



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

Sistema de Universidad Abierta

“Factores psicosociales en la sintomatología depresiva en mujeres portadoras de VIH/SIDA: una perspectiva de género”

TESIS

PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGIA

Presenta:

Mónica Díaz Almazán

Directora de Tesis: Dra. Fátima Flores Palacios

Revisora de tesis: Lic. Asunción Valenzuela Cota



MEXICO, D.F. 2011



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

A DIOS

Por permitir, cumplir este gran sueño.

A LA UNAM

Por haberme abierto las puertas y mi reconocimiento por la gran labor que realiza en la formación de tantos jóvenes que son el futuro de nuestro país.

A TODOS MIS MAESTROS

Que de una forma o de otra, me enseñaron con su ejemplo, que el aprender cada día, es un gran privilegio.

ESPECIALMENTE

Con admiración y respeto a la Dra. Fátima Flores Palacios, por sus consejos su entusiasmo y el apoyo incondicional que me brindó en la elaboración de este informe.

A LOS MIEMBROS DEL JURADO

Lic. María Asunción Valenzuela Cota

Dra. María del Rosario Muñoz Cebada

Lic. Jorge Álvarez Martínez

Dr. Samuel Jurado Cárdenas

Por su invaluable apoyo y motivación constante.

A TODA MI FAMILIA

Por el amor y afecto, que en cada momento me han demostrado, así como por compartir su vida a mi lado y ser parte de esta historia, especialmente a Daniel y Adrian por ser un motivo perenne, para hacer posible, lo imposible.

A CONACYT

Por el apoyo económico, para la realización de este trabajo.

A LA MEMORIA DE MI AMIGA

Raquel Fernández Diego, por enseñarme que si se puede.

A todas aquellas personas que directa o indirectamente contribuyeron a la realización de este trabajo.

INDICE

RESUMEN

INTRODUCCION

CAPITULO 1 VIH/SIDA.....5

- 1.1 Historia
- 1.2 Mecanismos de transmisión
 - 1.2.1 vía sexual
 - 1.2.2 vía perinatal
 - 1.2.3 vías sanguínea
- 1.3 Fases y sintomatología
- 1.4 Factores de riesgo
- 1.5 Pruebas de anticuerpo
- 1.6 Tratamiento farmacológico de VIH/SIDA
- 1.7 Epidemiología
 - 1.7.1 VIH/SIDA en el mundo
 - 1.7.2 VIH/SIDA en Mexico
 - 1.7.3 VIH/SIDA en el D.F.
- 1.8 Infección de VIH/SIDA en mujeres

CAPITULO 2 DEPRESION.....27

- 2.1 ¿Qué es la depresión?
- 2.2 Definición
- 2.3 Síntomas
- 2.4 Clasificación
- 2.5 Características de la depresión
- 2.6 Prevalencia
- 2.7 Etiología
 - 2.7.1 Genéticas
 - 2.7.2 Psicológicas
 - 2.7.3 Ecológicas
 - 2.7.4 Sociales

CAPITULO 3 GÉNERO Y VULNERABILIDAD	
EN MUJERES VIVIENDO CON VIH/SIDA.....	41
3.1 Genero.	
3.2 Instancias básicas de género.	
3.3 Vulnerabilidad.	
3.4 Implicaciones del diagnostico.	
3.5 Características clínicas del cuadro depresivo en mujeres con infección por VIH/SIDA.	
3.6 Estados emocionales asociados con el VIH/SIDA.	
3.7 Factores psicológicos, vulnerabilidad y VIH/SIDA.	
CAPITULO 4.- METODO.....	52
4.1 Justificación	
4.2 Planteamiento del problema	
4.3 Pregunta de investigación	
4.4 Objetivo General	
4.5 Objetivos Específicos	
4.6 Supuestos	
4.7 Muestra	
4.8 Tipo de estudio	
4.9 Técnica	
4.10 Procedimiento	
4.11 Análisis	
CAPITULO 5.- RESULTADOS.....	58
CAPITULO 6.- DISCUSION.....	72
CONCLUSIONES.....	81
LIMITACIONES Y COMENTARIO.....	85
REFERENCIAS.....	86

Resumen

La finalidad del presente trabajo fue investigar sobre los factores psicosociales que afectan la sintomatología depresiva en mujeres portadoras de VIH/SIDA, ya que actualmente es una área poco estudiada, y además de que parte de los síntomas que presentan las mujeres con VIH/SIDA se traslapan con los síntomas que se identifican con la depresión, también pienso que los responsables de identificar dichos síntomas (médicos, enfermeras, trabajadores sociales, psicólogos etc.) no los identifican adecuadamente y por ende en su mayoría las mujeres son más vulnerables a sufrir de violencia de género y discriminación social, laboral, familiar y medica.

El VIH/SIDA constituye un problema de salud pública no sólo por el número de infectados y por su rápida progresión, sino por las consecuencias devastadoras tanto físicas, como psicológicas y sociales que tiene sobre la vida de las personas que la padecen, involucrando a los familiares en su estado emocional.

Por tal motivo en esta investigación se abordó ampliamente el tema de VIH/SIDA, así como de la sintomatología en mujeres, que por diversas causas se contagiaron y se expuso desde la perspectiva de género la forma en que repercute su contexto médico y psicológico.

Se realizó un estudio de tipo exploratorio, utilizando como técnica el análisis de contenido para las entrevistas retomadas de una investigación doctoral que se encuentra en proceso¹ y de un proyecto financiado más amplio² a cargo de la Dra. Fátima Flores Palacio, donde se comprenderá la sintomatología depresiva y sus estados emocionales implicados con el VIH/SIDA.

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

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

Se explicó ampliamente como la mujer es más vulnerable que el hombre al VIH/SIDA por factores biológicos dando por resultado que la infección avance más rápidamente en la población femenina, así como la existencia de distinciones socialmente aceptadas entre hombres y mujeres es justamente lo que da fuerza y coherencia a la identidad de género.

Es importante mencionar que las mujeres también tienen mayores posibilidades de sufrir depresión, sin que importe su estatus económico, o su raza, un factor principal es citado en la bibliografía es la responsabilidad de encargarse del cuidado de la salud de la familia así como la falta de recursos económicos, de educación y apoyo social o médico contribuyen en la incidencia de depresión en la mujer.

Considero que es importante que las pacientes portadoras de VIH/SIDA tengan un tratamiento integral que incluya la evaluación psicológica de los pacientes, no solo para lograr una mejor adherencia y soporte social, sino también, para mejorar la respuesta inmune que podría estar adicionalmente deteriorada por trastornos de esta naturaleza.

Introducción

Los factores psicosociales que presentan las mujeres portadoras de VIH/SIDA son amplios y diversos, frecuentemente presentan sentimientos de soledad, miedo y rabia, se enfrentan con agresividad o mostrando actitudes pasivas contra su entorno y con sintomatología depresiva, provocándole aislamiento social por temor al rechazo y la discriminación ya que percibe su enfermedad con sentimientos de culpa y como castigo, (particularmente cuando tiene que enfrentarse a su diagnóstico y/o con la enfermedad de su pareja o sospecha de la misma de alguno de sus hijos).

México es un país con una epidemia de VIH/SIDA que se ha difundido rápidamente en varios sectores de la población, donde la prevalencia de infección se ha mantenido constante por encima del 5% en por lo menos una parte de la población y entre las mujeres embarazadas de zonas urbanas es menor al 1 %.

La epidemia de VIH/SIDA en México se concentra en las poblaciones de mayor riesgo, entre las que destacan los trabajadores sexuales (hombres) con una prevalencia media del 15%. A continuación se encuentran hombres que tienen sexo con hombres (11%), los usuarios de drogas inyectadas (5%), las trabajadoras sexuales (2%) y las personas privadas de la libertad (1%) (Censida 2010).

Finalmente, de las 225 mil personas que viven con VIH/SIDA en nuestro país, el 57% restante son personas que viven con VIH/SIDA pero al no encontrar registro en las instituciones de salud, es posible que ellas lo desconocen.

Las características particulares de la infección, así como la estigmatización que sufren las mujeres que la padecen, las hace particularmente vulnerables a la incertidumbre con respecto a su futuro, las dificultades al enfrentarse a relaciones interpersonales y sexuales conflictivas, el impacto de padecimiento sobre su

capacidad laboral, así mismo el estrés que le producen las pruebas medicas, consultas, y los posibles efectos secundarios a los medicamentos recetados.

Por otra parte las causas de la depresión en mujeres pueden ser orgánicas y/o biológicas por cambios químicos en el cerebro, debido a cambios hormonales. En el caso de los factores psicosociales tenemos por ejemplo la muerte de un familiar, problemas de salud, estrés, problemas económicos, adicciones entre otras circunstancias que explicare mas adelante.

La presente investigación se divide en seis capítulos.

En el primer capítulo se aborda el tema de VIH/SIDA, se muestra una breve descripción sobre la infección por VIH/SIDA, se explicara de forma clara y precisa sus historia tanto como la forma en que es clasificada, sus formas de trasmisión, también se explicara la forma en que actualmente se confirma la sospecha de infección mediante la prueba conocida como ELISA y su confirmación mediante la WESTER BLOOD así como su sintomatología y su tratamiento dando una considerable importancia a como las mujeres se implicadas por su condición vulnerable en el contexto de su diario vivir, en sus aspectos históricos (incluidos sus relatos e historia de vida), biológicos, psicológicos y sociales.

En el segundo capítulo, reseña lo referente a la depresión, su definición, sus síntomas, su clasificación así como sus características y sus implicaciones genéticas, psicológicas, ecológicas y sociales.

La depresión afecta el humor, la mente, el cuerpo, así como el comportamiento. La depresión es una enfermedad persistente y debilitante que afecta tanto a las mujeres como a los hombres, pero las mujeres experimentan la depresión a una tasa casi al doble que la de los hombres.

Muchas causas pueden causar depresión, incluyendo algunos medicamentos contra el VIH (particularmente el efavirenz/Sustiva), la deficiencia de vitaminas y las

irregularidades hormonales. Algunos factores sociales y situaciones estresantes, como los problemas económicos, la soledad o la falta de oportunidades también pueden contribuir a la depresión.

