aun cuando en nuestro país hay clínicas especializadas para poder hacerse la prueba de VIH y recibir tratamiento médico, se genera que en otros estados donde aún no se cuenta con ese apoyo, las personas portadoras se vean en la necesidad de trasladarse por ejemplo a Estados Unidos para poder recibir el tratamiento gratuito y mejores tratos. Específicamente en estos casos la discriminación que reciben se atribuye a tres estigmas: son migrantes, son de la comunidad LGBT y sobre todo viven con VIH (Hernández y Martínez, 2008).

El ejemplo anterior es claro, sin embargo, no revela de forma concreta lo que significa el término “discriminación”, para que se cometa un acto de discriminación es menester mencionar que no existe por sí sola, sino que existen dos elementos relevantes para su construcción: el estigma y el prejuicio social. Almanza y Flores (2012), definen al estigma

como el “espacio de representaciones, metáforas o símbolos que se han construido alrededor de los pacientes con VIH y que promueven su devaluación social” (p. 174). Por su parte Aristizábal (2011), Define al estigma como una “construcción social asociada al reconocimiento de una diferencia con base en una característica específica que se usa para devaluar a la persona” (p. 290). Al respecto, Rodríguez (2014), menciona que el estigma se identifica con alguna evidencia material o comprobable como el color de piel, el tamaño de las personas, la discapacidad o una preferencia sexual, asignando una posición de superioridad e inferioridad entre grupos con rasgos o atributos que pueden ser o no visibles.

De forma más explícita, Rodríguez (2014), pone de manifiesto que un rasgo que es visible o no, puede definirse como estigma, la sociedad lo define así, a partir de una jerarquización mediada por la diferencia, generando que los atributos sean negativos, para definir si un atributo es estigma o no la sociedad se basa en los fallos, la diferencia o desventaja comparado con otros atributos, los ejemplos más evidentes son: el sexo o el género, le preferencia sexual, la religión, el origen nacional, la discapacidad o la adquisición de diversas enfermedades. Asimismo, Raphael de la Madrid (2014), advierte que, si el propósito de la discriminación es marginar, esto se logra colocando un estigma o una marca sobre el grupo, basado como se mencionó en las características o atributos de la persona, además dicha marca va acompañada de prejuicios negativos que incrementan la carga social hacia la persona discriminada.

Continuando con el tema de la discriminación, Rodríguez (2014), menciona que la discriminación está inmersa en el terreno de las representaciones simbólicas, es decir, las construcciones culturales. Dichas fuentes culturales se identifican por los conceptos de estigma y prejuicio, de tal manera que, para entender la discriminación es necesario comprender en qué contextos es más común, por ejemplo, en determinados grupos que ya padecen algún estigma y los prejuicios sociales acerca del mismo. Los estudios sobre discriminación tienen una edad muy corta y aunque se ha tratado de explicar desde diversas perspectivas y con diversos argumentos, todos tienen algo en común, la causa más evidente

de la discriminación es “la voluntad de dominación de un grupo sobre otro” (Raphael de la Madrid, 2014, p. 75; González y Rodríguez, 2014).

Ahora bien, en relación al VIH y los estigmas asociados a dicho padecimiento Almanza y Flores (2012), mencionan que tener el virus y tener cualquier otra enfermedad o padecimiento crónico marca una diferencia abismal, principalmente por el grado de estigmatización social, vinculado a imágenes de suciedad, miedo a la infección o inmoralidad genera que sean excluidos, aislados o rechazados por el temor a infectarse. Así, enfermedades como el cáncer que también está asociado con la muerte tiene poca estigmatización y ha sido desplazada por la infección por VIH ya que ésta se asocia inmediatamente con el horror, el dolor, la desesperanza y el sufrimiento. Respecto a la inmoralidad, los autores mencionan que se considera así si la persona infectada pertenece a un grupo vulnerable ya sea por su orientación sexual, por su clase social o su grupo étnico.

Considerando lo anterior Lozano, Torres y Aranda (2008), realizaron un estudio en el cual pretendían explorar la concepción de los jóvenes acerca del VIH, partiendo de la importancia de las creencias de las personas a partir de la cultura a la que pertenecen. Denotan que algunos de los pensamientos más comunes están asociados a estigmas y prejuicios como la muerte, depresión, relación con homosexuales, la promiscuidad, el miedo, la soledad, limitaciones e infelicidad. La idea más destacada en el estudio fue asociar la infección con la muerte y no incluir otros aspectos que podrían atenuar las consecuencias del virus, mencionando que la principal fuente de esta idea es la información que dan los medios de comunicación y la mala información que se les brinda.

Otro estudio relacionado con la percepción del trato hacia personas portadoras de virus fue realizado por Infante et al. (2006), donde planteaban que los servidores de salud pública a pesar de tener muchos años la relación médico-paciente con motivo del VIH, no se tomaba en cuenta cuál era realmente el trato de médicos hacia pacientes infectados, principalmente para los que acudían por primera vez y no contaban con suficiente información, lo anterior

principalmente en México, ya que en otros países donde sí se ha recabado esa información se tiene que a pesar de ser expertos en temas de salud, no logran los objetivos hacia los pacientes en cuanto a actitud, dado que se guían como cualquier otra persona por sus creencias, mitos, emociones o la cultura en general y no por el conocimiento científico. Resultando de lo anterior prácticas de discriminación y estigmatización, presentando obstáculos para tener acceso a los servicios de salud, a los tratamientos, a la orientación médica y psicológica.

Infante et al. (2006), concluyen que en los servicios de salud hay una deficiencia en el conocimiento sobre el VIH y todo lo concerniente al tema, reflejando que el personal médico presenta miedo a la infección casual del VIH, sin tomar en cuenta las vías reales de transmisión, destacando que el miedo se genera por el aspecto deteriorado de los pacientes. Mencionan además que el trato diferenciado hacia los portadores del virus es inmediato debido a que se hace pública su condición por medio de las cartillas o por la búsqueda de atención médica y la negación frecuente de ésta, lo anterior genera una indudable violación a la confidencialidad del estado serológico del paciente, acarreado aislamiento, mal trato en las citas de seguimiento y aplicación de los antirretrovirales. Guiando claramente hacia la discriminación no sólo dentro de los servicios de salud, pues al hacerlo público no se permite que el paciente decida a qué personas explicará sobre su condición de salud.

En este sentido, no sólo en nuestro país existe la discriminación por el tema del VIH, por ejemplo, en Colombia, es de gran interés para la sociedad, principalmente en los servicios de salud, ya que de acuerdo a Infante et al. las personas portadoras encuentran un trato distinto en dichas instituciones, donde es de suponer que no deberían existir tratos diferentes independientemente de la condición que presente el paciente. Debido a los mitos relacionados con el VIH, las personas encargadas de brindar la atención pertinente a los pacientes recurren a malos tratos, a no brindar la información o atención necesaria al usuario (Bermúdez-Román, Bran-Piedrahita, Palacios-Moya y Posada-Zapata, 2015).

La discriminación hacia quienes han contraído VIH, no sólo tiene como consecuencia negar los servicios de salud, también se niega la oportunidad de tener empleo; en este punto insistimos en que la falta de información que incluye los mitos y estigmas que el simple virus atrae, generan reacciones de rechazo de tal forma que el daño que provocan es mayor (Aristizábal, 2011).

Siguiendo este razonamiento, Cantú, Álvarez, Torres y Martínez (2012), concuerdan en que el VIH tiene diferentes representaciones sociales que guían al camino de la discriminación, por ejemplo, asociarse con ser una enfermedad mortal, infecciosa y dada en grupos minoritarios. A propósito de esto, agregan que la actitud negativa hacia la persona con VIH es más evidente cuando éstas pertenecen a la comunidad homosexual, ya que es un grupo con un estigma marcado desde hace décadas, por otro lado, la falta de conocimiento de ambos temas (la homosexualidad y el VIH) hace que los prejuicios negativos sean mayores. Es por eso que el VIH se considera un fenómeno social que implica “comportamientos, creencias y sentimientos” (p. 164) influidos principalmente por el entorno cultural.

En concordancia con lo anterior, Moral y Segovia (2011), coinciden que de las diferentes consecuencias del VIH, la discriminación es de mayor relevancia, es decir, quienes se presentan como portadores del virus son más vulnerables a ser discriminados por su condición, orillándolos a tomar decisiones que afectan en gran medida su calidad de vida, por ejemplo, ser aislados por su propia familia, expulsados de casa, trabajo o escuela, sufriendo en algunos casos violencia en sus diversas formas o incluso llegar a la muerte.

En relación al tema sobre cómo se adquirió el virus, también éste es determinante del "nivel" de discriminación que sufren las personas, como se mencionó, siendo una sociedad mayoritariamente moral, el hecho de contraerlo por la vía sexual da como resultado una mayor carga negativa por parte de las personas, y con ello los estigmas, prejuicios y juicios de valor se convierten en una carga para los afectados por su connotación negativa.

Ser parte de una sociedad que se rige por normas morales, condiciona a las personas portadoras a temer que otros conozcan su estado de salud, ocasionando que no acudan a los centros de salud pertinente y con ello no logren obtener un tratamiento adecuado u oportuno. Además, la carga social negativa de los prejuicios hacia el virus, concibe que muchas personas duden e incluso eviten realizarse las pruebas pertinentes para la detección o el seguimiento médico y psicológico en caso de haber resultado positivo desde la primera prueba (Bermúdez-Román et al. 2015).

En consecuencia, tras recibir críticas, rechazo, aislamiento, malos tratos en diferentes contextos, discriminación, las personas con VIH se ven en la necesidad de salirse de su hogar, buscar otra vivienda, incluso vivir en otro país para que puedan recibir el trato que merecen, otro aspecto que se ve afectado es la esfera psicológica, ya que recibir actitudes negativas por su condición genera distintas reacciones emocionales, en pensamiento en su conducta (como en el caso de las migraciones). Ya se hizo mención sobre la repercusión de no recibir apoyo psicológico en el momento de conocer su diagnóstico, sin embargo, también es importante que tenga este acompañamiento a lo largo de su tratamiento y revisiones, pues con ello será más adecuada la asimilación sobre su diagnóstico y con ello afrontar las situaciones futuras que pudieran convertirse en problemas que hagan que la persona sea disfuncional en todo ámbito de su vida. Entonces, conocer las afectaciones a nivel psicológico permite conocer a fondo cómo está viviendo la persona con VIH dicha infección, qué habilidades tiene para poder afrontar las distintas consecuencias, sus acciones ante dicha infección, cómo se relaciona con los demás, entre otros y así contribuir a que la persona pueda tener una mejor calidad de vida.

3.3 Esfera psicológica

La epidemia del VIH no se encuentra en un solo estrato social, desde el inicio de la infección se ha observado que se extiende a cualquier parte del mundo sin importar la cultura,

edad, sexo o género, es decir, no se puede determinar que afecte a una población en específico. Sin embargo, algo en común en todas las personas que hasta la actualidad han de padecer de esta infección es que la afectación a nivel psicológico siempre estará presente, en mayor o menor medida, pero en cada persona tendrá una consecuencia que de alguna manera disminuirá su funcionalidad en la sociedad. Esto no quiere decir que la imposibilite, sin embargo, si no se cuentan con las habilidades de afrontamiento necesarias, redes sociales entre otras formas de apoyo, les será más difícil asimilar su condición. Es por ello que en este apartado se realizará un análisis de las repercusiones a nivel psicológico de aquellas personas que han sido diagnosticadas con el virus, enfatizando tres aspectos: emocional, conductual y pensamiento (Campero, Caballero, Kendall, Herrera y Zarco, 2010; Scher, 2016).

Para definir cómo se vive con VIH, hay que tomar en cuenta que los significados del padecimiento surgen a partir de las construcciones sociales, para ello es de suma importancia la experiencia personal. De los diversos estudios realizados en la relación VIH-paciente, son pocos los centrados en las experiencias o vivencias de los pacientes. Esto es de suma importancia, dado que, al conocer el padecimiento desde la perspectiva de los pacientes, es posible ampliar el panorama y con ello considerar nuevas formas de planeación y aplicación de programas de prevención e intervención terapéutica (Recoder, 2011).

Por otra parte, ser varón en nuestro país implica ciertas normas sociales que se basan en los estándares de masculinidad, si un hombre no cumple con dichas expectativas es estigmatizado; si a esto le añadimos que ese varón ha contraído VIH la estigmatización es mayor y con consecuencias negativas independientemente si es homosexual o no (Gallego-Montes, 2010). En apartados anteriores se hacía alusión a que la forma en que se conoce el diagnóstico contribuye a cómo se afrontará el resultado, es decir, el impacto emocional que genera el resultado a partir de la realización de la prueba.

Continuando con la masculinidad y VIH, Gallego-Montes (2010), sugiere que al reunir ambos temas es de esperarse que la cantidad de prejuicios y estigmas sean inmensos, por las

reglas morales en nuestro país. Si el comportamiento de los varones los ha orillado a contraer el virus es posible que ellos acepten las consecuencias de sus actos, sin embargo, la carga moral que representa haberse infectado (por cuestionar su masculinidad) es lo que genera en ellos dolor, enojo o miedo a lo que la sociedad ahora les ofrezca. No recibir o solicitar apoyo psicológico tras recibir el diagnóstico genera que la asimilación de la infección se retrase más, así como no tener el apoyo de las personas cercanas por el temor al rechazo y la discriminación por parte de sus familiares o amigos, dando como resultado el alejamiento y percibirse solitario en este proceso.

En un estudio realizado por Campero et al (2010), evidencian que la primea reacción de la persona seropositiva es dolor, aun cuando éstas estuvieran en sospecha o no de un resultado positivo, observando cómo es el proceso de asimilación de la infección. El hecho de sospechar o no de un resultado positivo y su asimilación también se relaciona con la historia de la persona, es decir, si es o no consciente de que ha tenido conductas de riesgo que lo guiaran a un diagnóstico positivo o negativo.

Para cada persona es distinto el proceso que hay entre la sospecha o la duda y la confirmación de un diagnóstico. Un resultado positivo a VIH, se concreta en miedo, enojo, culpabilidad, angustia, incertidumbre entre otras cosas que llevan a la persona a perder el equilibrio en su vida, de tal forma que no se perciben de la misma manera que cuando no tenían un diagnóstico en mano. Empero, algo sí es seguro, siempre se generará un impacto psicológico que de igual forma tendrá distintas consecuencias (Recoder, 2011). Contraer VIH (para la mayoría de las personas es igual a estar en fase SIDA), genera desconfianza en sí mismo, culpabilidad, vergüenza, otras veces ocasiona esconder su estado de salud, incluso la culpa o vergüenza ocasiona que no acudan a realizarse más pruebas de detección para confirmar su diagnóstico (Aristizábal, 2011).

Ser diagnosticado con VIH implica diversos cambios en la vida del paciente, como en sus hábitos de salud física y emocional, estas afectaciones se presentan tanto por los

medicamentos y sus efectos secundarios, así como por la interacción interpersonal con familia, pares, entre otros. La esfera psicológica se ve más afectada por las consecuencias de la interacción personal, ya que en ocasiones hay la posibilidad de ser discriminados por la familia, la comunidad, el trabajo o la escuela, en tanto que en dichos contextos se conozca la condición de la persona hay riesgo de que propaguen las prácticas de rechazo y exclusión (Almanza y Flores, 2012).

Una vez que los pacientes conocen su diagnóstico en la mayoría de los casos piensan que las demás personas los están observando con el propósito de juzgarlos, no sólo en la familia o contextos cercanos, como se vio en el apartado anterior incluso en los servicios de salud se presenta esta situación, por ello los pacientes optan por mantener en secreto su condición para así permanecer invisibles y evitar recibir conductas de rechazo o aislamiento que afecten aún más su estado emocional. Además, el paciente adopta el papel de enfermo, quedando exento de las obligaciones sociales, sin embargo, debe encontrar ayuda competente para cumplir el tratamiento o las indicaciones médicas, en ese tenor Recoder (2011), afirma que más que una condición de enfermedad es una realidad social a la cual el paciente se tiene que enfrentar.

Por otra parte, Cantú et al. (2012), coinciden en que existen muchos cambios en la vida de las personas diagnosticadas con el virus, como en su rutina diaria, la forma de ver la vida, su relación con personas allegadas, etcétera, dichos cambios pueden propiciar que el padecimiento termine o no en sufrimiento, pues todo dependerá de cómo asimilen el diagnóstico. La persona en ese momento puede presentar una crisis que genere un desequilibrio social, físico y psicológico. Otros factores relevantes al impacto en el momento del diagnóstico son la posibilidad económica y el apoyo familiar con que cuente de forma inmediata. Así, cada factor relacionado con la vida de la persona diagnosticada puede influir de forma positiva o negativa en el manejo de dicho diagnóstico.

Además, Cantú et al. (2012) y Recoder (2011), afirman que hay pacientes que a pesar de llevar más de cinco años viviendo con el virus, se han visto aún envueltos en pensamientos negativos, así como emociones de tristeza, miedo, reacciones de ansiedad y aunque estos episodios son más esporádicos no quita el hecho de que las personas todavía no se encuentran psicológicamente estables, principalmente en temas de discriminación y en continuar con el pensamiento de muerte; si el paciente no tiene un apoyo psicológico oportuno así como el tratamiento médico indicado, las emociones, pensamientos y actitudes negativas lo llevan a menguar su calidad de vida y con ello interrumpir sus proyectos personales.

Por esta razón, para los afectados, lidiar con el estigma implica adquirir nuevas habilidades necesarias para afrontar los comentarios negativos y así asimilar su estado de salud. Otra opción es encubrir su diagnóstico con otra enfermedad que sea “menos estigmatizada” y que no sea asociada a la infección (como en el caso del cáncer). En los casos donde el trabajo es importante, procuran no mencionar el diagnóstico, para evitar ser discriminados o perder el empleo. Incluso a pesar de que la salud importe en gran medida, prefieren no acudir a los servicios de salud para evitar la misma situación, dado que además de ser rechazados no les atienden, o inclusive no reciben el diagnóstico con el acompañamiento psicológico pertinente. En el caso de la familia, por falta de información y principalmente por la carga negativa que conlleva ser portador del virus el rechazo ocasiona las mismas consecuencias (Almanza y Flores, 2012; Recoder, 2011).

Se ha hecho notar que hay ciertas poblaciones que incluso antes de adquirir el virus ya tienen o se ven representadas por algún estigma, este es el caso de los homosexuales, viviendo en una sociedad que se rige por los mandatos heteropatriarcales es frecuente que la comunidad homosexual sea discriminada, si a esto se le suma la infección por el VIH aumenta la probabilidad de discriminación en los diversos contextos y con ello las consecuencias psicológicas de quienes han contraído el virus.

En el caso de ser homosexual la vivencia los lleva a recibir insultos por parte de la familia (en caso de no aceptarlos), por parte de sus pares u otras personas que no aceptan que haya diferentes preferencias sexuales. Las agresiones más comunes que reciben son verbales, cabe mencionar que en muchos casos una agresión física puede causar daños que con el tiempo llegan a ser curables, sin embargo, las agresiones verbales causan daño psicológico que la mayoría de las veces sólo es posible canalizarlo por medio de un proceso terapéutico, ya que no sólo es por parte de personas ajenas, sino que incluso en los círculos más allegados se presentan estas conductas de rechazo (Granados-Cosme, Torres-Cruz y Delgado-Sánchez, 2009).

A propósito, Lafaurie, Forero y Miranda (2011), dan la razón al señalar que otra de las poblaciones que presenta mayor vulnerabilidad ante la infección del VIH es la transexual, principalmente porque la mayoría de las veces las condiciones en que se relacionan con sus pares son riesgosas a contraer la infección. Siguiendo el tema de la discriminación y estigmatización se hace evidente que se vean afectados y por ende además de su estado social, el psicológico es el que les genera mayor conflicto por verse rechazados por su estilo de vida, así como su condición de salud en relación al VIH.

Una vez más el estigma sale a flote en relación al VIH, ser estigmatizado o discriminado daña en mayor medida el estado psicológico que los daños físicos, es por ello que quienes han contraído el virus sienten temor a ser rechazados, piensan que todo aquél que conozca su diagnóstico será quien le propine dicho rechazo y esto los lleva a aislarse por sí solos, negando o retrasándose en la búsqueda de apoyo psicológico que les permita llevar el proceso de asimilación de forma oportuna, adecuada y con ello mejorar la calidad de vida y prevenir reinfecciones o prevenir la infección a otras personas.

En el estudio realizado por Lafaurie et al. (2011), se describen algunas de las reacciones que tuvieron los pacientes al recibir un resultado positivo ante la prueba, en ese momento las principales ideas generadas fueron: no aceptar la realidad de haber contraído el virus y querer

morirse por la misma causa. Recibir un diagnóstico positivo es casi siempre recibido con actitud negativa, lo cual lleva a la persona a cambiar completamente su forma de vivir, principalmente en sus relaciones sociales, en su vida sexual y/o familiar. No obstante, a pesar de las consecuencias negativas de haber contraído el virus, hay personas que una vez que aceptan su condición y deciden ver de otra forma la situación, describen que es una nueva forma de vivir, de aprender, de vivir con algo nuevo en su vida sin que interrumpa su día a día.

Ahora bien, no sólo el diagnóstico por sí mismo genera afectaciones psicológicas, en otros casos también es asociado con las enfermedades oportunistas (en fase SIDA), es decir, además de tener VIH las enfermedades que se pueden presentar también tienen una carga negativa, que aunado a la depresión se suma la preocupación por no infectar o contagiar a personas cercanas con estas enfermedades (Recoder, 2011).

Algunos ejemplos sobre cómo es vivir con VIH datan de los siguientes testimonios reales: en un estudio realizado por Aristizábal (2011), describe el caso de Rosa una mujer de 34 años, viuda y con una hija, diagnosticada con VIH hace 12 años. Al inicio fue la etapa más crítica, antes de conocer su diagnóstico su marido falleció, posteriormente supo de la infección, la principal afectación fue la psicológica, presentando un cuadro de depresión, ocasionando una baja en su peso estando al borde de la muerte. Aun con la noticia y la cotidianidad en que se vio inmersa al acudir a hospitales y grupos de apoyo, Rosa logró una recuperación progresiva, primero con el apoyo de su hermano, así como, tener la responsabilidad de su propia hija, quien también estaba infectada.

En el caso anterior, lo importante a destacar es que la persona afectada logró asimilar de forma adecuada la infección, sin embargo, se menciona que su condición a ratos decae, principalmente por la preocupación del estado serológico de su hija, ya que, si bien el proceso que está viviendo es complejo, para su hija es aún más, principalmente por las críticas que le hacen las personas que conocen su diagnóstico. Es importante recalcar el grupo de apoyo,

que se explicará en el siguiente apartado sobre los distintos tratamientos que existen en el mundo (médicos y psicológicos).

Otro ejemplo es el de una mujer que vio morir a su hijo por consecuencia del SIDA (Sweeney y Kirwan, 2013), la mujer explica que contraer el virus determinó la vida de su hijo, a pesar de mantener la salud por un largo período al final se cobró la vida del joven, las consecuencias: ser aislado durante el tiempo en que estuvo internado en la clínica; entre las psicológicas quizá no tuvo consecuencias que lo perturbaran ya que la madre explica que el joven vivió lo mejor que pudo mientras se encontraba estable, sin embargo, en este caso las consecuencias psicológicas fueron más cercanas a la madre que se mantuvo durante todo el proceso a lado de su hijo.

En el ejemplo anterior, es complicado explicar cuáles fueron las consecuencias psicológicas que afectaron a ambas personas, además se puede considerar que la persona con mayor afectación en este caso fue el hijo, pero no fue así, quizá la persona que vivió mayores consecuencias psicológicas fue la madre. ¿Por qué? Las personas que son acompañantes de quienes adquieren el virus, obtienen mayores responsabilidades (en caso de que no abandonen a las personas portadoras) al estar en todo momento pendiente por los tratamientos hacia las enfermedades que resulten posterior a adquirir el virus, por los gastos médicos empleados, por la búsqueda de otras alternativas enfocadas en la salud del afectado, etcétera. Si al final, la persona con VIH fallece debido a las enfermedades presentadas, todo esfuerzo puede parecer no haber valido la pena, esto más aún que las mismas enfermedades puede resultar perturbador y desequilibrar a la persona en todo ámbito de su vida (emocional, conductual y cognitiva).

Toda enfermedad en el mundo implica a diversas personas, no sólo al afectado. Las consecuencias se pueden enfocar en la persona que está padeciendo la enfermedad, sin embargo, las personas que se relacionan con ellos también se ven afectadas, no directamente con el padecimiento si no por las consecuencias psicológicas. Toda relación, ya sea familiar,

con amigos, parejas entre otros, se ve afectada, es por ello que como se mencionada al inicio de este apartado, es de suma importancia conocer de qué manera se ven influenciados la emoción, los pensamientos y la conducta del paciente para poder realizar una intervención psicológica y así mejorar sustancialmente la calidad de vida y que con el tiempo sea funcional en los diferentes ámbitos en que se desenvuelve.

Aunado al tratamiento psicológico que llevan los pacientes con VIH, el tratamiento médico continúa siendo la alternativa más pertinente para controlar la reproducción del virus y al igual que es psicológico, el propósito es mejorar la calidad de vida del paciente, siempre y cuando ambos tratamientos sean eficientes para la persona, de lo contrario, los resultados no serían los esperados y por tanto no se garantizaría que el paciente mejore física y psicológicamente. Por esta razón, se hacía referencia a los grupos de apoyo, ya que estos pueden resultar en una opción viable para que las personas que han tenido dificultad por apegarse al tratamiento médico, logran tener una adherencia correspondiente y así mejorar su calidad de vida, así como estabilizar su estado emocional.

4. TRATAMIENTO MÉDICO Y PSICOLÓGICO EN PACIENTES CON VIH

4.1 Tratamiento Antirretroviral

Alrededor del mundo, casi todas las enfermedades que existen, tienen tratamientos para curarlas o controlarlas, con el paso de los años se han desarrollado diversos medicamentos que han demostrado ser más o menos efectivos. Sin embargo, hay padecimientos que, a pesar de poder controlarse con los medicamentos pertinentes, no logran erradicarlos por completo, dos ejemplos claros: el cáncer y el VIH/SIDA, a pesar del avance de los laboratorios para poder crear los fármacos idóneos, no ha sido posible encontrar cura para ambos casos; la única alternativa es alargar el tiempo de vida y de ser posible mejorar la calidad de vida de los pacientes con dichas afectaciones (Blanch et al. 2007),

Desde el momento en que se descubrió la infección por VIH, se han lanzado distintas campañas para el tratamiento y control de ésta. La principal de ellas y que se presenta a nivel mundial, es el uso de medicamentos antirretrovirales (o Tratamiento Antirretroviral, TAR) a toda persona que sea seropositiva, esto con el fin de controlar la replicación del virus dentro del organismo (sabemos que hasta ahora no existe cura), así como la calidad y esperanza de vida del afectado. Aunque el principal objetivo es que disminuya el número de infecciones, dichas campañas no han tenido el éxito esperado (Muñoz y Naveira, 2005; Useche y Arrivillaga, 2011).

Ahora bien, antes de que se determine el tratamiento que debe seguir el paciente, Sánchez y López (2014), sugieren recordar el protocolo a seguir después de realizarse la prueba confirmatoria, si ésta es positiva es necesario que se realice una prueba de carga viral de plasma, ésta se utiliza para saber la cantidad de virus que hay en la sangre, es decir, a menor carga viral, menor será la cantidad de VIH, mencionan que la realización regular de

estas pruebas ayudan al médico y paciente a decidir acerca del tratamiento adecuado y cuándo se puede comenzar. Para poder determinar el tratamiento médico adecuado que debe seguir un paciente, son requeridas al menos 2 pruebas.

Otra manera de utilizar los resultados de las pruebas de carga viral en plasma, es después de iniciar el TAR*, se sugiere realizar la prueba al menos a las 4 semanas, con el fin de medir la respuesta del tratamiento, se espera que en este tiempo la cantidad de virus haya disminuido, si después de al menos 6 meses la carga viral no ha disminuido considerablemente, será necesario discurrir en modificar la combinación de los medicamentos (Gatell et al. 2007)

Con todo y lo anterior, Miró et al. (2007), sugieren que los pacientes con VIH deben llevar a cabo un control: antes de iniciar el tratamiento describen dos pasos importantes, el primero es realizar una historia clínica completa del paciente, que debe incluir la posible fecha de infección, conducta sexual del paciente, historia familiar, enfermedades metabólicas y/o cardiovasculares, así como una evaluación de trastornos neurológicos y cognitivos. El segundo es la exploración física considerando el estado general y peso del paciente, buscando signos de enfermedades asociados a SIDA. Posteriormente, llega el momento de tomar la decisión sobre el tratamiento a indicar. Aun cuando la decisión de administrar los antirretrovirales es del médico, la recomendación médica general es que, si en una prueba de conteo de CD4 la cifra es de menos de 200 células por mililitro (200/ml) es prácticamente necesario comenzar con el TAR, para evitar consecuencias peores, como llegar a etapa SIDA por la depresión que presenta el sistema inmunológico.

Asimismo, mencionan que hay tres elementos en los que se puede basar un médico para prescribir el tratamiento: la presencia o ausencia de sintomatología relacionada con el VIH, la carga viral y el recuento de linfocitos. Aunque hay casos excepcionales en los que el

* Tratamiento Antirretroviral

tratamiento debe administrarse sin considerar los elementos anteriores, por ejemplo, en los pacientes con problemas de salud agudos, con problemas digestivos, diabetes, depresión o en mujeres embarazadas y en pacientes que por algún padecimiento ya toman fármacos, esto con el propósito de evitar interacciones entre los fármacos y que no disminuya la eficacia del TAR, así como la toxicidad de combinar ambos.

Anteriormente, se hizo mención de las consecuencias de la violencia sexual en menores, en este tenor, Barrios-Acosta (2011), menciona que en el caso de los niños que han contraído VIH, deben recibir el TAR desde que son diagnosticados, en el caso de los adultos como indica el protocolo, se debe llegar a una cantidad aproximada de linfocitos o carga viral para administrar los medicamentos, en el caso de los niños, una vez que es detectado el virus es menester que se administre el tratamiento, dado que en ellos la replicación es más rápida comparada con los adultos. La intención en ese caso es la misma, mantener el virus controlado y que se contemple como una enfermedad crónica (Meléndez, Rodríguez y Vélez, 2015; Castro, Gutiérrez y Villena, 2007).

Una vez que se ha comenzado el tratamiento contra la infección por VIH, las pruebas de carga viral deben realizarse continuamente para llevar un control sobre cómo va cambiando la cantidad de VIH en la sangre y así verificar si los antirretrovirales están siendo efectivos disminuyendo la reproducción del virus. Idealmente se espera que a partir de que el paciente comience con el tratamiento, la cantidad de virus en la sangre disminuya, sin embargo, no todos los tratamientos son efectivos cuando inician, por lo que es necesario hacer un cambio en la combinación de los medicamentos. Aunque con el TAR la cantidad de virus en la sangre, llegue a niveles indetectables en las pruebas de carga viral, el virus sigue presente en la sangre, por lo que es posible transmitir el virus por contacto sexual o por agujas contaminadas (Castro et al. 2007).

Por otra parte, Recoder (2011) y Naveira (2005), refieren que las personas que han sido diagnosticadas, llevan un seguimiento de conteo de su carga viral y de las células CD4, ¿para

qué es importante conocer estas cifras? Para que las personas con VIH conozcan en qué estado de salud se encuentra su cuerpo y a los médicos para tener un control del TAR, así como registrar cómo está reaccionando el cuerpo ante los medicamentos y comprobar si está siendo efectivo. La carga viral, los CD4 y las reacciones secundarias del TAR, determinan qué tipo de medicamentos deben ser prescritos, ya que las combinaciones no siempre son efectivas ante la replicación del virus.

De igual forma Gatell et al. (2007) y Ventura, Martín, Morillo, Yébenes y Casado (2014), puntualizan varias razones para un cambio en el tratamiento, las principales son: que los pacientes tengan una buena respuesta virológica, en pacientes con fracaso terapéutico y pacientes con múltiples tratamientos y fracasos; en el primer caso se busca que el tratamiento nuevo sea menos nocivo en el cuerpo del paciente y por tanto haya una buena adherencia, en los casos restantes la principal razón es que sea más efectivo el cambio de medicamentos.

Siguiendo la línea del tratamiento que deberían recibir las personas con VIH, Useche y Arrivillaga (2011), advierten tres problemáticas aunadas a dicho tratamiento. En primer lugar, a pesar de que a nivel mundial se estableció que toda persona seropositiva tiene derecho al Tratamiento Antirretroviral, existen diversas regiones en las cuales es casi imposible, principalmente por las condiciones económicas o por no contar con acceso a los servicios de salud.

Asimismo, Castro et al. (2007), sugieren 5 objetivos principales con el uso del TAR: 1) reducir la morbilidad, 2) reducir la mortalidad relacionada a VIH, 3) mejorar la calidad de vida, 4) recuperar y preservar la función inmunológica y 5) mantener en la medida de lo posible la supresión de la carga viral. Cabe resaltar que de los objetivos planteados Rossi (2001), indica que la incidencia de muertes ha disminuido en las personas que toman el tratamiento y que, por supuesto tienen adherencia al mismo, aunque la erradicación no se haya logrado, pues es bien sabido que no hay medicamento que cure la infección.

Hay una pregunta latente en este contexto, ¿es posible sobrevivir sin tratamiento? Sí, sin embargo, la esperanza de vida se acorta drásticamente. De tal forma que, el máximo de años que una persona con VIH puede vivir sin tratamiento hasta la etapa de SIDA, oscila entre y siete y once años, no obstante, también depende de qué tan resistente es el sistema inmunológico del paciente y la forma en que lleve su vida cotidiana (incluyendo la social, psicológica y sexual). Al respecto conviene decir que, a un tratamiento oportuno, mayor probabilidad de aumentar la esperanza de vida del paciente, es decir, contemplando la carga viral que se tenga y la implementación del TAR, los resultados podrían ser positivos. Por esta razón, se puede explicar que en algunos países con bajos recursos no hay acceso a los tratamientos, lo cual ocasiona que dicho tratamiento no sea oportuno ni eficaz.