Sentir tristeza durante uno o dos días es algo que puede afectar a todas las personas normalmente; pero la depresión es algo diferente, ya que puede durar semanas, meses y aun años. Además, puede cambiar la composición química del organismo y si no se recibe atención médica, puede empeorar y hasta causar otras enfermedades.

Así mismo las mujeres portadoras con VIH/SIDA experimentan mayor presión y aislamiento que hacen que se sientan mal consigo mismas y con todo lo que les rodea provocándoles desesperanza sobre su futuro.

El tercer capítulo se desarrolla en torno al género y la vulnerabilidad que enfrentan las mujeres portadoras de VIH/SIDA en donde se ven implicados los estados emocionales y sus factores psicológicos.

Las mujeres con VIH/SIDA son más vulnerables de sufrir de síntomas depresivos ya que no todas tienen acceso a servicios médicos provocando que acudan a sus citas médicas con menos regularidad, además de que algunas presentan menos adherencia a su tratamiento, son más propensas de progresar rápidamente su sintomatología y tienen una más alta mortalidad relacionada con el VIH/SIDA, por lo que diagnosticar oportunamente la depresión no solo mejora la adherencia al tratamiento sino también influye en la progresión de la enfermedad por mecanismos que no están claramente entendidos.

Hoy podemos reconocer que la vulnerabilidad contra la mujer es la expresión de estructuras sociales basadas en la desigualdad que se fundamenta en la función de su sexo (asignación de roles diferentes a hombres y mujeres) y por lo tanto del otorgamiento de un valor superior a los considerados como masculinos.

Tomando en cuenta que los servicios de salud médica y terapia psicológica así como el consumo adecuado de los medicamentos antidepresivos, con los antirretrovirales son muy necesarios para mejorar la calidad de vida (y en algunos casos salvar las vidas) de mujeres portadoras de VIH/SIDA con depresión será necesario que las mujeres tengan la posibilidad de estar informadas de sus derechos y ejercerlos.

En el cuarto capítulo, se detalla el procedimiento empleado en la realización de la presente investigación, se muestra la justificación y la descripción de las participantes, así como el tipo de estudio, la técnica empleada que es de tipo descriptivo, entre otros aspectos metodológicos necesarios para la investigación.

En el quinto capítulo, se presentan los resultados obtenidos a partir del análisis de contenido, que se obtuvieron de las entrevistas revisadas para ofrecer una visión descriptiva integral de los síntomas físicos y de las reacciones emocionales incluidas en su comportamiento asociado a su contexto familiar, social, laboral y económico.

Finalmente en el sexto capítulo, se retoman los resultados obtenidos y se presentan las conclusiones observadas en las entrevistas, considerando necesario que no se vea limitado el acceso a servicios de salud y apoyo esenciales.

En donde expongo que se deben implementar estrategias de protección social, farmacológica, psicológica y legal para las personas que viven con el VIH/SIDA y sus familias, por parte del gobierno e instituciones educativas y de salud médica pública y privada.

El silencio

Quizás la mayor cualidad del VIH es el silencio, de quienes lo padecen, escapando a la discriminación, al rechazo social, a sí mismos, y el silencio del resto, porque de alguna manera siempre juzgamos, acusamos y para no quedar en evidencia, callamos...

Horacio Knaeber

Capítulo 1 VIH/SIDA

1.1 Historia

Los brotes de enfermedades contagiosas desconocidas no es algo nuevo en la historia de la humanidad y las reacciones hacia los mismos, en el presente han causado preocupación y miedo entre el público, como lo es el caso del VIH/SIDA.¹

El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) se conoció en la primavera de 1981. El primer informe provino del center for Disease Control (Centros para el Control y Prevención de Enfermedades) en Atlanta, Georgia, E. U. A. (un organismo de salud pública responsable de la investigación de epidemias e informes de enfermedades nuevas o raras) quien describió los casos de cinco homosexuales jóvenes anteriormente sanos que habían sido tratado en hospitales de Los Ángeles de una infección pulmonar rara: neumonía por *Pneumocystis carinii* (NPC); un protozooario que parasita a los pulmones y como resultado dificulta mucho la respiración. Esta infección solo puede ocurrir en individuos cuyo sistema inmunológico está muy deteriorado (Daniels, 1993).

En mayo de 1983, Luc Montaigner, en el Instituto Pasteur de Francia y un año después, Robert Gallo, en el Instituto Nacional de Cáncer de Estados Unidos, identificaron y aislaron al virus causante de SIDA. En 1984 se desarrollaron pruebas de detección de anticuerpos y en 1985 se iniciaron las pruebas serológicas de rutina en bancos de sangre.

¹ Se utilizara el término de VIH/SIDA para a tres categorías de diagnósticos:

- 1.- casos de infección por el VIH (no sida)
- 2.- casos de infección por VIH y luego de SIDA
- 3.- casos de infección por el VIH y de SIDA al mismo tiempo

En mayo de 1986, un comité taxonómico de la Organización Mundial de la Salud (OMS) propuso denominar al virus del SIDA "virus de inmunodeficiencia humana" (VIH). En el transcurso de 1987 se iniciaron, en Francia y Estados

Unidos, se realizaron ensayos de posibles candidatos de vacunas contra el SIDA (Soberón, 1988).

Richarson (1990), considera que el virus que causa el SIDA se origino probablemente en África Central y fue exportado a través de Haití a E.U.A. y al resto del mundo. La razón para ello no es simplemente que el virus sea muy frecuente en Uganda, Zaire, Randa y otras naciones de África Central. Un hecho más convincente fue descubrir que un virus muy similar al que causa el SIDA es endémico en el mono verde africano. Como hecho interesante, el virus al parecer tiene pocos efectos perjudiciales en estos monos. Sin embargo, en una especie diferente de mono, los macacos, el virus causa un síndrome de inmunodeficiencia similar al SIDA del hombre.

El síndrome de inmunodeficiencia adquirida o SIDA representa la expresión clínica final de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Además de la destrucción del sistema inmunológico que constituye la característica más importante de la enfermedad, la infección por el VIH origina una serie de manifestaciones neurológicas y tumorales (Gatell, 2004).

Es una enfermedad de "inmunodeficiencia" por que ataca y debilita el sistema inmune del organismo, y se denomina "síndrome" por que consta de una serie de síntomas y enfermedades que, acaban desarrollando el SIDA (Usdin, 2004).

El SIDA es una enfermedad causada por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (Fig. 1) que se instala en las células y permanece allí por años antes de manifestarse, razón por la cual el individuo infectado puede transmitir el virus sin darse cuenta. La característica principal del SIDA es la incapacidad del sistema inmunológico para proteger al cuerpo de las infecciones (Diaz-Loving, 1999).

El virus de inmunodeficiencia humana pertenece a la familia retroviridae, específicamente a la familia lentivirus, tiene extrema variabilidad genética.

La estructura del VIH es una partícula esférica con un diámetro de entre 80 y 110 nm., presenta tres capas concéntricas:

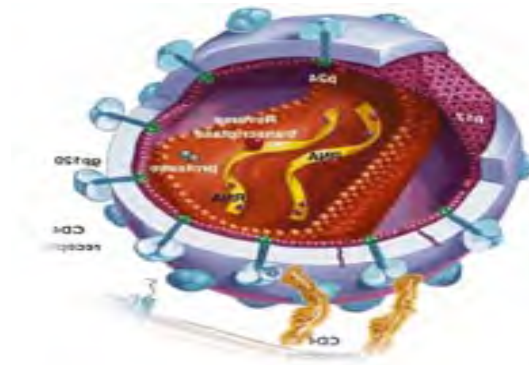


Figura 1 la estructura de VIH

1.- Capa externa o bicapa lipídica que tiene incrustadas glucoproteínas del virus, formando 72 proyecciones y también alta concentración de proteínas celulares destacando antígenos de histocompatibilidad.

2.- Capa intermedia, nucleocápside icosaédrica.

3.- Capa interna, que posee una especie de nucleoide, con forma de cono truncado por el ARN del virus y la nucleoproteína con las enzimas (Bravo, 2005).

El VIH ataca el sistema inmunológico del cuerpo. Una vez que se ha deteriorado, el organismo es vulnerable a infecciones y cánceres que las personas con sistemas inmunológicos intactos pueden evitar. Estas enfermedades se denominan en ocasiones “infecciones oportunistas”, por que aprovechan la oportunidad ofrecida por la inmunidad debilidad del organismo para dañarlo (Richarson, 1990).

Los virus son miembros de un grupo de microorganismos extremadamente pequeños que solo pueden vivir dentro de las células u otras criaturas vivas. El VIH

deteriora progresivamente el sistema inmunológico. Lo lleva a cabo atacando y matando a un grupo particular de glóbulos blancos conocido como células T colaboradoras y que progresivamente destruye los linfocitos (Richardson 1990).

1.2 Mecanismos de transmisión

Las diversas formas de transmisión de VIH que hasta el momento se conocen son por la exposición a sangre, semen, secreciones vaginales y leche materna, independientemente del sexo o la orientación sexual (Michael, 2002).

1.2.1 Vía sexual

Las conductas sexuales con intercambio de líquidos corporales pueden transmitir el VIH. Aunque la tasa de transmisión del VIH es algo superior para el receptor del semen que para la pareja sexual donante, se ha documentado la existencia de transmisión en ambas direcciones. Las relaciones con penetración anal y penetración vaginal se consideran las conductas de más alto riesgo, siendo mayor la probabilidad de transmisión en caso de otras enfermedades de transmisión sexual o de lesiones genitales o durante actividades sexuales que causen la rotura de tejidos o hemorragia (Daniels, 1993).

1.2.2 Vía perinatal (vertical)

El contagio entre la madre y su bebe puede producirse durante la gestación, el parto o la lactancia. Dado que la leche materna contiene un número significativo de linfocitos que pueden dar lugar a la transmisión del VIH de la madre al recién nacido (Daniels, 1993).