4.1.1 Efectos secundarios del Tratamiento Antirretroviral (TAR)

En ocasiones la calidad de vida que tiene el paciente no es la esperada, ya que se ve afectada por diversos factores. Anteriormente, explicamos las tres esferas que se ven afectadas de forma general por el VIH, la biológica, la social y la psicológica, de igual forma Blanch et al. (2007), explican que la calidad de vida de las personas con VIH se ve afectada por tres factores: el clínico, el psicológico y el social. El primero se refiere a los efectos del medicamento; el segundo a cómo se percibe la persona y los planes de su vida a corto y largo plazo; por último, el social que afecta las interacciones en la sociedad en general, por tratar de ocultar su condición evitan tomar los medicamentos en público, por las visitas al hospital y en el trabajo evitando ser “mal vistos” por sus compañeros.

Castro et al. (2007) explica que los antirretrovirales como todo medicamento tienen posibles efectos secundarios, dependerá de cada paciente, sin embargo, algunos de los principales efectos de la ingesta recurrente de dichos medicamentos son: malestares gastrointestinales como náusea, vómito o diarrea; otros efectos a largo plazo pueden ser toxicidad de la médula ósea, toxicidad mitocondrial, acidosis láctica, pancreatitis o algunos

tipos de lipodistrofia, lo cual en concordancia lo descrito por Blanch et al. afecta la calidad de vida del paciente.

Cierto es que los efectos secundarios del tratamiento son mantenidos a corto y largo plazo debido a la toxicidad del medicamento. Finalmente, el organismo produce resistencia al TAR, por lo que las combinaciones administradas deben cambiarse periódicamente. Es justo decir que el tratamiento tiene efectos secundarios negativos evidentes, pero negarse o no tener acceso al tratamiento tiene consecuencias peores. Recordemos que el virus por sí mismo no tiene afectaciones en el organismo, tampoco genera alguna enfermedad, sino que a causa de la destrucción de los linfocitos CD4, la persona es más vulnerable a otras enfermedades o infecciones (Useche y Arrivillaga, 2011).

Del mismo modo, Recoder (2011), indica que todos los medicamentos el TAR traen consigo una serie de consecuencias a nivel biológico, que de igual forma dañan progresivamente al cuerpo. En niños y adultos las consecuencias son más graves ya que su cuerpo se encuentra más asequible ante tales daños, empero, como ya se ha dicho, tomar la decisión de dejar el tratamiento, tendría peores consecuencias. La misma autora, realizó una investigación en la que describe a un grupo de personas que habían dejado el tratamiento, sin embargo, en el grupo de apoyo al que asistían, conocieron las experiencias de sus compañeros, obtenían información que les ayudaba a la decisión de continuar con el tratamiento; el motivo en la mayoría de los casos era tener mayor esperanza de vida y evitar las consecuencias negativas de no tomar del TAR.

Los efectos secundarios son frecuentes, por tanto, los médicos deben conocerlos perfectamente, para prevenirlos y tratarlos de forma inmediata y manejarlos adecuadamente. Aun cuando se detecte tempranamente y se administre oportunamente el TAR, existirá toxicidad a mediano y largo plazo con lo cual pueden aparecer resistencias. La toxicidad del tratamiento también determinará cuales serán utilizados y en qué combinación. Cada antirretroviral tiene efectos distintos, por lo que para elegir la combinación adecuada hay que

tomar en cuenta el nivel de toxicidad de cada uno y siempre elegir perfiles distintos en una combinación (Muñoz y Naveira, 2005; Villa y Vinaccia, 2006)

Por esta razón, Miró et al. (2007), sugieren que los efectos secundarios van a depender del tipo de medicamento administrado, en la mayoría de los casos los problemas son digestivos, cutáneos, en el caso de los inhibidores de proteasa (proteína presente en las células CD4), alteraciones metabólicas y en otros casos resulta en lipodistrofia. No obstante, a pesar de los avances que ha tenido la medicina con los antirretrovirales, no ha sido posible minimizar los efectos secundarios, por lo que, al igual que la toma de medicamentos la toxicidad será a largo plazo (Gatell et al. 2007; Castro et al 2007).

Existen otras complicaciones al momento de tomar los antirretrovirales, recordemos que en el momento en que se toma la decisión acerca de la combinación de medicamentos que formarán el TAR, hay diversos factores a tomar en cuenta, uno de los ya mencionados es cuando las personas con VIH ya toman algún tipo de fármaco, dicho lo anterior, un ejemplo son las personas de la comunidad trans (transgénero o travesti). Se ha dicho que hay algunas poblaciones que son más vulnerables por ciertas características, una de ellas son las personas trans. De acuerdo a lo referido por Gatell et al. (2007), Muñoz y Naveira (2005) y Meléndez, Rodríguez y Vélez (2015), el avance de la medicina ha sido en pro de que disminuyan las dosis por día, así como tratar de disminuir los efectos secundarios, empero, todos los esfuerzos y resultados positivos no evitan que el tratamiento sea sólo un problema más. Para las personas trans una de las principales complicaciones con el TAR, es que además de los efectos secundarios de éste, hay otros por la toma de hormonas.

Continuando con los efectos del TAR, hay positivos como negativos, al tomarlo se incrementan los CD4 y disminuye la carga viral, lo cual es positivo, porque así el sistema inmunológico se recupera y no permite que se presenten enfermedades oportunistas, empero, también ha consecuencias negativas, los efectos secundarios afectan la salud física y psicológica. Por otro lado, como ya citamos, no tomar los medicamentos trae como

consecuencia positiva, no vivir con los efectos secundarios, sin embargo, el aspecto negativo y por mucho más alarmante es que aumente la carga viral, que se acorte la esperanza de vida y estar más vulnerable a enfermedades oportunistas que concluyan en fase SIDA. Aún con los pros y contras del TAR, es más recomendado tomarlos y tener la adherencia correspondiente a no tomarlos y poner en peligro la propia vida (Recoder, 2011).

4.2. Modelos de intervención psicológica en pacientes con VIH

Una vez que son conocidos la función del TAR, así como los posibles efectos, es de relevancia hacer mención de la adherencia al tratamiento y su importancia en relación a la infección por VIH. Recoder (2011), explica que cuando un paciente tiene la correcta comprensión de la información de la enfermedad y el tratamiento hacen un buen paciente, pues es más probable que tenga adherencia al tratamiento. Además, menciona que “la eficacia del tratamiento está supeditada en gran medida a la adherencia y ésta, a su vez al manejo de la información” (p. 172).

Por su parte, el Infac (Información Farmacoterapéutica de la Comarca, 2011), define la adherencia como “el grado en el que el comportamiento del paciente coincide con las recomendaciones acordadas entre el profesional sanitario y el paciente” (p. 1). Asimismo, Hussar (2017), la define como “el grado en el cual una persona sigue las prescripciones farmacológicas según lo indicado”. En la misma línea García y Rodríguez (2014), consideran que la adhesión al tratamiento es “el grado en que el paciente se compromete con el seguimiento de las instrucciones médicas... la toma de medicamento, la realización de análisis y la asistencia a consultas” (p. 5). Del mismo modo, Zonana-Nacach, Torres-Salinas y Franco-Esquivel (2014), la definen como “el grado en que los pacientes toman el medicamento prescrito por su médico” (p.1).

Por último, el Grupo de Estudio del Sida (GESIDA, citado en Ventura et al. 2014) la describen como “la capacidad del paciente de implicarse correctamente en la elección, inicio y control del TAR, que permita mantener su cumplimiento riguroso con el objetivo de conseguir una adecuada supresión de la replicación viral” (p. 1).

Recordando la cita de Recoder (2011), tener una adherencia adecuada tendrá resultados positivos en la efectividad del tratamiento y a pesar de que es un comportamiento muy esperado hay circunstancias que no permiten que se cumple con el régimen indicado. Por consiguiente, una vez que los pacientes con VIH inician con el tratamiento lo esperado es tengan la adherencia correspondiente, sin embargo, muchos de ellos no siguen la medicación prescrita, incluso no recurren a las visitas médicas para recoger dicho tratamiento. Así, una pobre adherencia puede resultar en empeorar la enfermedad o en el peor de los casos la muerte. Una de las opciones para poder tener mayor certeza en que se está teniendo una adherencia adecuada es manejar recetas resurtibles, sin embargo, tampoco se garantiza que se tenga la adherencia debida, pues el medicamento puede ser fácilmente desechado (Zonana-Nacach et al. 2014).

En temas de investigación Arrivillaga y Useche (2011) y Pérez-Salgado, Compean-Dardón y Ortiz-Hernández (2017), mencionan que las investigaciones que se han hecho indican que se incita a las personas a mantener la adherencia al tratamiento, pero hay evidencia que muestra que la adherencia no se cumple por diversos factores como la desigualdad económica y social, al momento de recibir o solicitar el tratamiento. No cumplir con la adherencia establecida podría afectar tres aspectos de la vida del paciente: el primero, es por supuesto a nivel biológico haciéndose más susceptible a enfermedades oportunistas; a nivel psicológico pueden presentarse secuelas o complicaciones que llevan al sufrimiento, el miedo a estar expuesto a la muerte y; a tener mayores gastos por el deterioro de la salud.

A este propósito, García y Rodríguez (2014), sugieren otros factores relevantes para que se tenga o no adherencia al tratamiento, por ejemplo, la relación que llevan con el personal médico, si en esa relación hay confianza ante las dudas que hay sobre la enfermedad y el tratamiento, es más probable que al aclarar dichas dudas, acceda a seguir las instrucciones sobre el tratamiento. Otros factores relevantes ante esta situación, son el apoyo de la pareja, el apoyo familiar y el apoyo social en general.

Añádase a este, una investigación realizada por Meléndez, Rodríguez y Vélez (2015), en la que plantearon tres factores que contribuían a que los pacientes tuvieran una mejor adherencia al TAR, los factores propuestos fueron: apoyo social, creencias de la salud y la depresión. Los resultados obtenidos mostraron que la adherencia al tratamiento se ve afectada positivamente cuando hay mayor apoyo social hacia el paciente, asimismo, si en algún momento había rechazo por parte de la familia respecto del estado de salud del paciente, éste se veía aislado y por la afectación de su estado de ánimo, comenzaban a dejar el tratamiento; las creencias acerca de la salud en relación a la toma de los antirretrovirales eran positivas, sin embargo, la mayoría de los pacientes mostraban un bajo nivel en la adherencia real al tratamiento. Por tanto, concluyen que contar con redes de apoyo que provean un sostén a los pacientes incrementa la probabilidad de lograr una adherencia al tratamiento.

Con respecto al punto anterior hay distintas perspectivas acerca de la adherencia que intentan explicar los diferentes factores inmersos en la relación tratamiento-enfermedad. Algunos de los factores más comunes son: el tiempo de diagnóstico y estado inmunológico, los estados de comorbilidad, el tratamiento farmacológico y su complejidad de régimen, la intensidad o presentación de efectos secundarios, olvidar la toma de la dosis, administrar la dosis correcta, “dejar descansar al organismo” de los medicamentos, creer que el tratamiento tiene más efectos negativos que positivos, los estilos de afrontamiento, las reacciones emocionales, el apoyo familiar y social, las condiciones de acceso y calidad de la atención y las acciones discriminatorias en los diferentes contextos del paciente (Villa y Vinaccia, 2006; Arrivillaga y Useche, 2011, Ventura et al. 2014).

Ahora bien, las personas que han sido infectadas con el virus del VIH deben pasar por diversas etapas a partir del diagnóstico positivo. Una de las fases más complicadas además de aceptar y asimilar dicho resultado, seguir al pie de la letra el tratamiento antirretroviral (Meléndez, Rodríguez y Vélez, 2015). Por ello, ser un buen paciente implica llevar una vida saludable para no caer en los excesos de la diversión y disminuir los efectos del tratamiento. Sin embargo, abstenerse también involucra dejar atrás la vida normal que tenían. No obstante, en ocasiones dejan de tomar el medicamento por otras razones, como preferir salir a beber con amigos y no tomar el medicamento para que no interfiera con el alcohol (Recoder, 2011).

La adhesión terapéutica parece ser sólo el seguimiento de un régimen médico, sin embargo, es más que eso, ya que de forma similar que el inicio del diagnóstico del VIH, el inicio del TAR modifica muchos aspectos de la vida del paciente, como las actividades de autocuidado, distorsión de conceptos sobre la información del tratamiento y dificultad de crear hábitos, con lo cual se hace complejo seguir al pie de la letra las instrucciones (Sánchez-Sosa, Cázares, Piña y Dávila, 2009). Otros factores que se pueden asociar a la falta de adhesión son el estrés causado por la enfermedad y por la complejidad del régimen médico (Hoffman, 1996), así como otras emociones asociadas a la enfermedad.

En relación a los factores asociados a la no adherencia al tratamiento, Sánchez-Sosa et al. (2009), en un estudio encontraron que cuando las personas tienen se encuentran motivadas, ya sea por cuenta propia o porque se les promueve se facilita la práctica de comportamientos de adhesión. Dicha motivación se puede encontrar con el apoyo de familiares, amigos o con los servidores de salud, aunque en relación en estos últimos también se encuentran los grupos de apoyo creados para que se compartan experiencias sobre la enfermedad, el tratamiento y que los médicos puedan aclarar dudas de forma grupal, por lo que las dudas sobre el tratamiento al quedar claras contribuyen a decidir continuar con el régimen prescrito, así como escuchar los resultados positivos de los demás.

Aunado a lo anterior, Castro et al (2007), expresan que, si un paciente que ha iniciado tratamiento por primera vez y se adhiere a éste desde un inicio, es muy probable que el tratamiento sea efectivo por más de 10 años, empero, para los pacientes que ya han estado en tratamiento y no han logrado una buena adherencia, la probabilidad de que haya resistencia por parte del virus para poder suprimirlo es mayor, aun así, es posible lograr la disminución del virus. Además, mencionan que para considerar qué tipo de TAR se dará al paciente es importante tomar en cuenta diversos factores como su rutina diaria, su estilo de vida y claro los efectos secundarios del tratamiento.

Es importante que haya un seguimiento de la adherencia que tiene el paciente, principalmente para tomar decisiones terapéuticas, en cuanto se detecte que no hay adhesión se toman acciones corrigiendo tal conducta, en otros casos se suspende el tratamiento y es necesario comenzar un nuevo régimen para evitar la resistencia del virus (Miró et al. 2007). Cabe señalar que la adherencia al tratamiento de más del 90% es un importante predictor de en qué momento es oportuno el cambio de TAR (Gatell et al. 2007).

Algo más que añadir, es que no tener la adecuada adherencia no sólo es omitir la toma del medicamento, se incluye también, reducir la dosis, no respetar los horarios de administración, no seguir otras recomendaciones como la conjunción de la comida y el TAR, o incluso el abandono de la terapia. De tal forma que, para obtener el mayor beneficio del tratamiento la adherencia debe estar al menos en un 95%, aunque dependiendo del tipo de tratamiento se considera que deber ser mayor para no comenzar a generar resistencia y reducir la efectividad (Knobel, Codina, Fumaz y Tuldrá, 2007).

Asimismo, Muñoz y Naveira (2005), refieren que cuando no hay la debida adherencia, aparece la resistencia, es decir, que no se consigue la supresión de la replicación del virus. Además, cuando existe un fracaso en la supresión de la carga viral también se complica aumentar la cantidad de linfocitos ya que la inmunodepresión es profunda, estos casos también aparecen en personas de edad avanzada. Los mismos autores describen algunos

factores que se ven implicados cuando no hay adherencia al tratamiento: factores relacionados con la enfermedad, el régimen terapéutico, la situación social e incluso los servicios médicos.

Cabe señalar que la adherencia al tratamiento, no sólo implica la relación médico paciente, ya que es multidisciplinar, es decir, otros profesionales se relacionan directamente con el paciente y el tratamiento, tal es el caso de los psicólogos, los nutriólogos, químicos (aunque o directamente), entre otros. Resaltamos la participación de la psicología, ya que es el área que en la mayoría de los casos se ve más afectada que el cuerpo mismo.