1.2.3 Vía sanguínea (parenteral)

El VIH suele adquirirse en quienes usan drogas intravenosas, al compartir agujas o jeringas. Ello va seguido del desarrollo de anticuerpos VIH. En la mayor parte de los casos se descubren con la prueba anti-HIV en el transcurso de los tres meses de adquirir el virus, pero en muy pocos el desarrollo de anticuerpos detectables quizá requiera hasta 12 meses o incluso más. Este proceso se conoce como “seroconversión” (Daniels, 1993).

No se debe olvidar que todavía no se conocen con seguridad todos los mecanismos de transmisión de esta enfermedad dentro de las personas colocadas fuera de los grupos de riesgo y lo que es más importante, es de esperarse una exaltación del virus del VIH como también una mayor facilidad de información, lo que es muy posible, tomando en cuenta los sucesos ocurridos en epidemias pasadas (Sandner, 1990).

La población en general e inclusive algunos médicos solo se preocupan por el enfermo de SIDA, clínicamente afectado, sin darse cuenta del riesgo que significa el seropositivo VIH asintomático ya que irremediablemente va a desarrollar el SIDA mientras no se encuentre un medio para detener este mal, ya que es contagioso, ofreciendo mayor riesgo en lo que respecta a la difusión de la enfermedad (Sandner, 1990).

Entre la infección y la aparición del SIDA transcurren por término medio seis años, con un margen de oscilación muy grande, que puede llegar hasta los quince. Es posible que este periodo variable de incubación dependa de la cantidad de virus recibidos (Wilhelm, 1988).

1.3 Fases y sintomatología

La organización mundial de la salud (OMS) identificó cuatro fases de la infección de VIH. Cada fase representa un deterioro del sistema inmune caracterizado por la existencia de infecciones oportunistas más graves y frecuentes (Usdin, 2004).

Los individuos infectados con VIH pueden clasificarse en cuatro categorías generales:

- 1.- **Portadores asintomáticos**, sin signos de inmunodepresión (Daniels, 1993).

Fase 1 por lo general, no hay indicios de que una persona este infectada. Es posible que las glándulas linfáticas estén inflamadas, pero, básicamente la persona

se encuentra sana y puede seguir en este estado durante muchos años (Usdin, 2004).

2.- **Linfadenopatía generalizada persistente (LGP)** con tumefacciones ganglionares (linfadenopatía) en axilas, cuello, ingles, etc. (Daniels, 1993).

Fase 2 con una inmunodeficiencia moderada, el organismo es más propenso a la enfermedad. Durante esta fase, se producen problemas de poca importancia en la piel, resfriados y pérdida de peso. También suele producirse el herpes zoster (conocido a sí mismo como culebrilla) (Usdin, S. 2004).

3.- **Complejo relacionado con el SIDA (CRS)** – sintomático con fatiga, fiebre, y a menudo afectado del sistema inmunológico (Daniels, 1993).

Fase 3 el sistema inmune cada vez corre más peligro y empiezan a aparecer problemas más graves, entre los cuales, una gran pérdida de peso, diarrea crónica, fiebre, aftas en la boca (producidas por un hongo), candidiasis vaginal, neumonía y tuberculosis (Usdin, 2004).

El síndrome de inmunodeficiencia adquirida o sida constituye la etapa final de la infección por el VIH; el virus destruye el sistema inmunitario, y cuando este ya no protege al organismo contra enfermedades comunes, que normalmente no serían mortales, se corrobora el diagnóstico de sida.

4.- **SIDA** plenamente manifiesto, – sintomático, con infecciones que ponen en peligro la vida y sarcoma de Kaposi (Daniels, 1993).

Fase 4 esta fase se caracteriza por la aparición de enfermedades oportunistas, que pocas veces se encuentran en personas que no son seropositivas. Entre ellas se incluyen una infección pulmonar conocida como neumonía por *Pneumocystis carinii*, candidiasis esofágica (una infección en la garganta causada por hongos), infecciones en el cerebro como toxoplasmosis y

meningitis criptococica, diarrea persistente, también pérdida de peso constante y cánceres con el sarcoma de Kaposi (Usdin, 2004).

Una vez dentro del organismo humano, el VIH ataca principalmente un subgrupo de células del sistema inmunitario que poseen una molécula llamada CD4 (Organización Panamericana de la Salud, 1997).

1.4 Factores de riesgo

Los factores de riesgo dependen sobre todo del comportamiento sexual, que están relacionados con el número de parejas, la velocidad de cambio de parejas, frecuencia de relaciones con parejas casuales y las técnicas sexuales. También dependen del comportamiento para la atención de la salud que incluyen medidas preventivas como el uso del condón, la prevención de adicciones, la detección, diagnóstico y tratamiento en los padecimientos específicos (Diaz-Loving, 1999).

En ONUSIDA (2007) se menciona que *riesgo* se define como la posibilidad de que una persona pueda contraer la infección por el VIH, entre los que se pueden mencionar, mantener relaciones sexuales no protegidas, con parejas cuyo estado del VIH se desconozca así como inyectarse drogas con agujas y jeringas contaminadas.

El riesgo de adquirir el SIDA por relaciones sexuales normales o por tener un simple saludo con un enfermo, o bien por la práctica del personal médico que aplica las medidas antisépticas establecidas, es muy bajo, no debiéndose por ello ignorar que existe la posibilidad de que el contagio se haga cada vez más frecuente por medio de relaciones humanas normales y corrientes. (Sandner, 1990).

La principal causa de contagio del VIH/SIDA es el contacto sexual por lo tanto son importantes los patrones de conducta sexual que se relacionan directamente con factores sociodemográficos, ya que son indicadores que ayudan a reconocer a los grupos más expuestos al contagio (Villagrán, 1993; Alfaro Martínez, 1995 citados en Diaz-Loving, 1999).

Entre los grupos vulnerables para contraer VIH, Olaz (1988) menciona que están los siguientes:

LOS HOMBRES QUE TIENEN SEXO CON OTROS HOMBRES (HSH)

Aquellos hombres que han tenido relaciones homosexuales después de 1970. En especial los que han tenido muchos compañeros sexuales son los que tienen el mayor riesgo de infección por el VIH/SIDA.

PERSONAS QUE USAN DROGAS INTRAVENOSAS

En este grupo el riesgo más elevado es para aquellos que comparten las agujas y jeringas para inyectarse. También ocurre la infección cuando las jeringas y agujas son usadas repetidamente, sin tener una desinfección adecuada; como sucede en ciertas regiones de África y Europa central.

PERSONAS QUE FRECUENTEMENTE TIENEN "SEXO CASUAL"

Las prácticas sexuales con personas desconocidas (sexo casual) son un riesgo muy importante para la transmisión del VIH/SIDA.

TRABAJADORAS DEL SEXO COMERCIAL

La prostitución está relacionada con el virus del SIDA no solo por el alto número de compañeros sexuales, sino porque en este grupo es común el uso de drogas intravenosas.

LOS COMPAÑEROS SEXUALES DE PERSONAS EXPUESTAS

Principalmente los compañeros sexuales de homosexuales y bisexuales; sin embargo, se sabe de la transmisión del virus a la pareja sexual en todos los grupos de alto riesgo.

HEMOFILICOS

Es un grupo que ha sido muy afectado, en especial las personas que han recibido múltiples transfusiones antes de que se tuviera la prueba para los donadores de sangre.

RECEPTORES DE TRANSFUSIONES

Las personas que hayan recibido transfusiones den los años 70 y hasta mediados de los 80 tienen una baja probabilidad de haber sido infectados con el virus del VIH/SIDA.

LOS HIJOS DE MADRES CON EL VIRUS DEL VIH/SIDA

Una gran cantidad de niños con SIDA con hijos de mujeres que han sido infectadas por el virus. Los niños se pueden contagiar durante el embarazo, parto o aun cuando la madre los amamanta.

OTROS GRUPOS

Una pequeña porción de los casos, no se pueden calificar en alguno de los grupos anteriores. Este grupo está constituido principalmente por contactos entre personas de diferente sexo (relaciones heterosexuales).

1.5 Prueba de anticuerpo

La prueba más común para descubrir anticuerpos a VIH es la llamada ELISA, (Enzyme-Linked Inmuno-Sorbent Assaay). Una prueba positiva que suele indicar que existen anticuerpos al VIH y que el virus ha estado en el organismo por algún tiempo (Richarson, 1990). Fue aprobada por la Administración de Alimentos y Drogas (FDA) en febrero de 1985, los laboratorios Abbot la comercializan y detecta las estructuras del virus, después de 3 o 6 meses de adquirir el VIH (Feregrino, 1993).

La prueba es específica para anticuerpos VIH, consiste en lo siguiente, la sangre del paciente se pone “en competencia”, para unirse con antígeno, con un

antisuero VIH humano que se ha unido a una enzima. Se incluyen en la mezcla aditivos –un sustrato. Si hay anticuerpo VIH en la sangre del paciente, no se convierte el sustrato añadido a su producto final de color –una mezcla transparente indica que la sangre está infectada; si no hay infección, la mezcla se tiñe (Miller, 1993).

Ser seropositivo significa que se ha expuesto al virus y como resultado se infecta. Una persona en este estado puede describirse como “portador” aunque se presume que es infeccioso para otros a través de las vías conocidas con seguridad de actividades sexuales particulares, sangre y productos hematológicos y el embarazo. En consecuencia ser seropositivo para VIH significa que se tiene una infección, no una enfermedad o afección. Es crucial recordar que no es lo mismo que tener Linfadenopatía generalizada persistente (LGP), Complejo relacionado con el SIDA (CRS) o SIDA (Miller, 1993).

Si la prueba resulta positiva, se aplica una segunda prueba para corroborar y descartar cualquier error con la llamada Western Blot (mancha occidental) que proporciona información más específica sobre los anticuerpos producidos contra los antígenos VIH (Daniels, 1994).

Las personas cuya prueba es seropositiva se dice que son positivas al anticuerpo o seropositivas. No significa que padezcan SIDA. La prueba no mide el grado de la infección, aunque hoy en día hay que suponer que cualquiera que es positivo al anticuerpo es tal vez capaz de transmitir el virus a alguien más que puede desarrollar posteriormente SIDA (Richardson, 1990).

1.6 Tratamiento farmacológico de VIH/SIDA

Después de corroborar la presencia del virus, los síntomas más frecuentes son fiebres e inflamación generalizada o localizada de los nódulos linfáticos, acompañadas a veces de erupción cutánea y dolores de cabeza intensos (Wilhelm, 1988).

Los pacientes generalmente necesitan atención médica constante y especializada, también deben consumir medicamentos para evitar infecciones, es importante saber si un medicamento es útil o no (Sepúlveda, 1989).

El desarrollo de los fármacos Inhibidores de la Transcriptasa inversa y más recientemente, de los Inhibidores de la Proteasa y su combinación en lo que se denomina Terapia Antirretroviral Altamente Activa (HAART) ha permitido comenzar a hablar del SIDA como de una enfermedad no necesariamente fatal.

Desde 1997 se comienzan a aplicar los tratamientos antirretrovirales coincidiendo con el nivel máximo de la epidemia en cuanto a mortalidad y morbilidad. El tratamiento con estos fármacos tuvo como consecuencia una reducción en la incidencia del SIDA y un descenso en la mortalidad. Sin embargo, para que los tratamientos con fármacos antirretrovirales sean eficaces es necesario que la persona infectada por el VIH cumpla escrupulosamente el tratamiento, por lo que es muy importante conseguir que estas personas se adhieran al mismo (Remor, 2002).

Los tratamientos secundarios son necesarios por varias razones:

1.- Las personas viviendo con VIH/SIDA (PVVS) presentan alta tasa de mortalidad en relación a no infectados, y las tasas de carga viral siguen altas con tratamientos de primera o segunda línea.

2.- Los medicamentos antiretrovirales están asociadas a significativas tasas de toxicidad y efectos secundarios.

3.- Han aparecido nuevas comorbilidades como infarto miocárdico, enfermedad cerebrovascular, entre otras como resultado de sobrevivencia prolongada.

4.- No ha disminuido la incidencia de enfermedades malignas como linfoma no Hodgkin, y carcinoma cervical.

5.- Una significativa proporción de PVVS desconocen su diagnóstico, conociéndolo sólo cuando la enfermedad está avanzada. Los cambios epidemiológicos del VIH/SIDA en la era del Tratamiento Antiretroviral de Gran

Actividad (TARGA) han generado nuevos roles de atención en salud, cambiando la actitud paliativa de las décadas de los '80s y '90s a un mayor enfoque en el control de enfermedad y sus síntomas para que los pacientes puedan continuar viviendo por un largo período, y la necesidad de brindar el TARGA -de primera y segunda línea para PVVS (Remor, 2002).

El TARGA ha aumentado el tiempo de sobrevivencia, pese a sus altos costos y efectos secundarios, sin existencia de cura. Por ello, las investigaciones del TARGA están dirigidas a medir su impacto cualitativo en calidad de vida y calidad de atención de estos pacientes, no sólo la dimensión física sino también los aspectos psicosociales y emocionales, lo que permite evaluar estrategias de tratamiento y costo/utilidad para redistribuir recursos e implementar programas de salud adecuados, considerando los diversos aspectos psíquicos y sociales de importancia en esta infección (Gatell, 2004).

El pronóstico, es variable en relación a la supervivencia. La edad cronológica del individuo, el mecanismo de contagio y la forma de presentación parece influir en el tiempo que queda de vida al individuo. El tratamiento con antirretrovirales ha favorecido la prolongación de la sobrevivencia ya que anteriormente era del 30-50% de los infectados era de aproximadamente dos años y menos del 10-20% de los infectados sobrevivía los cuatro años (Gatell, 2004).

Pese a la comprobada eficiencia de las medidas de prevención de la transmisión, éstas han sido insuficientes para impedir el incremento mundial de los casos de VIH/SIDA. Existen diversas hipótesis para ello, dentro de estas destacan las planteadas por Gatell (2004), que son:

- 1.- El pobre acceso a la información y a métodos de prevención.
- 2.- Las creencias distorsionadas o patrones culturales.
- 3.- La poca recepción de las campañas educativas, independiente de su baja cobertura, asociado al patrón socio-psicológico de invulnerabilidad de adolescentes y jóvenes.

4.- El limitado autocontrol personal, especialmente en lo relacionado al comportamiento sexual.

El concepto de atención humanizada en el campo del VIH/SIDA es amplio e involucra un conjunto de conocimientos, actitudes y prácticas que buscan la promoción de estilos de vida saludable, la prevención de transmisión y complicaciones, el diagnóstico oportuno y el tratamiento apropiado (TARGA), garantizando un acercamiento entre los servicios de salud (equipos de salud) y la población en general, preservando la privacidad y la autonomía (Gatell, 2004).

1.7 Epidemiología

La epidemia ha ido creciendo exponencialmente en muchos países, así como extendiéndose a todas las áreas del planeta que inicialmente no se habían visto afectadas, refiriéndose a la pandemia del VIH. En los países más afectados, como lo es África Subsahariana, ya se han producido bajas importantes en la esperanza de vida por esta causa (Gatell, 2004). La epidemia se ha convertido en un gran problema de salud pública con complicaciones psicológicas, sociales, éticas, económicas y políticas que se han convertido en riesgos para la seguridad nacional y para el desarrollo social mundial (CENSIDA, 2009).

Hace unas décadas, solo algunos científicos se atrevían a predecir cómo podría evolucionar el VIH/SIDA, aun no se hablaba de epidemia, desde que se detectaron los primeros casos de lo que posteriormente se llamaría SIDA. (Gatell 2004). Actualmente las investigaciones han profundizado nuestra comprensión de cómo el virus se replica y como se trasmite (Simón, 2006) convirtiéndose en un problema muy complejo con diversas repercusiones psicológicas, sociales, éticas y económicas que afectan el desarrollo social y económico de gran parte del mundo (CENSIDA, 2009).

1.7.1 VIH/SIDA en el mundo

De acuerdo a registros de CENSIDA, el número de personas viviendo con VIH/SIDA hasta el mes de diciembre de 2010 a nivel mundial, se encontraba en

33,4 millones de personas, de los cuales 31.3 millones eran adultos, 15.7 millones son mujeres y 15.6 millones de hombres así como 2.1 millones de niños menores de 15 años, (Tabla. 1) (CENSIDA 2010).

Tabla 1

Panorama mundial de la epidemia del VIH 2009

Número de personas viviendo con VIH en 2007	Total	33.4 millones [31.5 – 35.8 millones]
	Adultos	31.3 millones [29.2 – 33.7 millones]
	Mujeres	15.7 millones [14.2 – 17.2 millones]
	Niños menores 15 años	2.1 millones [1.2 – 2.9 millones]
Personas infectadas por el VIH en 2007	Total	2.7 millones [2.4 – 3.0 millones]
	Adultos	2.3 millones [2.0 – 2.5 millones]
	Niños menores 15 años	430 000 [240 000 – 610 000]
Muertes por SIDA en 2007	Total	2.0 millones [1.7 – 2.4 millones]
	Adultos	1.7 millones [1.4 – 2.1 millones]
	Niños menores 15 años	280 000 [150 000 – 410 000]

Fuente: UNAIDS. AIDS epidemic update 2009. Geneva: UNAIDS, 2009.

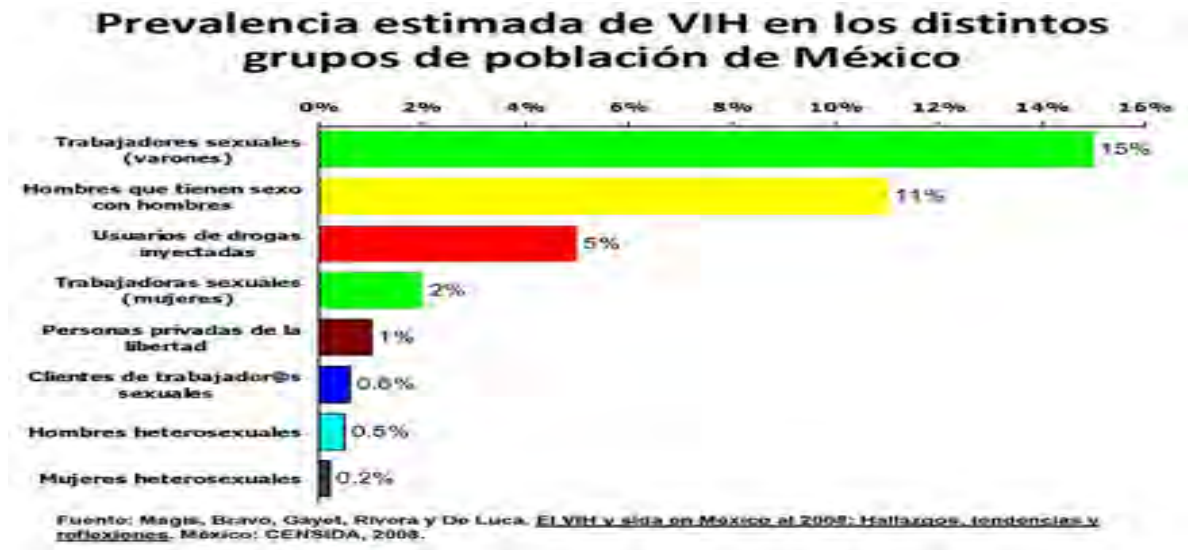
1.7.2 VIH/SIDA en México

La historia de SIDA en México se inicia en 1983, cuando las autoridades sanitarias informan de pacientes extranjeros con cuadros clínicos semejantes a los encontrados en Estados Unidos, en 1985 se inicia en los bancos de sangre la utilización de pruebas serológicas en donadores, lo que permitió determinar la magnitud de la infección. En Mayo de 1986, se publica la ley que establece la obligación de practicar pruebas en todos los donadores de sangre (Díaz-Loving, 1999).

La epidemia de VIH/SIDA en México es generalmente sexual, ya que esta vía de transmisión ha sido la causa de más del 90% de los casos acumulados.