Gracias a diversos estudios se ha observado que el seguimiento o acompañamiento psicológico es de gran ayuda en los pacientes que tienen dificultades para poder asimilar el diagnóstico, así como en la adhesión al tratamiento, acompañamiento en el cambio de TAR y las afectaciones del mismo, por lo que en el segundo caso se crean programas enfocados a que el paciente organice sus tiempos en el trabajo, la escuela, la familia, a que gradualmente vaya adquiriendo el hábito de seguir el régimen médico indicado y a canalizar las emociones o sentimientos generados por las afectaciones secundarias del TAR y su vida cotidiana, además estos programas también se enfocan a que aunado a la adherencia al tratamiento mejoren su calidad de vida con la propuesta de realizar otras actividades como el deporte, lúdicas, culturales, adoptar estilos de vida saludables, todo con el fin de que vuelvan a la funcionalidad que tenían antes del VIH y del TAR (Ventura et al. 2014; Gómez-Lobon et al. 2017; Villa y Vinaccia, 2006 y; Varela-Arévalo y Hoyos-Hernández, 2015)

Contar con una intervención psicológica oportuna ante cualquier problemática que presenten las personas, contribuye a mejorar la calidad de vida de la persona afectada, los programas que se crean son personalizados considerando el estilo de vida, la condición económica, los recursos personales, las redes de apoyo, las habilidades que tiene y las que puede aprender, todo lo anterior con el fin de que logre desenvolverse nuevamente en los contextos en que convive, logrando un equilibrio a nivel psicológico y social. Aunque hay

personas que logran afrontar los problemas que se presentan en su vida, no está demás acudir a manos de profesionales que aporten nuevas formas de afrontamiento ante las situaciones presentes y futuras.

5. VIH: CONSECUENCIA DE LA VIOLENCIA SEXUAL EN HOMBRES

5.1 Intervención en hombres víctimas de violación

Todo lo dicho hasta ahora nos remonta a cómo surge un hombre violento y las consecuencias que tienen las personas que han sido víctimas de violencia, en este tenor, sobre violencia sexual. Acordamos entonces, que uno de los aspectos más relevantes a la hora de considerar un tratamiento en quienes se han visto envueltos en temas de violaciones, la esfera psicológica debe ser una prioridad. En primer lugar, porque la primera intención hacia quienes han sufrido una violación es salvaguardar su vida, pues en diversas ocasiones el trauma generado por el evento los lleva a ponerse en situaciones que atentan contra su vida.

Ahora bien, aunado al daño psicológico hay otro tipo de daño que de igual forma es físico, pero de por vida, nos referimos a las infecciones de transmisión sexual y más claro aún a la infección por VIH/SIDA. Sin duda alguna, una violación y la transmisión de VIH puede perpetrarse en cualquier persona y en cualquier edad, empero, la relevancia en este trabajo es hacia los varones que han sido víctimas de violación en niñez, adolescencia o adultez y que han tenido ambas afectaciones.

Sería prudente decir, que se sabe muy poco del alcance o de la naturaleza de este tipo de violencia o sus consecuencias a nivel psicosocial, principalmente por la resistencia de muchos hombres de denunciar la violencia sexual; por lo cual se hace difícil poder hacer una evaluación con precisión de las diferentes áreas que pueden ser de importancia. Es crucial hacer una compilación sistemática de datos que permitan establecer mecanismos para saber cómo proporcionar asistencia, debido a que a menudo las necesidades suelen ser muy diferentes en mujeres violadas, ya que los hombres suelen ser tremendamente recios a la hora de hablar de la violencia sexual o sus consecuencias (Russell, s.f.; Sánchez, 2013).

Se expone que las investigaciones en las que se propone indagar acerca de los delitos sexuales, los hombres generalmente representan un número inferior, comparado con el de las mujeres. En apartados anteriores, se mencionaba que la violencia sexual hacia los hombres sí existe, pero no se denuncia, no se menciona, no sale a la luz. No es sino hasta que las secuelas de dicho evento emergen, se evidencia que han sufrido una violación o se dice de forma anónima y confidencial para no quedar expuestos a la crítica moral de la sociedad en que vivan.

En 2016, el periódico EL UNIVERSAL publicó una nota de un hombre de 20 años que desde que tenía 10 años había sufrido abuso sexual por parte de un familiar. El miedo generado a través de los años en que ha sufrido este tipo de violencia, nunca ha delatado al agresor tampoco había hablado con persona alguna de la situación, nunca acudió a solicitar apoyo terapéutico que le ayudara a afrontar la situación y “salir” de la misma. Las principales consecuencias en esta persona se presentan en la esfera psicológica, el simple hecho de mencionar una palabra que se asocie con las violaciones que ha vivido le hacen temblar, sudar, le provoca taquicardia, llanto e impotencia por no haber intentado detener la situación, pues desde la primera vez que aquél hombre abusó de él se sentía humillado.

Lo anterior sólo nos indica las afectaciones psicológicas que presenta un hombre que ha sido víctima de violación, sin embargo, no basta con conocer de qué forma afecta este evento su vida, si bien, se puede proceder a considerar programas de prevención de abuso sexual no es posible idear un tratamiento conciso para jóvenes o adultos que tienen secuelas, dado que cada individuo presenta diferentes afectaciones, tiene distintas habilidades de afrontamiento, a partir de la edad se observa cómo ha formado su concepción de masculinidad, su autoestima, redes de apoyo y sobre todo la disposición para enfrentar el problema con ayuda profesional.

En una revisión realizada por Sivakuraman en 2010 acerca de la violencia sexual hacia los hombres y niños varones en conflictos armados, registra con datos de la ONU que los hombres también son víctimas potenciales de violencia sexual, sin embargo, no se ha tomado la debida importancia ante el hecho por lo que no se han tomado las medidas

correspondientes. Indica además que incluso a pesar de que sí hay conocimiento de que existen este tipo de agresiones, no se registran oficialmente y tampoco se toman acciones hacia quienes delinquen. En este mismo contexto, se ejemplifica un informe de la República Democrática del Congo, donde confirman que de las personas que acuden a asistencia médica por violencia sexual, entre el 4 y 10% son hombres y niños (McGreal, 2007 citado en Sivakuraman, 2010). Así mismo, afirma que no sólo en este país, sino en otros en los que se han presentados distintos conflictos armados se han registrado cifras de varones adultos y jóvenes que han sido víctimas de violación.

Algunas consecuencias en esta población se concentran en intentos suicidas, baja autoestima y discriminación por la comunidad. La propuesta que llevan a cabo es empezar a considerar el tema de la violación en varones, no sólo en conflictos armados sino en otros contextos en los que esta práctica también se lleva a cabo, considerando la afectación psicológica como la más relevante pues de ella derivan diversos problemas en la persona, que sin tratamiento podría tener más consecuencias negativas.

Por otro lado, Rosales, Sánchez y Riverí (2016), comentan que cuando los menores son abusados sexualmente, las consecuencias psicológicas pueden repercutir incluso hasta la edad adulta si no reciben tratamiento adecuado y oportuno. Describen que las consecuencias a largo plazo son similares en cuanto a otras investigaciones en niños y mujeres como: depresión, ansiedad, angustia, desconfianza, trastornos alimenticios o psicosomáticos y estrés postraumático.

A pesar del conocimiento que se tiene sobre este delito, las propuestas de intervención sólo se limitan a sugerir que se investigue más acerca del mismo. Comentan que el tópico a resaltar es la afectación psicológica, pues de ella se pueden derivar distintos trastornos que harían disfuncional a la persona, no obstante conocer las cifras de los hombres que han sido violados no resuelve el problema, aunque sea grande la magnitud del problema no es posible ayudar a todos los participantes de los estudios estadísticos.

En relación a los estudios en que sólo se obtienen datos estadísticos Lehrer, Lehrer y Oyarzún (2009), realizaron una investigación en la cual el propósito fue indagar acerca de experiencias de violencia sexual en mujeres y hombres universitarios. Encontraron que la tasa más alta de violación fue en mujeres desde los 14 años aproximadamente; en comparación con el resultado en varones en donde la tasa fue más baja, sin embargo, más alta comparada con un estudio realizado en Estados Unidos, teniendo como punto relevante que los agresores son mayoritariamente hombres.

Al respecto, entre las intervenciones que se pueden hacer desde la psicología se encuentra la creación de programas que estén enfocados a los pares de las posibles víctimas, ya que, por medio de estos, es posible detectar señales de riesgo, así como proveer de sensibilidad y reducir el riesgo, canalizando a encontrar ayuda cuando se crea necesario. Con lo anterior, nos referimos a la importancia de las redes de apoyo, que pueden ser más productivas cuando van acompañadas de ayuda psicológica.

Como menciona el autor anterior el delito de violación en hombres no es reconocido en el mundo entero, sin embargo, los casos existen y son verídicos, además queda claro que sea en niños, jóvenes o adultos las consecuencias siempre serán negativas. Riva (2009), explica el caso de un joven de la marina que fue violado por un Marín en el camarote del barco, lo relevante en el presente caso son las consecuencias que presentó el joven, en primera instancia, el trauma psicológico por haber sido forzado a tener relaciones sexuales con un extraño y por otro lado una Enfermedad de Transmisión Sexual (ETS), sífilis. La intervención que se hizo en este caso sólo fue médica por las laceraciones que presentaba el afectado.

Otro caso documentado es el de un joven de 20 años que fue violado a los 14 años por un hombre mayor. Las consecuencias fueron convulsiones disociativas, intento suicida, sentimientos de inferioridad, ideas irracionales, atrofia muscular (no podía caminar), abandono de la escuela, abandono de autocuidado, sentimientos de culpa, dependencia emocional e inseguridad. Para afrontar la situación se realizó una intervención psicológica, llevando a cabo psicoterapia de apoyo, psicoterapia breve de actitudes y técnicas de relación. Los resultados fueron positivos ya que logró caminar y cesaron las convulsiones, olvidar las

ideas suicidas y modificar su pensamiento acerca del suceso, sin embargo, continuó con amistades que gustaban por temas satánicos, consumir marihuana y tatuarse con más frecuencia, lo cual resultó en el siguiente diagnóstico, psicopatización de la personalidad debido al trauma (Rosales et al. 2016).

Como puede observarse, en el caso anterior la intervención psicológica contribuyó a una mejora en los problemas que presentaba el paciente, el diagnóstico posterior a la intervención psicológica no se trató dado que para el joven no representaba ningún problema en su vida cotidiana.

Recapitulemos brevemente sobre el tema de la violación en varones y su investigación de forma cuantitativa, cualitativa y clínica. Tal vez porque los varones no presentan denuncia alguna sobre lo sucedido, porque no buscan ayuda psicológica o porque las consecuencias no les permiten actuar con claridad, son factores que impiden que se pueda avanzar en la investigación misma y sobre todo en la participación de los profesionales en psicología. Minimizar los casos de hombres que han sido víctimas de violación o pensar que no sufren por el concepto de masculinidad que se tiene sobre ellos (idealmente), es errar completamente. Conocer las afectaciones emocionales, cognitivas y conductuales de los hombres afectados permitiría también tener conocimiento sobre los puntos de acción en los que se puede intervenir, no de forma generalizada, sino lograr la sensibilización suficiente para tomar en cuenta que al igual que una mujer violada puede tener un tratamiento psicológico que contribuya a la mejora en su vida.

5.2 Intervención psicológica en personas con VIH

La psicología se aplica a distintas problemáticas en la actualidad, por más o menos graves que sean consideradas por las personas es importante que los tratamientos terapéuticos sean adecuados, oportunos y sobre todo efectivos, según el propósito que se tenga para el paciente.

Actualmente, una de las problemáticas que ha tomado relevancia por las afectaciones psicológicas es la infección por VIH, su tratamiento y por ser considerada una enfermedad crónica. Los avances que se han tenido en la medicina permiten que los pacientes se preocupen sólo por su calidad de vida, es aquí donde entran los profesionales en psicología, pues a partir de los programas diseñados enfocados a distintas áreas de la vida del paciente es posible abordar las emociones, la cognición y las conductas que tienen respecto de su enfermedad.

Las intervenciones terapéuticas realizadas se enfocan principalmente en la adherencia al tratamiento, uno de los enfoques más efectivos ha sido el cognitivo-conductual, ya que las técnicas utilizadas permiten modificar el comportamiento a partir de la cognición. Ahora bien, no todos los estudios se enfocan en adecuar programas para que la adhesión incremente, es decir, algunos sólo se basan en la asociación de variables que interfieren en la adhesión o no adhesión al tratamiento. Al tener conocimiento de las variables asociadas se crean programas grupales o individuales, más de los primeros que los segundos, esto porque al encontrar factores comunes se disminuyen los costos y tiempo en la intervención, a pesar de esto, no se limita a los pacientes a sólo recibir este tipo de atención psicológica, dado que al igual que en los casos de violación cada persona tiene diferentes reacciones ante la enfermedad, por lo que es importante tener un seguimiento individual por las posibles problemáticas que presente el paciente.

Una de las investigaciones enfocadas en obtener información de los pacientes sin intervención es la realizada por Edo y Ballester en 2006, siendo el objetivo evaluar el estado emocional de los pacientes con VIH, describen que estos se encontraban con baja autoestima, miedo a perder el atractivo, hipocondría, negación, ira, aceptación y preparación de la muerte, síntomas obsesivo compulsivos, fobias, trastornos de personalidad antisocial, disminución del deseo sexual, abuso de alcohol, problemas de sueño, consumo de drogas y uso excesivo de sedantes. Además, se encontró que los pacientes con VIH muestran perfiles psicológicos con mayor ansiedad, mayores niveles de depresión, menor autoestima, fobia a la enfermedad, hipocondría irritabilidad y preocupación excesiva por la salud, un menor apoyo social en el

área laboral, social, familiar y de pareja. Los autores proponen que a partir del perfil emocional que se obtenga de los pacientes se podrán crear programas individuales para llevar a cabo la intervención psicológica acorde a cada persona, con el propósito de mejorar la salud mental, así como propiciar comportamientos de adherencia.

Otro factor importante en la vida de las personas que tienen VIH son las estrategias de afrontamiento que utilizan ante la enfermedad. Para este fin, Gaviria, Quinceno y Vinaccia (2009), realizaron un estudio donde evaluaron las estrategias de los pacientes con VIH, se destaca que los participantes evaluados tenían previo acompañamiento psicológico (u otro como el religioso), que los ayudaron de manera positiva a aprender nuevas formas de afrontamiento, a canalizar las emociones y pensamientos negativos, presentaban una concepción distinta de la enfermedad comparada con personas de otros estudios que a pesar de llevar años con la infección no lograban asimilarla por completo, conduciendo a una baja calidad de vida. Se hace relevante la ayuda de un profesional para poder afrontar las distintas fases de la infección en la vida de las personas, pues las modificaciones a nivel cognitivo y conductual tienen efectos positivos en la salud general del paciente.

Enfatizando la importancia de la adherencia al tratamiento y las variables asociadas a ésta, Piña, Corrales, Mungaray y Valencia (2006), efectuaron un estudio en cual analizaron las posibles variables que facilitan o impiden la adherencia. se encontró que con base los conocimientos con que se dispone acerca del VIH, los medicamentos o los posibles efectos secundarios y se repiten conductas ya realizadas en el pasado, es más probable que esos recursos se traduzcan en comportamientos de adhesión en el presente, como tomar los medicamentos, consumir los alimentos indicados y evitar el consumo de sustancias nocivas. Si además los pacientes seropositivos están motivados para participar activamente en el plan de intervención y seguir el conjunto de instrucciones expuestas por el personal sanitario, cabe esperar, que mejore su estado de salud.

De esta forma Piña, Corrales, Mungaray y Valencia (2006), proponen que, a partir de los resultados encontrados por la asociación de las variables, se pueden realizar programas que estén focalizados en incrementar las conductas de adhesión y disminuir las que afecten el seguimiento de dicho tratamiento. Dado que muchas de las variables son comunes en distintos estudios es pertinente mencionar que los programas diseñados se apliquen en grupos y no de forma individual.

Tomando en consideración la propuesta de diseñar programas enfocados en grupos para mejorar la adherencia al tratamiento Pérez, Soler, Hung y Rondón (2016), tuvieron como propósito evaluar la efectividad de un programa educativo para favorecer la adherencia al TAR. Diseñando 10 sesiones de trabajo con las siguientes temáticas: Conocer más sobre el VIH, las complicaciones del VIH, TAR beneficios y barrera, dieta, sexo protegido, eliminación de los hábitos tóxicos, tú sí puedes. La postevaluación indicó que los pacientes incrementaron considerablemente su adherencia gracias a los conocimientos impartidos en el taller y a partir de los distintos beneficios que atrae el tratamiento a largo plazo.

El tipo de intervenciones psicológicas realizadas como en el ejemplo anterior, son efectivas ante la adherencia al tratamiento, además, cuando se realizan de forma grupal contribuyen al apoyo moral que reciben por parte de expertos y de las personas que se encuentran en su misma condición, también contribuye a modificar la manera en que se perciben en relación a los demás y hacia su enfermedad, así como sensibilizarlos sobre las consecuencias negativas y positivas de tomar o no el tratamiento.

De acuerdo con lo anterior y retomando la efectividad de los programas diseñados a partir del enfoque cognitivo-conductual, Tobón y Vinaccia (2003) sugieren una intervención psicológica enfocada en 10 ejes: 1) estudio epidemiológico, 2) prevención, 3) preparación para el análisis del VIH, 4) informe de resultados no seropositivos, 5) informe de resultados seropositivos, 6) evaluación psicológica integral, 7) tratamiento en fase sintomática, 8)

tratamiento psicosocial con pacientes con SIDA, 9) preparación para la muerte y 10) elaboración del duelo para familiares y pareja.