En Mexico se ha encontrado que el VIH/SIDA se concentra en poblaciones de riesgo entre los que resaltan los trabajadores sexuales (hombres) con el 15%. Posteriormente se encuentran hombres que tienen sexo con hombres (11%), las personas que utilizan drogas inyectadas (5%), también las trabajadoras sexuales (2%) así como hombres y mujeres heterosexuales registran datos más bajos (Tabla 2) (CENSIDA 2010).

Tabla 2. VIH EN LOS DISTINTOS GRUPOS EN MÉXICO



A continuación se presentan diferentes tablas que hacen referencia a las entidades federativas, grupos de edad por sexos y categoría de transmisión, así como estadísticas hasta junio del 2010, esto con el fin de dar un panorama general de cómo se ha ido desplazando la epidemia en estos rubros.

Tabla 3. POR EDADES Y SEXO

Grupos de edad	Hombres		Mujeres		Total	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%
< 15 años	1,775	1.5	1,537	6.1	3,312	2.3
15 - 29 años	33,674	29.0	8,309	33.1	41,983	29.7
30 - 44 años	56,992	49.0	10,463	41.6	67,455	47.7
45 y + años	22,885	19.7	4,672	18.6	27,557	19.5
Se desconoce	901	0.8	148	0.6	1,049	0.7
Total	116,227	100.0	25,129	100.0	141,356	100.0

Fuente: CENSIDA, con datos del Registro Nacional de Casos de SIDA al 30-junio-2010

Tabla 4. ENTIDADES FEDERATIVAS

Entidad Federativa	Casos acumulados de SIDA ⁽¹⁾	Incidencia Acumulada 2010 ⁽²⁾	% ⁽³⁾
Aguascalientes	843	72.7	0.6
Baja California	6,528	200.7	4.6
Baja California Sur	767	132.4	0.5
Campeche	1,279	158.8	0.9
Coahuila	1,669	62.9	1.2
Colima	791	130.0	0.6
Chiapas	5,498	120.7	3.9
Chihuahua	3,825	111.8	2.7
Distrito Federal	22,984	259.8	16.3
Durango	1,130	72.6	0.8
Guanajuato	3,100	61.2	2.2
Guerrero	5,873	187.4	4.2
Hidalgo	1,590	65.3	1.1
Jalisco	10,965	155.1	7.8
México	15,718	104.6	11.1
Michoacán	3,822	96.8	2.7
Morelos	3,125	185.2	2.2
Nayarit	1,749	180.0	1.2
Nuevo León	4,038	89.7	2.9
Oaxaca	4,784	134.8	3.4
Puebla	6,640	116.4	4.7
Querétaro	1,145	65.4	0.8
Quintana Roo	2,185	160.4	1.5
San Luis Potosí	1,736	69.6	1.2
Sinaloa	2,608	98.2	1.8
Sonora	2,355	93.0	1.7
Tabasco	2,589	125.6	1.8
Tamaulipas	3,523	109.1	2.5
Tlaxcala	1,080	93.9	0.8
Veracruz	12,899	176.8	9.1
Yucatán	3,379	173.7	2.4
Zacatecas	733	53.2	0.5
Extranjeros	333	-	0.2
Se desconoce	73	-	0.1
Nacional	141,356	130.4	100.0

⁽¹⁾ CENSIIDA, con datos del Registro Nacional de Casos de SIDA al 30-jun-2010.

⁽²⁾ Tasa por 100,000 habitantes

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

Tabla 5. CATEGORIAS DE TRANSMISION

Categoría de transmisión	Hombres				Mujeres			
	Casos diagnosticados en el 2010		Casos acumulados 1983-2010		Casos diagnosticados en el 2010		Casos acumulados 1983-2010	
	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%
Trasmisión sexual	980	98.9	50,602	96.6	202	99.0	9,479	90.6
Homosexual	270	27.2	15,865	30.3				
Bisexual	198	20.0	12,041	23.0				
Heterosexual	512	51.6	22,696	43.3	202	99.0	9,479	90.6
Trasmisión sanguínea	11	1.1	1,603	3.1	2	1.0	983	9.4
Transfusión sanguínea			591	1.1			878	8.4
Hemofilia			68	0.1				
Donador			223	0.4			39	0.4
UDI	11	1.1	718	1.4	2	1.0	64	0.6
Exposición ocupacional			3	0.0			2	0.0
HSH-UDI	1		157	0.3				
Se desconoce	3	(0.3)	27,515	(34.4)			4,673	(30.9)
Total	995	100.0	79,877	100.0	204	100.0	15,135	100.0

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

Fuente: CENSIIDA con datos del Registro Nacional de Casos de SIDA al 30-junio-2010

Tabla 6. ESTADISTICAS ACUMULADAS

Estadísticas	
Personas adultas (15-49 años) viviendo con VIH (estimación 2009)	220,000
Prevalencia de VIH en adultos (estimación 2009)	0.3%
Casos de SIDA acumulados (1983-2010)*	141,356
Casos de SIDA en 2010*, según fecha de diagnóstico	1,765
Detecciones de VIH acumuladas (1985-2010)*	30,924
Detección de VIH en 2010*, según fecha de diagnóstico	1,167
Defunciones por SIDA 2008	5,189
Tasa de mortalidad 2008 por 100 mil habitantes	4.9

* Datos al 30 de junio de 2010

Podemos observar que en México se registra un índice de prevalencia de VIH en población adulta relativamente baja (0.3%), que se concentra en poblaciones de riesgo por diversas formas de transmisión.

1.7.3 VIH/SIDA en el D.F.

Actualmente las cifras que se manejan en el Distrito federal son de 22,984 de casos, se considera que hay una mujer infectada por cada seis hombres, mientras que en Morelos la cifra es de una mujer por cada tres hombres; las entidades que también tiene un alto índice en esta enfermedad son: Veracruz, Puebla y el Estado de México (ONUSIDA 2009).

De acuerdo con ONUSIDA, en la capital del país se infectan cada año dos mil 100 personas, pero sólo se diagnostican entre mil 200 y mil 300, es decir más de mil se infectan y ni siquiera lo saben, con el consiguiente riesgo de que infectan a alguien más.

En lo que va de 2010, en México se han diagnosticado mil 765 personas con el virus del Sida, y en el Distrito Federal es la entidad donde se concentra el 16.3 por ciento de los casos, en tanto que Zacatecas es la población más baja con un 0.5 por ciento de casos, así lo revela la Secretaria de Salud (SSa).

En el Distrito Federal La Clínica Especializada Condesa brinda atención médica a más de cinco mil personas, siendo el instituto que concentra el mayor número de pacientes a nivel nacional y América Latina.

De los pacientes que se atienden en la clínica, más de 35 mil cuentan con Seguro Popular en la República Mexicana.

1.8 Infección de VIH/SIDA en mujeres

La epidemia de mujeres de VIH/SIDA en México se caracterizó por un primer brote de la infección en donadores y receptores de sangre, el cual registró en 1991 su pico más alto con una proporción hombre-mujer de 5 a 1. Más tarde, al disminuir las infecciones por transfusión, el patrón de la infección en mujeres pasó a ser predominantemente por vía sexual con parejas masculinas (Uribe, 1999).

La trasmisión de VIH en mujeres al principio, fue por vía parenteral, posteriormente por transmisión sexual, aumentado desde 1993 como vía predominante para la adquisición de la infección, otras vías de trasmisión de este virus son: abuso sexual, administración de sangre y riesgo ocupacional y a menor escala por inseminación artificial (Hernández, 2002).

La infección de VIH/SIDA en mujeres tiene factores epidemiológicos y clínicos muy importantes que se relacionan con el comportamiento femenino ya que les afecta a las jóvenes en edad reproductora, (de 15 años en adelante) también son trasmisoras de la infección por vía vertical, además de que existen deficiencias en los servicios de salud reproductora y sexual para mujeres con este padecimiento (CENSIDA, 2009).

Desde el inicio de la epidemia de infección por VIH/SIDA en el mundo, el número de mujeres infectadas se ha incrementado en forma sorprendente, según cifras de la OMS/UNUSIDA de 2009, las mujeres constituyen cerca de la mitad de los aproximadamente 40 millones de adultos infectados por VIH en el mundo, si bien es cierto que el mayor número se encuentra en África; regiones como Asia oriental, seguida por Europa oriental y Asia central han mostrado los mayores aumentos.

En los casos registrados en 2009 por CENSIDA en mujeres, más del 99% la trasmisión sexual fue de tipo heterosexual. algunas investigaciones han profundizado en el tema de VIH/SIDA y mujer destacando que las mujeres son más

vulnerables no sólo en términos biológicos y epidemiológicos, sino también en términos sociales y culturales debido a aspectos vinculados a las relaciones de género, en este sentido, es importante señalar que los trastornos del estado de ánimo, entre los que se encuentran la depresión, también deben ser analizados desde una perspectiva de género, desde donde se puede observar que las mujeres con VIH/SIDA se deprimen dos veces más frecuentemente que los hombres. Por lo que la vulnerabilidad se encuentra en la desigualdad de trato y oportunidades entre hombres y mujeres, como la falta de libertad de las mujeres en decidir sobre su propio cuerpo, la violencia que se ejerce contra ellas y la imposibilidad que presentan de negociar las relaciones sexuales en términos de equidad han colocado a la mujer en lugares altos en la incidencia de infección por VIH/SIDA sobre en comunidades con desigualdades de género.

“El sida tiene rostro de mujer”

La condición biológica de las mujeres y los roles que culturalmente se les han impuesto son aspectos a tener en cuenta para atender sus necesidades. De esta forma se evitaría hacer invisibles las enfermedades que las aquejan, las cuales no afectan por igual a ambos sexos y, por tanto, no son atendidas con la debida importancia.

Las mujeres presentan más patologías crónicas y los hombres, más patologías agudas. Las de ellos requieren ayuda inmediata, mientras las de ellas, al estar relacionadas con el dolor y el cansancio, se consideran marginales.