Los primeros cinco ejes han sido explicados en el capítulo 3, por tanto, los cinco restantes toman relevancia en el presente apartado. A partir del eje 6 comienza la intervención psicológica de programas enfocados al paciente, con el propósito de modificar su cognición acerca de la enfermedad y facilitar la asimilación de la misma, del tratamiento y las posibles consecuencias de ambos. Modificar los comportamientos que lo lleven a una mejor adherencia y a evitar el riesgo de reinfección. Utilizando principalmente las siguientes técnicas con enfoque cognitivo-conductual: entrenamiento en reevaluación y reestructuración cognitiva, entrenamiento en relajación, entrenamiento en técnicas de autocontrol emocional, entrenamiento en habilidades sociales, terapia sexual y de pareja, entrenamiento en resolución de problemas y planificación de actividades.

Dentro de este contexto, Hoffman (1996), sugiere realizar una intervención con la intención de facilitar la adaptación emocional, cognitiva y conductual, así como, las actitudes y comportamientos saludables. En el aspecto *emocional* propone afrontar la negación, perpetuar la esperanza, afrontar el dolor emocional, a través de la expresión de los sentimientos que invaden los tres aspectos y manejar las emociones que pueden complicar la asimilación del proceso por el que están pasando. Respecto del *cognitivo*, evaluar la percepción que se tiene del evento, en este caso del diagnóstico o posible forma de infección, fomentar en lo posible los pensamientos positivos acerca de la enfermedad, reestructuración cognitiva, ante el pensamiento de muerte modificar a que hay vida después del VIH, resignificar las consecuencias de la infección.

En el aspecto *conductual*, a partir de la modificación anterior se cambian también las conductas que afectan la salud del paciente, usando técnicas de relajación muscular para manejar el estrés o la práctica de ejercicios aeróbico, además de programas para la adhesión

al tratamiento progresivo, pero a largo plazo. Por último, las *actitudes y comportamientos saludables*, enfocado a reducir las prácticas de riesgo y promover un estilo de vida saludable.

Para ilustrar mejor la aplicación del enfoque cognitivo-conductual, Ballester (2003), implementó un programa para mejorar la adhesión al tratamiento a partir de una evaluación individual a cada paciente, retomando en cada sesión un tema distinto: 1) información de la enfermedad, 2) modelo cognitivo ABC de Ellis, 3) combatir pensamientos negativos, 4) fomentar la autoestima 5) entrenamiento de relajación, 6) solución de problemas, 7) promoción de la salud, adhesión al tratamiento, hábitos de salud y prevención de reinfecciones y 8) prevención de recaídas. Posterior a la aplicación del programa se obtuvo que incrementó la adhesión terapéutica, mejoró el estado emocional a través de los niveles de ansiedad, depresión y autoestima, además, se redujeron considerablemente los pensamientos negativos que tenían de la enfermedad, de los fármacos y de su salud en general, optando por comportamientos que mejoraran su salud a partir de la adopción de distintos hábitos.

5.3 Propuesta de intervención

Como se dijo al principio, las intervenciones psicológicas hacia cualquier problemática que presenten las personas, preferentemente se deben aplicar de forma individual, aunque como vimos en los ejemplos anteriores, algunas veces hacerlo en grupos también es efectivo. El propósito en este trabajo fue realizar una propuesta de intervención a un varón que haya contraído VIH por medio de una violación. Ya se hizo referencia a la efectividad de utilizar técnicas con el enfoque cognitivo-conductual, Meichenbaum (1988), menciona que el propósito principal de la Terapia Cognitivo-Conductual es “modificar patrones erróneos del pensamiento del cliente y las premisas, asunciones y actitudes subyacentes a estas cogniciones”, a partir de esta modificación se espera que la conducta del paciente también se modifique.

Por lo que, la propuesta que se presenta a continuación se sustenta en el modelo de Ellis y otras técnicas Cognitivo-Conductuales, ya que se ha corroborado su efectividad ante distintos problemas psicológicos. Con base en la investigación bibliográfica que se ha realizado, presentamos un cuadro (Tabla 2) donde se muestran las distintas consecuencias de la violencia sexual y la adquisición del VIH, con el fin de ilustrar los comunes en ambas, así como la relación cuando ambos eventos se presentan simultáneamente.

Tabla 2. Consecuencias cognitivas, emocionales y conductuales de violencia sexual y adquisición de VIH.

Violencia sexual en varones	Adquisición VIH
Temblores, sudor, taquicardias, llanto. Intentos o ideas suicidas, baja autoestima, sentirse vulnerables a discriminación, depresión, ansiedad, angustia, desconfianza, vergüenza, trastornos alimenticios, psicósomáticos o estrés postraumático, atrofia muscular, abandono de la escuela o el trabajo, abandono de autocuidado, sentimiento de culpa, dependencia emocional. Enfermedades de transmisión sexual.	Baja autoestima, miedo a perder el atractivo, hipocondría, negación de la enfermedad, ira, aceptación y preparación para la muerte, síntomas obsesivos compulsivos, fobias, trastornos de personalidad, disminución del deseo sexual, abuso del alcohol, trastornos del sueño, consumo de drogas. Aislamiento y percepción de soledad en el proceso, depresión, miedo, enojo, angustia, culpabilidad, vergüenza, sentirse vulnerables a la discriminación, tristeza, dejar la adherencia al tratamiento.

Antes de llegar a la intervención cabe señalar el primer paso a seguir para determinar el plan de intervención, nos referimos al modo de evaluación ante el evento de la violación. Por ello, se propone usar la Entrevista Inicial sobre Violencia Sexual del PIAV* (Anexos).

* Programa Interdisciplinario para la Atención de la Violencia Sexual y los Estudios de Género

En esta entrevista se exploran distintas áreas del afectado con el fin de obtener toda la información necesaria y así crear un plan de intervención. Las áreas a explorar son los datos demográficos, datos físicos del usuario, datos económicos, remisión, datos del ataque, datos del atacante, datos de la víctima, datos posteriores al ataque, aspecto legal, aspecto médico, aspecto psicológico, historia victimológica, y consecuencias en relación al ataque (emocionales, cognitivas y afectivas), sexuales, con la pareja, la familia, económicas, laborales, escolares y conductuales.

A pesar de que se indagan todas las áreas necesarias en el paciente, se destacan sólo algunas con el fin de priorizar las que coinciden con los resultados de la Tabla 2. Los principales tópicos son: el *aspecto psicológico, consecuencias en relación al ataque (emocionales, cognitivas, afectivas y sexuales), con la pareja, la familia, económicas, laborales, escolares y conductuales*. Las consecuencias comunes de la Tabla 2 son: *baja autoestima, sentirse vulnerables a ser discriminados, depresión, angustia, miedo, vergüenza, trastornos alimenticios, del sueño o psicosomáticos*.

Observamos que los resultados en común de la tabla encajan en las áreas destacadas de la Entrevista Inicial, lo anterior, contribuye a vislumbrar que a pesar de que la violación y la adquisición del VIH pueden ser eventos aislados guardan una relación, de tal forma que, si aislados presentan consecuencias psicológicas en común, presentados como un mismo fenómeno, posiblemente tendría las mismas consecuencias y quizá otras en común.

He aquí la importancia de aplicar el modelo de Ellis en un primer momento, ya que enfocado en las ideas irracionales resultantes de haber sido agredido sexualmente y con ello haberse infectado con VIH desembocaría en modificar las consecuencias negativas.

5.3.1 Técnicas Cognitivo-Conductuales

A continuación, se proponen las siguientes técnicas definiendo un plan de intervención que será flexible a las distintas consecuencias que puede presentar un varón víctima de violencia sexual y que haya adquirido VIH por medio de ésta (Feixas y Miró 1993).

1.- *A-B-C de Ellis*. Como se mencionó al inicio del apartado anterior, esta técnica es una de las más efectivas cuando de modificar la cognición y conducta del paciente se trata.

A → Evento activador → Violación. Adquisición de VIH.

B → Creencias irracionales → Pensar que la venganza será una solución a su problema, pensamiento de muerte, pensar que es despreciado por su condición de seropositivo, pensar que el tratamiento antirretroviral sólo tendrá efectos negativos en su salud.

C → Consecuencias → baja autoestima, depresión, miedo, angustia, vergüenza, trastornos alimenticios, del sueño, psicosomáticos.

2.- *Reestructuración cognitiva*. Con ayuda del análisis anterior una vez que se identifican las creencias irracionales o distorsionadas. Se proponen los siguientes pensamientos para sustituir a los que resulten de la evaluación anterior: *puedo solucionar los problemas sin necesidad de vengarme existen otras alternativas, puedo continuar viviendo de la mejor forma posible, hay muchas personas que me brindan apoyo, no estoy solo.*

Se esperaría que el paciente avance positivamente mejorando otros aspectos como aumentar su autoestima, disminuir los sentimientos de vergüenza, minimizar el miedo ante el pensamiento de muerte y el sentimiento de culpa. En el caso de los pacientes que presenten cuadros depresivos, también se considera pertinente el uso de esta técnica, Cuando se logra identificar alguno de los cuatro procesos cognitivos que mantienen el estado depresivo del paciente (razonamiento dicotómico, sobregeneralización, magnificación, inferencia

arbitraria Beck, 1972 citado en Meinchenbaum, 1988), es posible comenzar con la planeación de los pensamientos opuestos que sustituirán a los identificados en el A-B-C.

3.- *Solución de problemas*. Esta técnica será de gran utilidad, considerando que el varón no sólo tendrá que enfrentarse a las secuelas psicológicas de la violación, sino, además a aprender a vivir con una enfermedad crónica. Anteriormente se explicaron las afectaciones de contraer VIH, con base en estas es que se propone trabajar con la Resolución de problemas, ya que es una opción adecuada principalmente en la toma de decisiones y en la adaptación de su vida a la enfermedad, entre otras cosas que conlleva ser seropositivo.

Esta técnica está basada en 5 pasos esenciales: 1) orientación general o predisposición a resolver el problema, 2) definición y formulación del problema, 3) generación de alternativas, 4) toma de decisión y 5) verificación o evaluación de la solución. La principal ventaja de aplicar adecuadamente los 5 pasos es que se pueden implementar ante diversas problemáticas y contextos en que se encuentre el paciente con VIH.

Con base en las consecuencias psicológicas encontradas en la literatura relacionada con el VIH, algunas de las problemáticas a las que se puede aplicar son, aislamiento y percepción de soledad en el proceso, sentirse vulnerables a la discriminación o dejar la adherencia al tratamiento, en consecuencias relacionadas con la sexualidad del paciente, así como el proceso de aceptación de la enfermedad.

4.- *Entrenamiento en habilidades específicas*. Una de las problemáticas comunes que se encontró en los estudios de hombres víctimas de violación, fue la falta de habilidades para expresar sus sentimientos o emoción ante el evento de la agresión sexual. Por tanto, se considera pertinente implementar esta técnica como una de las prioritarias, no sólo en casos de violación sino también en los varones que han sido diagnosticados con VIH, ya que poder expresar lo que piensan o sienten contribuye a identificar pensamientos distorsionados que

podrían estar afectando el avance en la terapia o en su funcionalidad en otros contextos como el familiar, con la pareja, el laboral o el escolar. Este entrenamiento incluye asertividad en la comunicación y las habilidades sociales.

5.- *Programación de actividades.* En el caso de los hombres que lleven a cabo un tratamiento antirretroviral, se propone realizar un programa individualizado tomando en cuenta su vida cotidiana, es decir, sus actividades diarias. El programa que se cree, tendrá el propósito de que el paciente integre a su rutina el hábito de mantener el horario y dosis de los medicamentos. En este sentido, se sugiere que se implemente el A-B-C, específicamente en relación al VIH, ya que se podrían identificar creencias irracionales sobre el TAR que impidan se siga la adherencia correspondiente y, por tanto, en lugar de mejorar la salud del paciente se vea mermada. Una vez hecho el análisis, también se puede realizar una Reestructuración Cognitiva, precisamente para modificar la cognición que se tiene sobre el TAR y con ello mejorar la adherencia al tratamiento, a partir de los pensamientos positivos sobre los efectos secundarios.

6.- *Técnicas de distracción y relajación.* Ambas técnicas pueden utilizarse para las siguientes problemáticas que puede presentar el paciente como temblores, sudor, taquicardias, llanto, ansiedad, angustia, síntomas obsesivos compulsivos, enojo y/o tristeza. Las técnicas de distracción y relajación permitirían al paciente en momentos de ansiedad o depresión dirigir los procesos cognitivos a otros estímulos generando que los primeros sean más adaptativos, además mejoran la percepción de sí mismo del paciente.

Distraerse con actividades que sean del gusto del paciente, así como entrenarlo a relajarse en momentos de ansiedad, además de reducir las consecuencias de los eventos activadores, tienen el propósito de mejorar la calidad de vida del paciente, ya que no sólo se busca que modifique su pensamiento y conducta sin fin algunos, sino que al modificar ambos y tener consecuencias positivas la calidad de vida se vea mejorada, ya que es una de las áreas

personales más afectadas desde que se recibe el diagnóstico. Tres contextos en los que se observarían mejor los resultados positivos sería la escuela, el trabajo o su autocuidado.

Cabe concluir que el plan de intervención anterior se plantea con el fin de crear una posible ruta de las problemáticas a tratar. Si bien se presenta de una forma ordenada, no es necesario que se siga si así se considera, cabe señalar que en este trabajo se priorizó a partir de las afectaciones psicológicas encontradas en investigaciones anteriores, por lo cual es posible emplearlas de manera simultánea o en otro orden. Existen otras técnicas que se pueden emplear dependiendo de las consecuencias que presente el paciente, sin embargo, cómo se señaló las técnicas sugeridas se retomaron a partir de priorizar los ejes comunes analizados.

CONCLUSIONES

En la sociedad actual, la masculinidad en un varón se considera lo más importante, al ser una construcción social exclusiva de los hombres, el ideal que se tiene es ser fuerte físicamente, quien toma las decisiones del hogar, que provee todo lo necesario en la familia y sobre todo es una persona que no expresa sus emociones o su sentir hacia otros, ya que esto se considera símbolo de debilidad (López, 2010; Breines. Connel & Eide, 2000). Por esta razón, es posible deducir el motivo por el cual los varones que han sido víctimas de violencia sexual ya sea durante la infancia, adolescencia o alguna otra etapa de la vida, no denuncien tales actos a las autoridades correspondientes o no lo comenten con familiares o grupos de confianza, hasta el momento en que las consecuencias físicas y psicológicas aparecen, ellos mismos expresan el evento que los ha afectado.

Se cree que los hombres no expresan sus pensamientos porque “así son ellos”, sin embargo, es porque la educación que han recibido dentro de su cultura, siendo influenciados por la familia, la religión y la interacción en las distintas redes sociales en que se encuentra viviendo (Scott, 2015). De acuerdo a la revisión que se realizó en este trabajo, Paredes, (2007) y García, (2009), mencionan que los varones no expresan sus sentimientos porque se les enseñó a reprimir esas emociones o pensamientos que lo harían ver débil, de este hecho, parte la importancia de fomentar que los hombres logren expresar las emociones o pensamientos que se generan de eventos traumáticos, ya que no es una cuestión de debilidad, sino de supervivencia. Al no enunciar lo que les está sucediendo los puede poner en una situación de riesgo para su vida, principalmente en los casos en que son víctimas de violación o abuso sexual. Conocer qué está sucediendo en su vida a nivel cognitivo, emocional o conductual permitirá evaluar la situación para idear una forma de actuar y así ayudarlo cuando se presente alguna problemática.

En concordancia a las investigaciones que se han realizado sobre la violencia sexual en varones, se encontró que las afectaciones son diversas, pero resaltan las de nivel psicológico

pues en éstas se concentran las habilidades, capacidades y herramientas que permiten al individuo ser o no funcional ante situaciones que así lo requieran. La escuela, la familia y el trabajo, son los principales contextos en que se ve reflejada la alteración de la persona. No contar con habilidades de comunicación, de afrontamiento o no saber cómo resolver los problemas de su vida diaria, dificultaría aún más enfrentar las consecuencias de una violación. Así, el VIH como consecuencia de la violación, crea otro panorama de problemáticas además de las alteraciones psicológicas, ya que en este contexto no sólo es afrontar las secuelas de la violación sino también del hecho de adquirir una Infección de Transmisión Sexual.

Las secuelas psicológicas que deja cualquier evento traumático conforman todo un abanico, todas ellas con la intervención adecuada y oportuna pueden mejorar y llevar a la persona a un estado cognitivo, emocional y conductual más funcional. A este propósito, es que se realizó una relación de las posibles consecuencias si ambos eventos se presentan de forma simultánea, es claro que no todos los casos presentan las mismas afectaciones, sin embargo, las que se encontraron en común a partir de los estudios analizados, dan la pauta para considerar las más frecuentes y en la forma en que se puede intervenir. Se destaca que la baja autoestima, sentirse vulnerables a ser discriminados, tener depresión, angustia, miedo, vergüenza en otras, son las principales secuelas que deja una violación y la adquisición de VIH.

Se mencionó anteriormente que el hecho de que los varones aprendan a expresar lo que piensan o sienten acerca de eventos traumáticos es cuestión de supervivencia, es decir, si el varón presenta un cuadro de depresión, baja autoestima o mantiene ideas irracionales que ya no le permiten convivir de forma adecuada en su vida cotidiana, lo puede llevar a ideas o actos que pondrían en riesgo su vida, por ejemplo las ideas suicidas o acudir a lugares de convivencia en los que se expone a tener contacto sexual sin protección, incluso llegar al consumo de drogas como un escape a la realidad en la que se encuentra.

De esta forma, aprender a vivir después de una violación y la adquisición del VIH es un reto que el varón ahora tiene que enfrentar, además de pensar en su vida, también es importante que aprenda a pensar en la vida de los demás y fomentar el cuidado a ambas partes, para así no extender la infección del virus, es decir, tener prioridad en su sexualidad y prevenir para no infectar a otros o “reinfectarse”. Asimismo, no repetir el mismo patrón de violencia que él vivió, ya que como se vio en el apartado de tipificación del agresor, en muchos casos se presenta como antecedente violencia sexual (Echeburúa y Redondo, 2010; Ghiglieri, 2005).

Retomando el tema del VIH como consecuencia de una violación, es relevante señalar al paciente que adquirir el virus no es una sentencia de muerte como se pensaba hace muchos años, a pesar de las consecuencias negativas de la enfermedad, es una nueva forma de vida, con nuevos aprendizajes y que adaptarse o ajustarse a la realidad en que vive permitirá mejorar en la medida de lo posible su calidad de vida, manteniendo las indicaciones médicas, así como las psicológicas. Reestructurar por completo su vida, por supuesto no será una tarea sencilla, es por ello que el *acompañamiento psicológico* desde el evento traumático, así como de las pruebas, diagnóstico y tratamiento de la infección es la piedra angular en la vida de la persona.

El propósito de la intervención psicológica es que el paciente aprenda a afrontar las consecuencias del evento traumático, que aprenda a canalizar el enojo provocado por el mismo, que aprenda nuevas formas de afrontar éste y próximos eventos que para él sean un problema, que mejore su calidad de vida al modificar sus pensamientos y conductas inapropiados.

Ahora bien, la propuesta de intervención a un varón que haya contraído VIH por medio de una violación, se mantiene como un plan de intervención opcional, pues es sabido que existen otras terapias psicológicas con distintos enfoques, sin embargo, la terapia cognitivo conductual permite la modificación no sólo del área cognitiva sino conductual también, que

se puede generalizar a los distintos contextos en que se desenvuelve el individuo. La ruta de intervención en este trabajo, sólo es una posible guía que el profesional puede seguir, ya que como se mencionó se decidió exponerla de esta forma debido a la relevancia en la relación que se encontró sobre las consecuencias psicológicas de una violación y la adquisición de VIH.

Se espera que con esta propuesta, los pacientes logren una mejoría en las distintas áreas de su vida que se vean afectadas por dichos eventos, ya que como se ha mencionado el aspecto más importante en el momento de realizar una intervención es salvaguardar la vida del paciente y prevenir situaciones que pongan en riesgo su vida o la de las personas con quienes convive. Por esta razón, no sólo es un plan de intervención que merme las consecuencias negativas del evento traumático y del VIH, también se espera que funja como una forma de prevenir la repetición de los patrones de violencia que el paciente ha sufrido, así como una forma de prevenir la infección a otros o que él mismo se infecte en vista de que existen distintas cepas del VIH. Otro de los propósitos de la propuesta es que los varones que hayan adquirido VIH, tengan la adherencia al tratamiento pertinente, pues como se expuso en los estudios sobre este tópico, en muchas ocasiones los pacientes no siguen el tratamiento por diversos factores, lo cual puede terminar en un escenario peor que los efectos negativos del tratamiento antirretroviral: la muerte por llegar a fase SIDA.

Es así como concluye el presente trabajo, considerando que el propósito se cumplió, no sin antes mencionar los posibles alcances y limitaciones. Esta investigación se enfocó en las posibles consecuencias que puede tener un varón ante una violación y la adquisición de VIH por medio de ésta, sin embargo, la propuesta no es rígida en cuanto a sexo o género, dado que ambas situaciones se presentan en cualquier población, aunque es prudente advertir que hay poblaciones que se presentan más vulnerables ante la violencia sexual y otras que se encuentran en mayor riesgo de adquirir el VIH. Aunque se espera que la propuesta se pueda generalizar, es oportuno ahora recordar que cada persona reacciona de forma distinta ante un mismo evento, por la historia previa que tiene cuenta con diferentes habilidades y herramientas de afrontamiento, por lo que es necesario realizar una entrevista que englobe

todas las áreas de la vida del paciente y de ser posible utilizar otras formas de evaluación psicológica. Finalmente, una de las principales limitaciones en el momento de realizar la propuesta de intervención es que sólo fue un supuesto, por lo que sería conveniente intentar la aplicación de este trabajo en una persona que haya pasado por una situación similar a la expuesta en esta investigación, con el propósito corroborar la eficiencia del modelo cognitivo conductual ante los casos de violación e infección por VIH.

BIBLIOGRAFÍA

- Almanza, A. y Flores, F. (2012). Resistencia a la discriminación: narrativas familiares acerca de la infección por VIH. Un estudio exploratorio. *Psicología y Salud*. 22(2), 173-184. Recuperado de <https://www.uv.mx/psicysalud/psicysalud-22-2/22-2/Ariagor%20Almanza%20Avenida%20F1o.pdf>
- Alterman, M. (2008). La identidad del rol sexual: los vínculos entre el hombre y la mujer. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Anderson, D. J., (2009). Understanding the biology HIV-1 transmission: the foundation for prevention. En K. Mayer, & H. Pizer, (Eds), *HIV Prevention. A comprehensive approach*. USA: Academic Press.
- Angel, A. (2017). Aumentan los delitos sexuales en México; en un año el registro subió de 27 mil a 30 mil casos. Animal Político. Revisado el día: 22 de junio de 2017. <http://www.animalpolitico.com/2017/04/delitos-sexuales-violencia-mexico/>
- Aresti, L. (2003). *La violencia impune. Una mirada sobre la violencia sexual contra la mujer*. México: De Tendederos.
- Aristizábal, C. (2011). Estigma y discriminación frente a las personas con VIH como fuente de vulnerabilidad e inequidad en la atención en salud. En M. Arrivillaga y B. Useche (Eds.). *SIDA y sociedad. Crítica y desafíos sociales frente a la epidemia* (pp. 289-321). Colombia: Ediciones Aurora.
- Arrivillaga, M. y Useche, B. (2011). Adherencia terapéutica y VIH/SIDA desde el enfoque de la determinación social de la salud. En M. Arrivillaga y B. Useche (Eds.). *SIDA y sociedad. Crítica y desafíos sociales frente a la epidemia* (pp. 117-171). Colombia: Ediciones Aurora.
- Barrios-Acosta, M. (2011). SIDA sociopediátrico. Reflexiones necesarias sobre el VIH/SIDA en la niñez desde la pediatría social. En M. Arrivillaga y B. Useche (Eds.). *SIDA y sociedad. Crítica y desafíos sociales frente a la epidemia* (pp. 243-288). Colombia: Ediciones Aurora.
- Ballester, R. (2003). Eficacia de un programa de intervención cognitivocomportamental para mejorar la adhesión al tratamiento y el estado emocional de pacientes con infección por

- VIH/SIDA. *Psicothema*. 15(4), 517-523. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72715402>
- Bermúdez-Román, V., Bran-Piedrahita, L., Palacios-Moya, L. y Posada-Zapata, I. C. (2015). Influencia del estigma en torno al VIH en el acceso a los servicios de salud. *Salud Pública de México*. 53(3), 252-259. Recuperado de <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v57n3/v57n3a14.pdf>
- Blanch, J., Cáceres, C., Nomdedeu, M., Rousaud, A., Gómez, E. y García, F. (2007). Telemedicina y VIH. *Revista sobre la sociedad del conocimiento*. 4, 24-31. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=79000408>
- Breines, I., Connell, R. & Eide, I. (2000). *Male roles, masculinities and violence*. Paris: Cultures of Peace Series.
- Briongos, L. S., Bachiller, P., Eiros, J. M. y Palacios, T. (2007). Papel de médico de familia en el manejo de la infección por VIH. *Anales de Medicina Interna*. 24(8), 399-403. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/ami/v24n8/revision.pdf>
- Brito, G. e Iraizoz, A. M. (2011). Enfoque bioético de los pacientes portadores del VIH, u de médicos y enfermeros de la atención secundaria sobre el VIH/SIDA. *Revista Cubana de Medicina Integral*. 27(2), 1-15. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252011000200010
- Burin, M. y Meler, I. (2009). *Varones. Género y subjetividad masculina*. Buenos Aires: Librería de Mujeres Editoras.
- Burin, M., Meler, I. Tajer, D. Volnovich, J. C. y Hazaki, C. (2012). *La crisis del patriarcado*. Buenos Aires: Topía Editorial.
- Calvi, B. (2005). *Abuso sexual en la infancia. Efectos psíquicos*. Argentina; Lugar Editorial.
- Campero, L., Caballero, M., Kendall, T., Herrera, C. y Zarco, A. (2010). Soporte emocional y vivencias del VIH: Impactos en varones y mujeres mexicanos desde un enfoque de género. *Salud Mental*. 33, 409-417. Recuperado de <http://investigacion.cephcis.unam.mx/generoyrsociales/index.php/soporte-emocional-y-vivencias-del-vih/>

- Cantú, R., Álvarez, J., Torres, E. y Martínez, O. (2012). Impacto psicosocial en personas que viven con VIH-sida en Monterrey, México. *Psicología y Salud*. 22(2), 163-172. Recuperado de https://www.uv.mx/psicysalud/psicysalud-22-2/22-2/Rodrigo%20Cant%FA%20Guzm%E1n_2.pdf
- Castanyer, O. (2009). Introducción. En O. Castanyer (Coord.), *La víctima no es culpable. Las estrategias de la violencia*. España: Desclée De Brouwer.
- Castro, J., Gutiérrez, R. y Villena, J. (2007). Actualización para el médico no especialista en el tratamiento del VIH. *Acta Médica Peruana*. 24(3), 208-222. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=96624313>
- Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA. (2006). Guía para la aplicación de la prueba rápida. México: *Secretaría de Salud*. Recuperado de <https://www.gob.mx/censida/documentos/guia-para-la-aplicacion-de-la-prueba-rapida-de-vih>
- Centro Nacional para la prevención y el Control del VIH/SIDA. (2013). La epidemia del VIH y el sida en México. http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/epidemiologia/L_E_V_S.pdf Revisado el día 16 de julio de 2017
- Centro Nacional para la prevención y el Control del VIH/SIDA. (2016). http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/epidemiologia/RN_1er_trim_20161.pdf Revisado el día 4 de agosto de 2016.
- Crettiez, J. (2009). *Las formas de la violencia*. Argentina: Waldhuter.
- Dirección General de Epidemiología. (2012). Manual de procedimientos estandarizados para la vigilancia epidemiológica del VIH-SIDA. México: Secretaría de Salud. Recuperado de https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/236888/Manual_VIHSIDA_vFinal_1nov12.pdf
- Duarte, E., Gómez, J. F. y Carrillo, C. D. (2010). Masculinidad y hombre maltratador ¿pueden las creencias de hombres y mujeres propiciar la violencia de género? *Revista de Psicología*. 19(2), 7-30. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=26416966001>

- Echeburúa, E. y Redondo, S. (2010). *¿Por qué víctima es femenino y agresor masculino? La violencia contra la pareja y las agresiones sexuales*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Edo, M. T. y Ballester, R. (2006). ESTADO EMOCIONAL Y CONDUCTA DE ENFERMEDAD EN PACIENTES CON VIH/SIDA Y ENFERMOS ONCOLÓGICOS. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. 11(2), 79-90. Recuperado de [http://www.aepcp.net/arc/02.2006\(2\).Edo%20y%20Ballester.pdf](http://www.aepcp.net/arc/02.2006(2).Edo%20y%20Ballester.pdf)
- Escudero, A. (2009). Las estrategias del maltrato en la violencia de género: la destrucción en la víctima de la “identidad propia”. En O. Castanyer (Coord.), *La víctima no es culpable. Las estrategias de la violencia* (pp. 55-109). España: Desclée De Brouwer.
- Feixas, G. y Miró, M. T. (1993). Aproximaciones a la psicoterapia. *Una introducción a los tratamientos psicológicos* (pp. 207-251). Barcelona: Paidós.
- Fonseca, C. (2008). Aproximación teórica sobre la construcción cultural de género. En C. Fonseca y M. L. Quintero (Coord.), *Temas emergentes en los estudios de género* (pp.17-29). México: Porrúa.
- Gala, A., Berdasquera, D., Pérez, J., Pinto, J., Suárez, J., Joanes, J., Sánchez, L., Aragonés, C. y Díaz, M. (2007). Dinámica de Adquisición del VIH en su dimensión social, ambiental y cultural. *Revista Cubana de Medicina Tropical*. 52(2), 90-97. Recuperado de <http://scielo.sld.cu/pdf/mtr/v59n2/mtr03207.pdf>
- Gallego-Montes, G. (2010). Implicaciones del VIH-SIDA en la biografía de varones con prácticas homoeróticas en la Ciudad de México. *Salud Pública de México*. 52, 141-147. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342010000200006
- García, J. (2008). El hombre joven, Hacia una nueva categoría para comprender la identidad masculina en lo jóvenes. En C. Fonseca y M. L. Quintero (Coord.), *Temas emergentes en los estudios de género* (pp. 71-110). México: Porrúa.
- García-Mina, A. (1999). El estudio de las diferencias entre los sexos en la psicología. En M. J. Carrasco y A. García-Mina (Coord.) *Cuestiones de género. Varones y mujeres: ¿dos universos diferentes?* (pp. 11-22). España: Universidad Pontificia Comillas de Madrid.
- García, I. y Rodríguez, M. (2014). Situación en que viven y adhesión al tratamiento en mujeres y hombres de San Luis Potosí con VIH/SIDA. *Acta Universitaria*. 24(4), 3-14. doi: 10.15174.au.2014.515

- Gatell, J. M., Closet, B., Podzamczar, D., Miró, J. M., Mallolas, J., Fortuny, C. y Zamora, L. (2007). Tratamiento antirretroviral en el año 2007 para adultos. En J. M. Gatell, B. Closet, D. Podzamczar, J. M. Miró y J. Mallolas (Coord.), *Guía práctica del SIDA. Clínica, diagnóstico y tratamiento* (pp. 357-35). España: Elsevier Doyma.
- GeoSalud. (2017). Pruebas para la Detección de la infección por VIH. <http://www.geosalud.com/vih-sida/pruebas-para-la-deteccion-infeccion-por-vih.html>
Revisado el día 16 de julio de 2017
- Ghiglieri, M. P. (2005). *El lado oscuro del hombre. Los orígenes de la violencia masculina*. España: Tusquets Editores.
- González, V., Gutiérrez, S. y Quian, J. (2014). Profilaxis para evitar infección por el virus de inmunodeficiencia humana. Protocolo de manejo frente a abuso sexual o accidente con agujas en niños y adolescentes. *Archivos de Pediatría de Uruguay*. 85(4), 1-4. Recuperado de http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-12492014000400006
- González, T. y Rodríguez, J. (2014). Introducción. En T. González y J. Rodríguez (Coord.), *Hacia una razón antidiscriminatoria. Estudios analíticos y normativos sobre la igualdad de trato* (pp. 7-28). México: Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación.
- Granados-Cosme, J. A., Torres-Cruz, C. y Delgado-Sánchez, G. (2009). La vivencia del rechazo en homosexuales universitarios de la Ciudad de México y situaciones de riesgo para VIH/SIDA. *Salud pública de México*. 51, 482-488. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10616162006>
- Gutiérrez-Martínez, D. (2015). Diversidad y feminismos: entre sociología de géneros y políticas de los géneros. En D. Gutiérrez-Martínez y K. Felitti (Coord.), *Diversidad, sexualidades y creencias. Cuerpo y derechos en el mundo contemporáneo* (pp. 107-161). Argentina: Prometeo Editorial.
- Hernández, D. y Martínez, R. (2008). La otra migración. Historias de discriminación de personas que vivieron con VIH en México. *Salud Mental*. 31(4), 253-260. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252008000400002
- Hoffman, M. A. (1996). *Assessment counseling clients intervention with HIV disease and prevention*. New York: The Guildford Press. pp. 69-113.