El VIH/SIDA está cobrando cada vez más víctimas y más de la mitad de las personas infectadas de VIH en todo el mundo son mujeres, su vulnerabilidad económica y baja condición social contribuyen significativamente a su situación de mayor riesgo que permita la transmisión del VIH/SIDA.

El VIH/SIDA ataca el sistema inmunológico una vez que penetra en el cuerpo. La infección por el virus del sida es la principal causa de muerte entre las mujeres

en edad reproductiva (entre 15 y 49 años) de todo el mundo, siendo que el sexo sin protección es el principal factor de riesgo en los países de desarrollo para esas mujeres, señala el informe “Las mujeres y la salud” de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Por ejemplo la depresión puede activar ciertas infecciones virales que estaban latentes. En términos generales, la depresión puede hacer que el VIH/SIDA evolucione más rápido además de que se suele pasar por alto ya que muchos especialistas de VIH/SIDA no están capacitados para reconocerla. La depresión también se puede confundir con señales de evolución del VIH/SIDA tema, que revisaremos en el capítulo siguiente.

*Pocas veces pensamos en lo que tenemos;
pero siempre en lo que nos falta.*
Arthur Schopenhauer

Capítulo 2 DEPRESION

2.1 ¿Qué es la Depresión?

Breve historia

Desde los siglos IV y V antes de Cristo de médicos griegos de la escuela de Hipócrates describieron a enfermos con padecimientos mentales parecidos a la melancolía (tristeza extrema) y a la manía (alegría e irritabilidad extremas). Areteo de Capadocia (siglo II d. C.) fue el primero en pensar que la melancolía era el estadio final de la melancolía y Galeno de Pérgano (131-201 d. C.) describió la melancolía, como un trastorno crónico y recurrente con origen en el cerebro (Soutullo, 2005).

Después de la Edad Media, hay descripciones de pacientes con manía y depresión a partir del siglo XVII. En 1621 Roberto Burton escribió *La anatomía de la melancolía*, sobre la depresión y el suicidio con esta obra se facilitó la identificación de los estados depresivos (Soutullo, 2005).

A principios del siglo XIX Philippe Pinel, indicó que el pensamiento de los melancólicos estaba en la memoria y que la asociación de ideas estaban perturbadas, pudiendo en ocasiones inducir al suicidio.

Depresión viene del latín *depressio*: hundimiento o abatimiento. El paciente se siente hundido con un peso sobre su existencia.

Es un trastorno afectivo que varía desde: bajas transitorias del estado de ánimo que son características de la vida misma, hasta el síndrome clínico, de gravedad y duración importante con signos y síntomas asociados, marcadamente distintos a la normalidad.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que la depresión se convertirá en el año 2020 en la segunda causa de incapacidad en el mundo, detrás de las enfermedades isquémicas (infartos, insuficiencia coronaria, accidente cerebrovascular) mientras que en el año 2000 ocupaba el cuarto lugar. De ahí que desde los distintos estamentos sanitarios se esté potenciando la investigación para intentar atajar este trastorno mental, cuyo índice de prevalencia, lejos de disminuir, amenaza con incrementarse a medida que transcurra el siglo XXI (Alonso-Fernández, 2001).

2.2 Definición

La depresión, o melancolía, es una alteración del tono del humor hacia formas de tristeza profunda, con reducción de la autoestima y necesidad de autocastigo. Cuando la intensidad de la depresión supera ciertos límites o se presenta en circunstancias que no la justifican, se vuelve de competencia de la psiquiatría, en la que se distingue una depresión endógena que, como lo dice el adjetivo, nace “desde adentro”, sin remitir a causas externas, y una depresión reactiva, que es patológica solo cuando la reacción ante acontecimientos luctuosos o tristes parecen excesivos (Galimberti, 2006).

Para Dio Bleichmar (1995), la depresión es un malestar que afecta todo el cuerpo, el estado de ánimo y los pensamientos; afecta la forma en que una persona come y duerme, el deseo sexual, la opinión de una misma y el concepto de la vida en general. El trastorno depresivo se caracteriza por tristeza permanente, que impide realizar actividades cotidianas en la escuela, la familia, el trabajo también manifiestan problemas de autoestima y demuestran desinterés por la vida en general (Knittel, 2007).

2.3 Síntomas

Para Calderón (2001) los síntomas de la depresión se dividen en cuatro grupos:

- a) **Trastornos afectivos**
- b) **Trastornos intelectuales**
- c) **Trastornos conductuales**
- d) **Trastornos somáticos**

Trastornos Afectivos.- se inicia con un cuadro de indiferencia, donde las actividades que anteriormente resultaban agradables dejan de serlo.

Tabla 7. TRASTORNOS AFECTIVOS

SINTOMA	MANIFESTACIONES
Indiferencia afectiva	Disminución o pérdida de intereses vitales
Tristeza	Con o sin tendencia al llanto. Ausente en las depresiones “sonrientes”.
Inseguridad	Dificultad para tomar decisiones
Pesimismo	Enfoque vital derrotista, da origen a dependencia hacia la familia.
Miedo	Específico o indiferenciado, en ocasiones absurdo (por ejemplo, miedo a bañarse)
Ansiedad	Más intensa en la mañana, puede ser confundida con síntomas depresivos.
Irritabilidad	Con agresividad que da origen a problemas familiares y laborales.

Fuente Calderón 2001 Depresión Un libro para enfermos deprimidos y médicos en general

Trastornos intelectuales.- es frecuente que la Sensopercepcion se encuentre disminuida, teniendo problemas de memoria, se ve disminuida la capacidad de atención y concentración también presentan ideas de culpa y de fracaso.

Tabla 8. TRASTORNOS INTELECTUALES

SINTOMA	MANIFESTACIONES
Sensopercepcion disminuida	Mala captación de estímulos
Trastornos de memoria	Dificultad para la evocación
Disminución de la atención	Mala fijación de los hechos de la vida cotidiana
Disminución de la concentración	Dificultad para el estudio
Ideas de culpa o de fracaso	Autoevaluación, Incapacidad de enfrentamiento
Pensamiento obsesivo	Ideas o recuerdos repetitivos molestos

Fuente Calderón 2001 Depresión Un libro para enfermos deprimidos y médicos en general

Tabla 9. TRASTORNOS CONDUCTUALES

Trastornos conductuales.-se manifiestan con alteraciones en el afecto y el intelecto donde la actividad y productividad disminuyen.

SINTOMA	MANIFESTACIONES
Actividad disminuida	Descuido de sus obligaciones y de su aseo personal.
Productividad disminuida	Mal rendimiento en el trabajo.
Impulsos suicidas	Ideas o intentos de privarse de la vida.
Impulso a la ingestión de alcohol y otras drogas	Tendencia a beber o a utilizar drogas como un mecanismo de escape a la ansiedad.

Fuente Calderón 2001 Depresión Un libro para enfermos deprimidos y médicos en general

Trastornos somáticos.- se manifiesta con la llamada “depresión enmascarada” y provoca que el paciente busque ayuda para recuperar la salud.

Tabla 10. TRASTORNOS SOMATICOS

SINTOMA	MANIFESTACIONES
Trastornos en el sueño	Insomnio que se presenta al principio o al final des periodo de descanso. Dormir inquieto. En algunos casos hay hipersomnia.
Trastornos en el apetito	Anorexia que puede originar pérdida importante de peso. En ocasiones hambre compulsiva.
Disminución de la libido	Debilitamiento o desaparición del deseo sexual.
Cefalea tensional	Afecta de preferencia a los músculos de la nuca y a los temporales.
Trastornos digestivos	Dispepsia, aerofagia, meteorismo, nauseas, etc.
Trastornos cardiovasculares	Trastornos de la frecuencia o del ritmo cardiaco, disnea suspirosa, etc.
Otros	Mareos, prurito, alopecia, etc.

Fuente Calderón 2001 Depresión Un libro para enfermos deprimidos y médicos en general

2.4 Clasificación

En el manual diagnostico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV) (1995) se clasifican los diagnósticos de varios tipos de la enfermedad depresiva entre los que se encuentran: el trastorno depresivo mayor, el trastorno distímico, el trastorno bipolar I, el trastorno bipolar II, el trastorno ciclotímico, el trastorno del estado de ánimo debido a un trastorno medico o el trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias también identifica, tres subtipos del trastorno del estado de ánimo que son el patrón estacional, el cíclico rápido y la depresión postparto (Pichot, 1995).

De acuerdo con el DSM-IV TR (2009) los trastornos del estado de ánimo se clasifican en:

Depresión Mayor

Manifiesta estado de ánimo depresivo o pérdida de interés durante un periodo mínimo de 2 semanas de duración que se acompaña de cuatro o más de los síntomas de depresión.

Trastorno Distímico

Estado de ánimo depresivo de menor gravedad que no cumple criterios de depresión mayor pero está presente la mayor parte del día durante al menos por 2 años.

Trastorno Bipolar I

Episodios intermitentes de depresión mayor interrumpidos por uno o más episodios maníacos; algunas veces están presentes los síntomas de depresión y manía como una presentación clínica mixta.

Trastorno Bipolar II

Se parece al trastorno anterior, presenta episodios intermitentes de depresión interrumpidos por uno o más periodos de manía de menor intensidad.

Trastorno Ciclotímico

Con periodos de hipomanía y depresión de menor gravedad que el trastorno depresivo mayor que ocurren frecuentemente durante al menos 2 años.

Trastorno del Estado de Ánimo debido a la Condición de Enfermedad Medica

Consiste en alteración persistente y prominente del estado de ánimo que se considera el resultado directo de anomalías fisiológicas de un trastorno medico general específico.

Trastorno del Estado de Ánimo Inducido por Sustancias

Alteración persistente y prominente del estado de ánimo que se considera consecuencia directa de abuso de sustancias, medicaciones, exposición a toxinas u otros tratamientos antidepresivos.

Tres subtipos de trastornos del estado de ánimo.

El Patrón Estacional

Este subtipo acontece cuando los días se acortan en invierno y disminuye la disponibilidad de luz natural.

El Cíclico Rápido

Se caracteriza por una persona que alterna entre periodos depresivos y de manía de bajo nivel denominada hipomanía.