- Horno, P. (2009). Estrategias subyacentes al maltrato a los niños y las niñas. En O. Castanyer (Coord.), *La víctima no es culpable. Las estrategias de la violencia* (pp. 19-54). España: Desclée De Brouwer.
- Horno, P., Santos, A. y Alonso, C. (2001). *Abuso sexual infantil: Manual de formación para profesionales*. Madrid: Save the Children.
- Hussar, D. A. (2017). Adherencia al tratamiento farmacológico. Manuales MS. Revisado el día 11 de octubre de 2017 <https://www.msmanuals.com/es/hogar/fármacos/factores-que-influyen-en-la-respuesta-del-organismo-a-los-fármacos/adherencia-al-tratamiento-farmacológico>
- Infante, C., Zarco, A., Cuadra, S. M., Morrison, K., Caballero, M., Bronfman, M. y Magis, C. (2006). El estigma asociado al VIH/sida: el caso de los prestadores de servicios de salud en México. *Salud Pública de México*. 48(2), 141-150. Recuperado de <http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/6680>
- Información Farmacoterapéutica de la Comarca. (2011). Adherencia al tratamiento farmacológico en patologías crónicas. *19LIBURUKIA*. 19(1), 1-6. Recuperado de https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/cevime_infac/eu_miez/adjuntos/infac_v19_n1.pdf
- InfoSIDA. (2016a). Las fases de la infección por el VIH. <https://infosida.nih.gov/understanding-hiv-aids/fact-sheets/19/46/las-fases-de-la-infeccion-por-el-vih#> Revisado el día 16 de julio de 2017.
- InfoSIDA. (2016b). Pruebas de detección del VIH. <https://infosida.nih.gov/understanding-hiv-aids/fact-sheets/19/47/pruebas-de-deteccion-del-vih> Revisado el día 16 de julio de 2017
- InfoSIDA (2017). VIH y SIDA ¿Cuál es la diferencia? <https://infosida.nih.gov/understanding-hiv-aids/infographics/22/vih-y-sida--cual-es-la-diferencia-> Revisado el día 15 de abril de 2017.
- Jesús, M. (1999). El malestar en la desigualdad. En M. J. Carrasco y A. García-Mina (Coords.) *Cuestiones de género. Varones y mujeres: ¿dos universos diferentes?* (pp. 23-45). España: Universidad Pontificia Comillas de Madrid.

- JUSTIA México. (1999). Código Penal del Estado de México. Libro primero. Recuperado de <http://mexico.justia.com/estados/mex/codigos/codigo-penal-del-estado-de-mexico/>
- Knobel, H., Codina, C., Fumaz, C., y Tuldrá, A. (2007). Resistencia al tratamiento antirretroviral. En J. M. Gatell, B. Closet, D. Podzamczar, J. M. Miró y J. Mallolas (Coord.), *Guía práctica del SIDA. Clínica, diagnóstico y tratamiento* (pp. 409-420). España: Elsevier Doyma.
- Lafaurie, M. M., Forero, A. E. y Miranda, R. J. (2011). Narrativas de travestis sobre su vivencia con el VIH/Sida. *Revista de Investigación y Educación en Enfermería*. 29(3), 353-362. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=105222406003>
- Lehrer, J. A., Lehrer, E. L. y Oyarzún, P. B. (2009). Violencia sexual en hombres y mujeres jóvenes en Chile: Resultados de una encuesta (año 2005) a estudiantes universitarios. *Revista Médica de Chile*. 137, 599-608. Recuperado de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872009000500002
- López, M. (2010). El proceso de construcción de la masculinidad: su impacto en el cuerpo y la salud de los hombres. (*Tesis inédita de Maestría*). Bosques de Aragón: Facultad de Estudios Superiores Aragón. Recuperado de <http://132.248.9.195/ptb2011/febrero/0666680/Index.html>
- Lozano, A. F., Torres, T. M. y Aranda, C. (2008). Concepciones culturales del VIH/Sida de estudiantes adolescentes de la universidad de Guadalajara, México. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*. 6(2), 739-768. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1692-715X2008000200009&script=sci_abstract&tlng=es
- Manual para la prevención de VIH/SIDA. (2012). *La Casa de la Sal*. México: (editorial desconocido).
- Marshall, W. L. (2001). Etiología de la delincuencia sexual. En W. L. Marshall y G. A. Serran (Eds.), *Agresores sexuales*. España: Ariel.
- Marshall, W. L. y Serran, G. A. (2001). Naturaleza y alcance del delito sexual y su prevención. En W. L. Marshall y G. A. Serran (Eds.), *Agresores sexuales*. España: Ariel, 5-13.

- Meinchenbaum, D. (1988). Terapias cognitivo conductuales. En S. J. Linn y J. P. Garske (Eds.), *Psicoterapias Contemporáneas. Modelos y Métodos* (pp. 331-362). Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Meléndez, M. C., Rodríguez, J. R. y Vélez, M. (2015). Personas trans y su adherencia a la terapia antirretroviral para el VIH/SIDA. *Sociedad Interamericana de Psicología*. 49(3), 315-331. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28446020004>
- Miró, J. M., Sued, O., García-Alcaíde, F., Moreno, A., Blanco, J. L., León, A., Agüero, F., García-Gómez, J. F., Martínez-Chamorro, E., Mallolas, J. y Gatell, J. (2007). Control de los adultos y adolescentes infectados por el VIH. En J. M. Gatell, B. Closet, D. Podzamczar, J. M. Miró y J. Mallolas (Coord.), *Guía práctica del SIDA. Clínica, diagnóstico y tratamiento* (pp. 131-151). España: Elsevier Doyma.
- Moral, J. y Segovia, M. P. (2011). Discriminación en mujeres que viven con VIH/SIDA. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*. 2(2), 185-206. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=245118507004>
- Muñoz, J. M. F. (2014). *La construcción de la masculinidad en la Ciudad de México en su determinación de clase social*. (Tesina de Licenciatura inédita). Distrito Federal: Facultad de Ciencias Políticas y Sociales. Recuperado de <http://132.248.9.195/ptd2014/mayo/097118237/Index.html>
- Muñoz, L. y Naveira, E. (2005). Tratamiento antirretroviral. Actitud terapéutica actual (TARGA). En F. Cobo (Coord.), *Aspectos clínicos y microbiológicos de la infección por VIH. Nuevos avances en el tratamiento del SIDA* (pp. 383-410). Barcelona: Formación ALCALÁ.
- Observatorio Nacional Ciudadano (2017). Reporte sobre delitos de alto impacto, marzo 2017. <http://onc.org.mx/> Revisado el día 17 de junio de 2017.
- Olavarría, J. (2014). Obstáculos que enfrentan los hombres para asumir una concepción equitativa de género en países latinoamericanos. Cuestiones a resignificar las prácticas masculinas “tradicionales” para su transformación. En J. C. Cervantes, E. Vargas, y R. Castro (Eds.), *Obstáculos y retos en la transformación de las masculinidades* (pp. 15-36). México: Universidad de Guadalajara.

Organización Mundial de la Salud. (2016a). http://www.who.int/hiv/pub/progress_report2011/regional_facts/es/index1.html

Revisado el día 4 de agosto de 2016.

Organización Mundial de la Salud. (2016b). http://www.who.int/topics/hiv_aids/es/

Revisado el día 9 de agosto de 2016.

Paredes, T. (2007). Hombres que ejercen violencia: la construcción social de la masculinidad. (*Tesina inédita de Licenciatura*). Distrito Federal: Facultad de Estudios Superiores Zaragoza. Recuperado de <http://132.248.9.195/pd2007/0618105/Index.html>

Pérez, E., Soler, Y. M., Hung, Y. y Rondón, M. (2016). Programa educativo para favorecer la adherencia terapéutica en pacientes con tratamiento antirretroviral. *Revista Archivo Médico de Camagüey*. 20(2), 177-187. Recuperado de

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552016000200010

Pérez-Salgado, D., Compean-Dardón, M. S. y Ortiz-Hernández, L. (2017). Inseguridad alimentaria y adherencia al tratamiento antirretroviral en personas con VIH de México. *Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva*. 22(2), 543-551. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63049587022>

Piña, J. A., Corrales, A. E., Mungaray, K. y Valencia, M. A. (2006). Instrumento para medir variables psicológicas y comportamientos de adhesión al tratamiento en personas seropositivas frente al VIH (VPAD-24). *Revista Panameña de Salud Pública*. 19, 217-228. Recuperado de http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1020-49892006000400001&script=sci_abstract&tlng=es

Quezada, V., Neno, R. y Luzoro, J. (2006). *Abuso sexual infantil. ¿Cómo conversar con los niños?* Santiago de Chile: Universidad Internacional SEK.

Quintero, M. L. y Fonseca, C. (2008). Importancia de la vinculación de la categoría género y la ciudad. En C. Fonseca y M. L. Quintero (Coord.), *Temas emergentes en los estudios de género* (pp. 31-52). México: Porrúa.

Raphael de la Madrid, R. (2014). Conceptos para un reporte general sobre la discriminación en México. En T. González y J. Rodríguez (Coord.), *Hacia una razón antidiscriminatoria. Estudios analíticos y normativos sobre la igualdad de trato* (pp.73-104). México: Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación.

- Ramírez, M. A. (2009). *Hombres violentos. Un estudio antropológico de la violencia sexual masculina*. México: Plaza y Valdés.
- Real Academia Española. (2017). Empatía. Revisado el día 22 de junio de 2017. <http://dle.rae.es/?id=EmzYXHW>
- Recoder, M. L. (2011). *Vivir con VIH-SIDA: Notas etnográficas sobre el mundo de la enfermedad y sus cuidados*. Argentina: Editorial Biblos.
- Redondo, S. (1996). Perfil psicológico de los delincuentes sexuales. En E. Echeburúa (Ed.), *Personalidades violentas* (pp. 95-128). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Riva, B. C. (2009). El delito de violación en varones: masculinidad en conflicto y discurso judicial. *Memoria Académica*. 1-18. Recuperado de http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.1010/ev.1010.pdf
- Rodríguez, J. (2014). Prolegómenos de una teoría política de la igualdad de trato. En T. González y J. Rodríguez (Coord.), *Hacia una razón antidiscriminatoria. Estudios analíticos y normativos sobre la igualdad de trato* (pp. 31-71). México: Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación.
- Roffiel, R. (1992). *Lineamientos para el diagnóstico y tratamiento del abuso sexual en la infancia*. Estados Unidos: International Planned Parenthood Federation.
- Rosales, R. C. Sánchez, K. y Riverí, J. M. (2016). Experiencia traumática por violación en un adolescente. *MEDISAN*. 20(10), 5032-5036. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=368447678012>
- Rossi, F. (2011). Medicamentos para el VIH y el SIDA. Hablamos de salud o hablamos de negocios. En M. Arrivillaga y B. Useche (Eds.), *SIDA y sociedad. Crítica y desafíos sociales frente a la epidemia* (pp. 75-95). Colombia: Ediciones Aurora.
- Russell, W. (s.f). Violencia sexual contra hombres y niños. *Violencia Sexual*. pp. 22-23. Recuperado de <http://www.fmreview.org/sites/fmr/files/FMRdownloads/es/pdf/RMF27/22-23.pdf>
- Sánchez, F. (22 de marzo de 2016). Relato de un hombre que fue violado. *EL UNIVERSAL*. Recuperado de <http://www.eluniversal.com.mx/blogs/ponte-yolo/2016/03/22/relato-de-un-hombre-que-fue-violado>
- Sánchez, J. A. (2014). *Manual sobre VIH/SIDA. (Inédito)*. México: La Casa de la Sal, A.C. pp. 1-28.

- Sánchez, M. (2013). Tipología y factores de invisibilización de la violencia sexual contra mujeres y varones en contextos de conflicto armado. *III Jornadas del Centro Interdisciplinario de Investigaciones en Género*. pp. 1-8. Recuperado de http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.3428/ev.3428.pdf
- Sánchez-Sosa, J. J., Cázares, O., Piña, J. A. y Dávila, M. (2009). Un modelo psicológico en los comportamientos de adhesión terapéutica en personas con VIH. *Salud Mental*. 32, 389-397. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252009000500005
- Santana, J. A. (2014). Masculinidad pandillas y salud en una colonia popular de la zona metropolitana de Guadalajara. En J. C. Cervantes, E. Vargas, y R. Castro (Eds.), *Obstáculos y retos en la transformación de las masculinidades* (pp. 75-95). México: Universidad de Guadalajara.
- Scher, A. (2016). *Estigma y discriminación hacia hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH) y mujeres trans: impacto en la vulnerabilidad y riesgo frente al VIH/SIDA*. Recuperado de http://digitalcollections.sit.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=3486&context=isp_collection
- Scott, J. W. (2015). El problema de la diferencia en el feminismo. En D. Gutiérrez-Martínez y K. Felitti (Coords), *Diversidad, sexualidades y creencias. Cuerpo y derechos en el mundo contemporáneo* (pp. 39-48). Argentina: Prometeo Editorial.
- Segura-Torres, A. y Martínez-Munguía, C. (2014). La homofobia como elemento que obstaculiza las relaciones interpersonales entre hombres y mujeres adolescentes. En J. C. Cervantes, E. Vargas, y R. Castro (Eds.), *Obstáculos y retos en la transformación de las masculinidades* (pp. 37-55). México: Universidad de Guadalajara.
- Sivakuraman, S. (2010). Del dicho al hecho: la ONU y la violencia sexual contra hombres y niños durante conflictos armados. *INTERNATIONAL REVIEW of the Red Cross*. 877, 1-20. Recuperado de <https://www.icrc.org/es/download/file/21753/sivakuraman.pdf>

- Sweeney, M. y Kirwan, R. (2013). *Por sentido común usa el condón. Guía de supervivencia para el nuevo milenio*. México: Trillas.
- UNAIDS (2007). *AIDS Epidemic Update*. Geneva: UNAIDS and WHO.
- Useche, B. y Arrivillaga, M. (2011). Una aproximación a la historia crítica de la investigación, la prevención y el tratamiento del VIH/SIDA. En M. Arrivillaga, y B. Useche (Eds.), *SIDA Y SOCIEDAD. Crítica y desafíos sociales frente a la epidemia* (pp. 17-44). Colombia: Ediciones Aurora.
- Varela-Arévalo, M. T. y Hoyos-Hernández, P. A. (2015). La adherencia al tratamiento para el VIH/SIDA: más allá de la toma de antirretrovirales. *Revista de Salud Pública*. 17(4), 528-540. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=42242945004>
- Ventura, J. M., Martín, M. T., Morillo, R., Yébenes, M. y Casado, M. A. (2014). Adherencia, satisfacción y calidad de vida relacionada con la salud en pacientes infectados por el VIH con tratamiento antirretroviral en España. Estudio ARPAS. *Farmacia Hospitalaria*. 38(4), 291-299. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-63432014000400005
- Vidal, F. (2008). Los nuevos aceleradores de la violencia remodelada. En A. García-Mina (Coord.), *Nuevos escenarios de la violencia* (pp. 17-47). España: Universidad Pontificia Comillas de Madrid.
- Villa, I. C. y Vinaccia, S. (2006). Adhesión terapéutica y variables psicológicas asociadas en pacientes con diagnóstico de VIH-sida. *Psicología y Salud*. 16(1), 51-62. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/291/29116106.pdf>
- Zonana-Nacach, A., Torres-Salinas, S. y Franco-Esquivel, S. J. (2014). Asistencia mensual a la clínica de virus de inmunodeficiencia adquirida por receta resurtible y adherencia al tratamiento antirretroviral. *Salud Pública de México*. 56(5), 1-2. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342014000500004&lng=pt&nrm=iso&tlng=es

ANEXO.

**ENTREVISTA INICIAL SOBRE VIOLENCIA SEXUAL DEL
POGRAMA INTERDISCIPLINARIO DE ATENCIÓN A LA
VIOLENCIA SEXUAL Y LOS ESTUDIOS DE GÉNERO**



**PROGRAMA INTERDISCIPLINARIO DE ATENCIÓN A LA
VIOLENCIA SEXUAL Y ESTUDIOS DE GÉNERO**
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA UNAM
ENREVISTA INICIAL SOBRE VIOLENCIA SEXUAL



DATOS DEMOGRÁFICOS								Fecha:		
Nombre del usuario:				Terapeuta:						
Dirección:										
Teléfono particular:				Teléfono para localizar:						
Edad:		Sexo:	F	M	Lugar de nacimiento:					
Fecha de nacimiento:				Creencia religiosa:						
Escolaridad:	Analfabeta	Primaria inc.	Primaria	Secundaria inc.	Secundaria	Técnica	Preparatoria inc.	Preparatoria		
	Superior inc.	Superior	Otra:							
Estado civil:	Soltera(o)	Casada (o)	Unión libre	Viuda(o)	Separada(o)					
Ocupación:	Desempleado	Estudiante	Comerciante	Hogar	Obrera	Empleada	Otra:			
Dejo de estudiar por causas:	Económicas	Familiares	Desinterés	Trabajo	Enfermedad	Otra:				
Dejó de trabajar por causas:	Económicas	Familiares	Desinterés	Enfermedad	Otra:					
Horario escolar o laboral:	Matutino	Vespertino	Nocturno	Mixto	Variable	Otra:				
Con quien vive:	Padres	Hermanos	Conyuge	Hijos ---	Familia extensa	Amistades	Sola	Otra:		
Personas con las que vive										
Nombre		Parentesco			Edad		Ocupación			
Miembro de alguna agrupación:		No	Si	Iglesia	Club deportivo	Asociación	Otra:			
Tiene amigos cercanos:		No	Si	Especifique:						
DATOS FÍSICOS DEL USUARIO										
Estatura:		Peso:		Complexión:	Robusta	Medio robusta	Media	Delgada		
Señas particulares:					Delgada	Muy delgada	Usa anteojos: Si	No	Si	No
Cabello:		Tes:		Ojos:		Nariz:		Boca:		
Lunares:		Incapacidad física:	Si	No	Especificar:					
Retardo en el desarrollo:		No	Si	Especificar:						
Aspecto físico:	Muy agradable	Agradable	Normal	Desagradable	Muy desagradable					
Arreglo:	Adecuado	Descuidado	Sucio	Despeinado	Maquillaje excesivo	Desmaquillada	Sin afeitar	Otro:		
Vestimenta:	Escotada	Normal	Recatada	Otro:						
DATOS ECONÓMICOS										
Ingreso familiar en salarios mínimos			Menos de 1	1 a 2	2 a 4	4 a 6	6 a 8	Más de 8		
Quienes contribuyen al ingreso familiar		Padre	Madre	Hermanos	Conyuge	Usuaría	Hijos	Otro:		
Ocupación del padre:	Desempleado	Estudiante	Hogar	Obrero	Empleado	Comerciante	Otro:			
Ocupación de la madre:	Desempleado	Estudiante	Hogar	Obrero	Empleado	Comerciante	Otro:			
Ocupación del conyuge:	Desempleado	Estudiante	Hogar	Obrero	Empleado	Comerciante	Otro:			
Ocupación de los hijos:	Desempleados	Estudiantes	Hogar	Obreros	Empleados	Comerciantes	Otro:			
REMISIÓN AL PIAV										
¿Quién la trajo?	Familiar	Amistad	Vecino	Sola	Otro:					
¿Cómo se enteró del servicio:	Propaganda externa			Procuraduría	CUSI	Estudiante	Otra:			
Algún familiar al que se pueda solicitar apoyo:			Padre	Madre	Hermanos	Conyuge	Otro:			
DATOS DEL ATAQUE										

Fecha:		Día:	Lunes	Martes	Miercoles	Jueves	Viernes	Sabado	Domingo
Mes:	E F M A M J J A S O N D	Año:		Hora:					
Lugar:	Escuela	Valdío	Casa de la víctima	Casa del atacante	Coche	Calle	Baño		
	Otro:		Municipio o delegación:						
No. De atacantes:	1	2	3	4	5	Mas de 5			
Tiempo transcurrido desde el ataque:	1-7 días		1-4 semanas		1-6 meses				
	6 meses-1 año		1-2 años		Mas de 2 años				
Durante cuánto tiempo duró el ataque:	Minutos	Horas	Días	Semanas	Meses	Años			
Motivo:	Miedo	Desconfianza	Falta de información		Negación de la familia				
	Estado emocional o de salud		Otro:						
Tipo de ataque:	Abuso de menores		Incesto	Estupro	Tentativa de violación	Violación	Lesiones		
	Hostigamiento sexual		Maltrato doméstico		Actos libidinosos		Otro:		
Tipo de relación sexual:	Genital		Oral-genital		Oral	Anal	Uso de objetos		
	Masturbación		Caricias sin penetración			Otro:			
Uso de violencia física:	No	Si leve	Si moderada		Si grave				
Uso de violencia moral:	No	Si leve	Si moderada		Si grave				
Uso de amenazas:	No	Si leve	Si moderada		Si grave				
Uso de armas:	No	Si	Punzocortante		Arma de fuego		Objetos		
			Herramientas		Lazo	Otro:			
Uso de intimidación:	No	Si leve	Si moderada		Si grave				
Uso de engaño:	No	Si	Abuso de confianza:		No	Si			
Uso de seducción:	No	Si	Violencia verbal:		No	Si			
Uso de alcohol y drogas:	No	Si leve	Si moderada		Si grave				
Uso de presión moral:	No	Si leve	Si moderada		Si grave				
Uso de pornografía:	No	Si	Otro:						
DATOS DEL ATACANTE									
Conocía al atacante(s)	No	Si	Tipo de relacion		Amigo	Novio	Vecino	Familiar	
Resultó dañado el atacante:	No	Si	Tiempo de conocerlo		Días	Semanas	Meses	Años	
Especifique:					Nunca	Otro:			
Ropa del atacante:	De vestir	Mezclilla	Pants	Uniforme	Casual	Vaquera	Traje		
	Sucia	Limpia	Otro:						
Complexión:	Muy robusto		Robusto	Medio	Delgado	Muy delgado			
Estatura:	Muy alto	Alto	Medio	Bajo	Muy bajo	Apodo:			
Vehículo:	Marca		Modelo		Color				
Aspecto físico:	Muy agradable		Agradable	Normal	Desagradable		Muy desagradable		
Aseo:	Muy limpio	Limpio	Normal	Sucio	Muy sucio	Edad aproximada:			
Olor:	Alcohol	Loción	Thiner	Tabaco	Mal aliento	Otro:			
Podría identificarlo:	No	Si	Podría situarlo:		No	Si			
Escolaridad aproximada:	Analfabeta	Primaria inc.	Primaria	Secundaria inc.	Secundaria	Técnica	Preparatoria inc.	Preparatoria	
	Superior inc.	Superior	Otra:						
Ocupación aprox.	Desempleado	Obrero	Comerciante	Estudiante	Técnico	Autoridad	Otro:		
Señas particulares:	Nariz:	Chata	Afilada	Recta	Aguileña	Pequeña	Grande		
Cabello:	Chino	Lacio	Quebrado	Negro	Café	Güero	Largo	Medio	Corto
Boca:	Grande	Chica	Color piel:	Blanco	Güero	Moreno	Muy moreno	Otro:	
Ojos:	Grandes	Pequeños	Saltones	Rojos	Labios:	Gruesos	Delgados		
Lunares:	Cara	Brazos	Manos	Cuello	Cuerpo	Piernas	Otro:		
Bigote:	No	Si	Barba:	No	Si	Otro:			
Qué hizo el atacante para	La tiró	La correteó	Le apuntó con una pistola			La abrazó	La golpeó		

atacarla:	La amenazó con cuchillo			Le tapó la boca		Otro:	
Qué le dijo el atacante:	Amenazó	Gritó	Insultó	Explicó	Conversó	Otro:	
Lenguaje del atacante:	Vulgar	Educado	Acento típico		Groserías	Otro:	
Qué modales utilizó:	Bruscos	Normales	Caballerosos		Agresivos	Otro:	
Qué expresión tenía:	Tranquilo	Agresivo	Nervioso	Asustado	Sádico	Otro	
DATOS DE LA VÍCTIMA							
Cómo vestía el día del ataque:	Muy recatada		Recatada	Normal	Provocativa	Muy provocativa	
	Arreglada	Sucia	Limpia	Peinada			
Iba en algún vehículo:	No	Si	Marca:	Modelo:	Color:	Ruta:	
Objetos que cargaba:	Libros	Bolsas	Paraguas	Abrigo	Monedero	Otras:	
Traía joyas:	No	Si	De oro	De fantasía fina	De fantasía barata	Otras:	
Que hizo usted ante el ataque:	Corrió	Se paralizó	Obedeció	Peleó al inicio		Peleó todo el tiempo	
	Otra:						
Que dijo usted ante el ataque:	Grito	Convenció	Suplicó	Rogó	Insultó	Agredió verbalmente	
	Lloró	Otra:					
Qué sintió o pensó en el momento de la violación:							
DATOS POSTERIORES AL ATAQUE							
Qué hizo después :	Se vistió	Se fue a su casa		A la policía	Con otra persona	Se bañó	
	Se lo contó a alguien más			Otra:			
Qué le dijeron o qué hicieron al saberlo:	Apoyarla		Comprenderla	Llorar	Ir a la policía	Ir al doctor	
	Preguntarle más		Regañarla	Pedir ayuda	Otra:		
Quién mas lo sabe:	Padre	Madre	Hermanos	Conyuge	Vecinos	Amigos	
Quien más estuvo implicado en el ataque:	Hijos						
ASPECTO LEGAL							
Hizo denuncia legal:	No	Si	Cuándo:	Inmediato	Después	Durante la terapia	
Por qué:	Miedo	Desconfianza	No se lo permiten	Desinterés	Falta de información	No quieren que lo sepan	
Averiguación previa:	Municipio o delegación:			Hay detenido:		No	
En que parte del proceso va:	Denuncia	Detención	identificación	Audiencias	Careo	Sentencia	
Juzgado:	Reclusorio:		Juzgado				
Cómo te hizo sentir el hecho de haber levantado la denuncia	Enojada		Avergonzada		Culpable	Dolor	
	Resistencia		Otro	Especifique:			
ASPECTO MÉDICO							
Lesiones:	No	Si	Leves	Moderadas	Graves	Embarazo:	
Infecciones genitourinarias:	No	Si	Leves	Moderadas	Graves	Tiempo de embarazo:	
Dolor de cabeza u otra parte:	No	Si	Leves	Moderadas	Graves	Días	
Alergias:	No	Si	Leves	Moderadas	Graves	Semanas	
Tics:	No	Si	Leves	Moderadas	Graves	Meses	
Dolores aparato genital:	No	Si	Leves	Moderadas	Graves	Especifique:	
Transtornos intestinales:	No	Si	Leves	Moderadas	Graves		
Pérdida de peso:	No	Si	Leves	Moderadas	Graves		
Aumento de peso:	No	Si	Leves	Moderadas	Graves		
Cansancio:	No	Si	Leves	Moderadas	Graves		
Tensión física	No	Si	Leves	Moderadas	Graves		
Cicatrices:	No	Si	Leves	Moderadas	Graves	En qué parte:	
Otra:							
Relaciones sexuales anteriores al ataque:			No	Si	Pareja estable	Ocasionales	
Fecha de la última menstruación:			Control natal:		No	Si	
					Cuál:		
ASPECTO PSICOLÓGICO							
Pensamientos anteriores a por qué ocurría el ataque:							

Típo de atacantes:							
A qué personas atacaban:							
En dónde:							
A qué hora:							
Había considerado la posibilidad de ser atacada:		No	Si	Por qué:			
HISTORIA VICTIMOLÓGICA							
Nº. de ataques:	1er ataque	2do ataque	3er ataque	4to ataque	Mas de 4 ataques		
Cómo la hace sentir el hecho de haber sido atacada:	Triste		Sola	Insegura	Devaluada	Frustrada	Deprimida
	Rechazada		Con miedo	Ansiosa	Culpable	Otra:	
Ha tenido intentos suicidas:	Nunca	Algunas veces	Muy a menudo	Siempre	Lo ha pensado bien:		No Si
Tienes los medios para hacerlo:	No	Si	Especifique:				
Cómo lo haría:							
Estarías dispuesta a recibir ayuda de amigos o familiares:		No	Si	Todos	Padre	Madre	Novio
		Conyuge	Amigos	Vecinos	Otro:		
CONSECUENCIAS							
Emocionales, cognitivas y afectivas	No	A veces (1 x sem)	Regular (3 x sem)	General (5 x sem)	Siempre (diario)		
Enojo							
Asco							
Pesadillas							
Vergüenza							
Inseguridad							
Baja autoestima							
Obsesión respecto al ataque							
Frustración							
Impotencia							
Autoconcepto negativo							
Pánico							
Autodestrucción							
Deseos de morir							
Desamparo							
Hostilidad hacia hombres							
Sentimientos de enojo u odio							
Sentimientos de venganza							
Desconfianza hacia los hombres							
Preocupación por opinión de otros							
Espectativas negativas							
Tristeza							
Rebeldía							
Aislamiento							
Agresión							
Explosiones repentinas							
Sobregeneralización							
Catastrofizar							
Miedo a estar sola							
Miedo a salir de noche							
Miedo a lugares cerrados							
Miedo a lugares abiertos							
Miedo a sentir que la siguen							

Miedo a ser nuevamente violada									
Miedo a los hombres o extraños									
Miedo a personas con autoridad									
Miedo a quedarse sola en autobus									
Miedo a caminar sola de día									
Miedo a caminar sola de noche									
Miedo a viajar sola de día o noche									
Otro									
Complete las frases:		Cuando ahora pienso en lo que sucedió, me doy cuenta de que yo debería:							
Ahora que esto (ataque) pasó:									
FAMILIARES									
Describe su relación interpersonal a partir del ataque:									
Persona	Satisfactoria	Aceptable	Conflictiva	Indiferente	Sin cambios	Con cambios			
Padre									
Madre									
Hermanos									
Conyuge									
Hijos									
Amigos									
Compañeros de trabajo									
Vecinos									
Se siente cerca de su familia:		Muy cerca	Moderadamente cerca	Neutral	Distante	Muy distante	Otro		
Siente que le hace daño a:									
Que obtuvo de familiares y amigos		Desintegración		Rechazo	Peleas	Unión	Comprensión		
		Apoyo	Desinterés		Regaños	Insultos	Le creyeron		
		Golpes	Abandono físico		Abandono emocional		Culpabilización		
		Sobreprotección		Ira	Contra quién:				
Lo obtuvo:	No	Si	De quién:	Familia	Amistades	Terapeuta	Legal	Otra:	
Que respuesta obtuvo de:									
Padre:			Madre:			Hermanos:			
Conyuge:			Amigos:			Hijos:			
Parientes:			Conocidos:			Otros:			
Tiene problemas con amigos por el ataque:		No	Si	Con quien:					
Tiene problemas con familiares por el ataque:		No	Si	Con quien:					
SEXUALES									
Cambios en la relación sexual	No	Si	Sin cambios	Disminución	Aumento	Buenas	Regulares	Malas	Otras
Frecuencia									
Satisfacción									
Dolor									
Vergüenza									
Asco									
Miedo									
Interés									
Escenas retrospectivas									
Obtención de orgasmo									
PAREJA									
Qué obtuvo de su pareja	Comprensión	Rechazo	Peleas	Unión	Desintegración	Desinterés	Abandono		

a partir del ataque	Apoyo	Desinterés	Ira	Culpabilización	Alejamiento	Incomprensión	Otra
ECONÓMICAS							
Gastos médicos	No	Si	Leves	Moderados	Muchos	Otros:	
Gastos legales	No	Si	Leves	Moderados	Muchos	Otros:	
Gastos de transporte	No	Si	Leves	Moderados	Muchos	Otros:	
Robo	No	Si	Leves	Moderados	Muchos	Otros:	
Necesidades de préstamos	No	Si	Leves	Moderados	Muchos	Otros:	
LABORES							
Pérdida del trabajo	No	Si	Sin cambios		Otro:		
Cambio de horario	No	Si	Sin cambios		Otro:		
Necesidades de faltar	No	Si	Sin cambios		Otro:		
Incapacidad	No	Si	Sin cambios		Otro:		
Aumento de trabajo	No	Si	Sin cambios		Otro:		
Problemas con compañeros	No	Si	Sin cambios		Otro:		
Problemas con jefes	No	Si	Sin cambios		Otro:		
Otro:	No	Si	Sin cambios		Otro:		
ESCOLARES							
Dejó de asistir	No	Si	Sin cambios		Otro:		
Bajó de calificaciones	No	Si	Sin cambios		Otro:		
Reprobación	No	Si	Sin cambios		Otro:		
Problemas con compañeros	No	Si	Sin cambios		Otro:		
Falta de atención	No	Si	Sin cambios		Otro:		
Problemas de concentración	No	Si	Sin cambios		Otro:		
Conductas agresivas	No	Si	Sin cambios		Otro:		
Descuido	No	Si	Sin cambios		Otro:		
CONDUCTUALES							
Cambios en lo siguiente	No	Si menos	Si mas	Sin cambios	Otro:		
Hábitos de aseo	No	Si menos	Si mas	Sin cambios	Otro:		
Hábitos de sueño	No	Si menos	Si mas	Sin cambios	Otro:		
Hábitos de alimentación	No	Si menos	Si mas	Sin cambios	Otro:		
Consumo de tabaco	No	Si menos	Si mas	Sin cambios	Otro:		
Consumo de alcohol	No	Si menos	Si mas	Sin cambios	Otro:		
Consumo de drogas	No	Si menos	Si mas	Sin cambios	Otro:		
Abuso de medicamentos	No	Si menos	Si mas	Sin cambios	Otro:		
Dependencia hacia alguien	No	Si menos	Si mas	Sin cambios	Otro:		
Dependencia de t.v o radio	No	Si menos	Si mas	Sin cambios	Otro:		
Cambio de número telefónico	No	Si menos	Si mas	Sin cambios	Otro:		
Aumento de trabajo	No	Si menos	Si mas	Sin cambios	Otro:		
Actividades de esparcimiento	No	Si menos	Si mas	Sin cambios	Otro:		
Cambio de domicilio	No	Si menos	Si mas	Sin cambios	Otro:		
Otra:	No	Si menos	Si mas	Sin cambios	Otro:		
Antes de suceder el ataque estaba:				Ahora que sucedió el ataque estoy:			
				Muy satisfecha con mi vida			
				Moderadamente satisfecha			
				Bastante satisfecha			
				Poco satisfecha			
				Insatisfecha			
Cuáles eran sus actividades preferidas:			1.-		2.-		
3.-		4.-		5.-			