Depresión Postparto

Se caracteriza por ser la que aparece tras la experiencia del parto en algunas mujeres (DSM-IV TR, 2009).

2.5 Características de la depresión

- Episodio depresivo la mayor parte del día, por un periodo de al menos 2 semanas con pérdida de interés o placer en casi todas las actividades.
- Cambios de apetito o peso, cambios del sueño (insomnio o hipersomnias), y de la actividad psicomotora.
- Falta de energía: sentimientos de culpa e inutilidad, dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones.
- Pensamientos recurrentes de muerte o ideación.
- Malestar clínico significativo o deterioro social, laboral (Pichot, 1995).

2.6 Prevalencia

Es difícil señalar índices de prevalencia de depresión e incluso comparados entre sí teniendo en cuenta los problemas de definición así como la experiencia depresiva (Caro, 2001).

Se ha demostrado que la mujer es mucho más vulnerable para la depresión que el hombre. A partir de los 16 años por cada varón depresivo hay dos mujeres depresivas, las mujeres recurren más a los cuidados médicos, ya que la detección de esta superpoblación femenina depresiva se ha registrado en estudios epidemiológicos sobre amplias muestras de los sexos masculino y femenino (Alonso-Fernández, 2001).

En México se han llevado a cabo algunos estudios epidemiológicos para estimar la prevalencia de trastornos mentales, incluidos los trastornos y episodios depresivos, identificando, además, el proceso de búsqueda de ayuda. Los hallazgos de estas investigaciones muestran discrepancias notables debido a diferencias en la definición del trastorno, la clasificación que se ha utilizado y la población en la cual se ha desarrollado el estudio (De la Fuente, 1997).

Durante la ponencia *El Impacto de la Depresión en la Salud* presentada en la Expo-Salud Veracruz 2007, organizada por el gobierno de la entidad y la Secretaría de Salud estatal, Heinze Martin, reconoció que la falta de un diagnóstico adecuado por parte de los médicos es uno de los motivos principales por el que la depresión vaya en avance en nuestro país “En México, dijo no hay cifras exactas de cuántos habitantes la pueden padecer, pero en el mundo se calcula que hay 400 millones de personas que cada año sufren de este trastorno depresivo”.

Sin embargo, el director del Instituto Nacional de Psiquiatría, señaló que la prevalencia de la depresión en la mujer es de 21.3%, mientras que en el hombre es de 12.7%, derivado de que la mujer es más vulnerable a eventos adversos.

Desde su experiencia, la depresión puede darse por factores genéticos o ambientales como son prenatales, pérdidas, estrés, falta de ejercicio y violencia intrafamiliar, entre otros.

Heinze, consideró que entre los síntomas que podrían evidenciar la presencia de esta enfermedad se encuentra el bajo peso, trastorno del sueño, fatiga, ansiedad y sentimientos de muerte o culpa. Reconoció que 48% de la depresión es reconocida y un 52% no es detectado, por lo que se desconocen cifras exactas de cuántos mexicanos podrían estar sufriendo de este trastorno.

Todos los estudios coinciden en que la prevalencia es casi el doble en la mujer que en el hombre, y que algunos factores estresantes vitales, como el nacimiento de un hijo, las crisis de pareja, el abuso de sustancias tóxicas (principalmente alcohol) o la presencia de una enfermedad orgánica crónica se asocian con un riesgo incrementado de desarrollar un trastorno depresivo mayor.

Se puede concluir que existe un porcentaje muy alto de personas que sufren depresión (un 70% aproximadamente) ignoran su condición y no consultan en forma oportuna, las opciones medicas, creyendo que el proceso que viven se relaciona con cansancio crónico, trabajo excesivo, la edad, la falta de sueño, etc. y por esa razón el diagnóstico de la depresión es habitualmente tardío. La tasa de prevalencia de la depresión oscila entre el 3% y el 6% de la población general. El riesgo de enfermarse durante la vida es del 20%, es decir que de cada 5 personas que nacen al menos una padecerá depresión al menos una vez en su vida (Heinze, 2007).

2.7 Etiología

No existe una sola causa para la depresión. La depresión puede estar causada por uno o varios factores. Algunas personas tienen mayor probabilidad de tener depresión que otras. Otros problemas como el abuso de sustancias (alcohol, marihuana, etc.) con acompañan o anteceden a la depresión (Soutullo, 2005).

Hay diferentes razones que intentan explicar esta predisposición:

2.7.1 Causas Genéticas

Como las causas genéticas son de mayor importancia en las depresiones psicóticas, un buen número de autores ha presentado pruebas a favor de la teoría de que algunas personas son portadoras de una vulnerabilidad específica a la psicosis bipolar (citado por Llehorn y McFarland en Calderón, 2001).

Soutullo (2005), considera que los genes que hemos heredado de nuestros padres pueden predisponernos a padecer depresión pero esta predisposición o vulnerabilidad hacia la depresión generalmente suele ser “destapada” o activada por los acontecimientos vitales.

Weissman y Paykel (1974) señalan que la depresión en cualquier individuo, es la convergencia de múltiples factores entre los que se encuentran, acontecimientos vitales estresantes, predisposición genética, vulnerabilidad a ciertos tipos de estrés partiendo de factores de personalidad o de otro tipo y posibles anormalidades biológicas y neurofarmacológicas.

Ha habido mucho interés por estudiar la relación entre la depresión y las hormonas sexuales femeninas, sin embargo, a pesar de la evidencia de que la depresión está conectada con el ciclo menstrual, la investigación ha sido incapaz de relacionar la depresión con una hormona concreta y aun no se le puede dar una respuesta concluyente. Es decir a pesar de que síntomas ligeros de depresión pueden ser parte del síndrome premenstrual o aparecer después de dar a luz o desarrollarse una depresión clínica posparto o suponerse una relación entre depresión y menopausia ninguna hormona se ha identificado claramente al respecto. En cualquier caso, aunque cambios en los esteroides femeninos sexuales pueden influir, por ejemplo con la depresión posparto, no podemos dejar de lado los factores socioculturales (Keene, Citado por Caro, 2001).

2.7.2 Causas Psicológicas

Las causas psicológicas pueden intervenir en la génesis de cualquier tipo de depresión, pero son especialmente importantes en la depresión, los factores emocionales desempeñan un papel importante, presentándose desde los primeros años de vida, determinando rasgos de personalidad tan profundamente enraizados en el modo de ser del individuo, que algunos psiquiatras se refieren a ellos como rasgos constitucionales. Estos rasgos, sin embargo, no son heredados sino que se aprendan a través de la estrecha relación y la dependencia respecto de los miembros de la familia (Calderón, 2001).

En el plano de la organización, la incidencia en la proporción de tres a uno de la denominada personalidad límite/personalidad poco integrada y con dificultad para establecer relaciones emocionales), el trastorno de personalidad que con una frecuencia más elevada se asocia a la depresión (Alonso-Fernández, 2001).

2.7.3 Causas Ecológicas

El ser humano está tan relacionado con su medio ambiente que le rodea que en ocasiones cuando éste sufre algún cambio importante, de igual forma repercute en el estado de ánimo del hombre.

En estudios realizados por Calderón (1998), se menciona que la población ha aumentado exigiendo, las generaciones venideras nuevas necesidades de modernización lo cual implica de alguna forma modificar el medio ambiente y es por tal que Calderón afirma que en la medida en que el hombre deteriora el medio ambiente, disminuye la calidad de su vida; si fuese tomada en consideración esta idea habría menos problemas a nivel general que se le presentan al hombre especialmente de una depresión a causa de estos factores ecológicos que influyen de manera anímica en el ser humano de manera significativa.

Desde siempre, el hombre ha venido modificando su hábitat, sometido gradualmente a logro mantenerse en equilibrio, lo cual permitió al ser humano una vida tranquila y saludable. No obstante durante la última centuria la humanidad

alcanzo un grado de desarrollo científico y tecnológico tal, que supero con mucho lo logrado en miles de años (Calderón, 2001).

2.7.4 causas Sociales

Para los seres humanos los vínculos afectivos son muy importantes y en consecuencia se puede ocasionar una depresión al sentir la destrucción de estos; la forma en que se llama a estas depresiones son las salidas o entradas, en donde, según Calderón (1998), las salidas son una defunción de un ser querido, una separación de divorcio, etc., y las entradas son consideradas como el ingreso de una persona al espacio vital o interpersonal del individuo cuando se siente invadido el lugar en donde se relaciona; esto es que ciertos tipos de situación cotidiana están estrechamente relacionados con la enfermedad depresiva.

Estos factores son importantes para que se origine una depresión dentro de los cuales también están implicados otros no menos importante que puede disparar un trastorno como refugiarse en las drogas o en el alcohol.

Como lo demuestran los estudios etológicos, los estados afectivos de depresión son una respuesta a la pérdida de los lazos de unión que han sido indispensables para la supervivencia y desarrollo de nuestra especie. Por medio de ellos se han desarrollado los sistemas psicobiológicos que a lo largo de los siglos hemos heredado de nuestros antecesores mamíferos, particularmente de los primates. Un aspecto interesante de estos es que nos permiten resistir con una fuerza biológica cualquier intento de destrucción de nuestras ligas afectivas reaccionando generalmente con manifestaciones físicas y psíquicas de angustia. Un indicador de la fuerza de estos lazos es la reacción de duelo que se presenta en nosotros cuando alguno de ellos se destruye (Calderón, 2001).

También cuando existen sucesos en la vida y factores estresantes que pueden desencadenar la enfermedad. Los factores que aumentan el riesgo de depresión incluyen la dificultad para expresar la ira eficazmente, las experiencias de pérdida, la baja autoestima, las grandes necesidades de dependencia, las

escasas relaciones interpersonales y una visión pesimista de uno mismo, del entorno y del futuro (conocidos también como la triada de Beck) (Borobia, 2007).

La depresión puede ser la respuesta a determinadas situaciones traumáticas como son la pérdida de un ser querido, enfermedad o situaciones que provoquen un fuerte estrés.

Los trastornos de inseguridad o de ansiedad, suelen originarse en la infancia, bien por un conflicto puntual o por un ambiente familiar en el que el sujeto ha sido privado de afecto, ha sido sobreprotegido o ha tenido que vivir circunstancias traumáticas (Bermúdez, 2003).

En el caso de las mujeres, por su ubicación social siempre ha estado sometida a la presión de circunstancias más desfavorables que las que circundan al hombre. La tradicional ama de casa se distinguía por soportar la presión de los factores ambientales más depresores, como el estrés económico familiar, la soledad y un horario de vida inestable por ajustarse a los demás. La masiva incorporación de la mujer a los estudios y al mercado del trabajo ha supuesto una decisiva apertura hacia su liberación, a la vez que un ascenso social importante. Pese a todo subsisten algunos elementos de desequilibrio social entre ambos géneros, algunos de los cuales, como la menor valoración del papel laboral de la mujer, serán corregibles, aunque haya otros que no lo sean al ser consustanciales con la naturaleza humana (Alonso-Fernández 2001).

Para Burin (2000), una expresión sobre la situación que viven las mujeres es el malestar, ya que está relacionado con la sintomatología constituida por síndromes no específicos desde esta perspectiva se relacionan los trastornos de salud mental femeninos por ejemplo las histerias, fobias y sobre todo depresión.

Así mismo el sufrimiento que presentan las mujeres se encuentra ligado a situaciones específicas de opresión como, presentar ideas que giran alrededor de la suposición de la inferioridad de la mujer y la superioridad del hombre y estar sometidas a un estricto control sobre su sexualidad femenina (Burin 2000).

En la actualidad, muchas personas consideran que el VIH/SIDA es una enfermedad que solo afecta a hombres homosexuales y personas que consumen sustancias tóxicas por vía intravenosa, lamentablemente la tasa de infección se incrementa rápidamente entre mujeres heterosexuales, como vimos en el capítulo anterior, dentro de las prácticas cotidianas que padecen las personas viviendo con VIH se pueden señalar como las más comunes el rechazo, la estigmatización, la segregación así como violencia en contra de las mujeres infectadas, lo que contribuye a generar un escenario de mayor vulnerabilidad, que abordare en el siguiente capítulo.

*El poder corrompe a quien lo sustenta;
humilla a quien lo padece.*

CAPITULO 3

GÉNERO Y VULNERABILIDAD EN MUJERES VIVIENDO CON VIH/SIDA

Las Naciones Unidas definen la violencia contra la mujer como todo acto de violencia basado en el género que tiene como resultado posible o real un daño físico, sexual o psicológico, incluidas las amenazas, la coerción o la privación arbitraria de la libertad, ya sea que ocurra en la vida pública o en la privada.

En este capítulo abordaremos el tema de la vulnerabilidad de género en el contexto del VIH/SIDA debido a que es un hecho que en la mayoría de las sociedades, las mujeres sufren desventajas sociales y económicas como consecuencia de una mayor valoración de lo masculino. Las diferencias en el acceso, participación y control por parte de hombres y mujeres sobre los recursos, los servicios, las oportunidades y los beneficios del desarrollo, se han mencionado como "cuestiones de género", se manifiestan con la discriminación y la vulnerabilidad de género por la división por género del trabajo con una asignación casi exclusiva de la reproducción y del trabajo doméstico a las mujeres; un acceso desigual de hombres y mujeres a los recursos productivos y a sus beneficios así como una persistente limitación a la participación pública y/o exclusión de las mujeres de la toma de decisiones y del ejercicio de su sexualidad.

"El VIH/SIDA en la mujer evidencia con mayor claridad los problemas de discriminación y desigualdad que atraviesan las mujeres de todos los niveles: sociocultural, económico y político, dificultando acciones preventivas que parten de la autoprotección" (ONUSIDA, 2007)

3.1 Genero

El género se define mediante creencias, expectativas, costumbres y prácticas fuertemente arraigadas en una sociedad que dicta los atributos, comportamientos, roles y responsabilidades "masculinos" y "femeninos". Es un factor integral a la hora de determinar la vulnerabilidad de un individuo a la infección por el VIH, su posibilidad de acceder a la atención, el apoyo o el tratamiento, y para actuar cuando se ve afectado por el virus (UNUSIDA, 2007).

Una de las definiciones más utilizada de género y que explica de manera original el proceso de adquisición de género es la de Lamas (2002) quien propone la categoría de género como una construcción cultural de la diferencia sexual. "Género se refiere al conjunto de prácticas, creencias, representaciones y prescripciones sociales que surgen entre los integrantes de un grupo humano en función de su simbolización de la diferencia anatómica entre hombres y mujeres". Y también expresa que el género tiene sus antecedentes en Simone de Beauvoir quien en su libro *El segundo sexo* formula el género como conjunto de características humanas consideradas como femeninas y que son adquiridas por las mujeres por medio de un complejo proceso individual social. Este proceso no se deriva naturalmente de su sexo: "*Una no nace sino que se hace mujer*" (Lamas, 2002).

Por su parte, Kendall (2004), entiende por "género" una serie de características y funciones que se atribuyen culturalmente a hombres y a mujeres, y que van más allá de su condición biológica. El género constituye una serie de construcciones sociales, que muchas veces se traducen en prescripciones acerca del comportamiento que se considera "aceptable" en una mujer o en un hombre. Estas construcciones se aprenden a través de un intenso proceso de socialización que inicia desde el nacimiento y continúa a lo largo de la vida.

Las construcciones de género no sólo marcan diferencias entre hombres y mujeres y entre diferentes grupos de hombres y mujeres (por clase, raza, educación, orientación sexual, etcétera), sino que generan desigualdad en el

acceso y control de recursos, en la participación social y, como consecuencia, en la capacidad de ciertos grupos de personas para tomar decisiones Citado por Tamil Kendall en Magis C (2006).

Para Mabel Burin (1996) los modos de pensar, sentir y comportarse de ambos géneros, más que tener una base natural e invariable, se apoyan en construcciones sociales que aluden a características culturales y psicológicas asignadas de manera diferenciada a mujeres y hombres. Para ella el género se define como la red de creencias, rasgos de personalidad, actitudes, sentimientos, valores conductas y actividades que diferencian a mujeres y varones. Tal diferenciación es producto de un largo proceso histórico de construcción social, que no solo genera diferencia entre los géneros femenino y masculino sino que, a la vez esas diferencias implican desigualdades y jerarquías entre ambos, es siempre relacional: nunca aparece de forma aislada sino marcando su conexión, por ello cuando nos referimos a los estudios de género siempre aludimos a los estudios de las relaciones entre el género femenino y el género masculino históricamente de forma cambiante y dinámica.

Cabe señalar también que para Flores (2000) el concepto de género ha sido empleado no solo en los medios académicos, sino que también ha tenido gran difusión y utilización en la sociedad en general, y esto ha llevado a la pérdida de precisión conceptual, así como a desgastarse en su aplicación y a manejarlo como sinónimo de sexo.

3.2 Instancias básicas de género

Desde la perspectiva de Stoller Citado en Lamas (1998) nos dice que lo que determina la identidad y el comportamiento de género no es el sexo biológico, sino el hecho de haber vivido desde el nacimiento las experiencias, ritos y costumbres atribuidos a cierto género.

- ***La asignación (rotulación, atribución) de género,***
Que se realiza en el momento en que nace un bebe, a partir de la apariencia externa de sus genitales.
- ***La identidad de género,***
Se establece regularmente a la misma edad que un niño pequeño (entre los dos y tres años) y es anterior a cuando reconoce la diferencia anatómica entre los sexos. En esta etapa de identidad, el niño estructura su experiencia vital y el género con el que se identifica en todas sus manifestaciones: sentimientos, actitudes, comportamientos y juegos de “niño o de niña”.
- ***El rol (papel) de género,***
Este se forma con el conjunto de normas y prescripciones que dictan la sociedad y la cultura sobre el comportamiento femenino o masculino.

La existencia de distinciones socialmente aceptadas entre hombres y mujeres es justamente lo que le da fuerza y coherencia a la identidad de género.

Es importante tener en consideración que el género es una distinción significativa en gran parte de situaciones, porque se trata de un acontecimiento social y no biológico (Lamas, 2002).

3.3 Vulnerabilidad

Para Kendall (2004) el concepto de vulnerabilidad señala la importancia de factores sociales, económicos, culturales, biológicos y epidemiológicos que condicionan decisiones y comportamientos y por lo tanto, señalan la necesidad de respuesta basadas en cambios estructurales y no solos en cambios de comportamientos individuales.

A escala mundial, la epidemia del VIH/SIDA se ha caracterizado por su proceso de feminización. Las mujeres cargan con el mayor peso de la enfermedad, no sólo como personas que viven con el virus, sino como las cuidadoras, pagadas y no pagadas, de las personas enfermas y huérfanas a raíz del SIDA. Este trabajo provee una introducción a la vulnerabilidad de las mujeres frente a la infección por VIH y la progresión al SIDA con enfoque en la situación mexicana. Citado por Tamil Kendall en Magis C. (2006)

Según Alonso (2001), los factores que pueden desencadenar o hacer más vulnerable a las mujeres para padecer se señalan a continuación:

- Pérdida significativa, separación o muerte, en edades tempranas.
- Separación, divorcio o relación conflictiva con la pareja.
- Convivencia con tres o más hijos menores de 14 años.
- Carencia de actividad profesional y de trabajo extra domestico.
- Nivel socioeconómico bajo.
- Falta de apoyo social suficiente.

3.4 Implicaciones del diagnostico

Las consecuencias sociales de la depresión en la mujer pueden ser analizadas en función de sus distintos roles (Leal y Montero 1982) citado en (Leal, 2000).

La edad de inicio de la depresión suele ser más temprana en la mujer, como ya hemos señalado al hablar de la adolescencia. En los estudios longitudinales se ha encontrado un curso más crónico se ha encontrado un curso mas crónico, un mayor número de recurrencias y episodios más largos en mujeres (Ernst 1992; Winokour, 1993) citado en (Leal, 2000).

La depresión es una de las principales co-morbilidades psiquiátricas en el curso de la infección por VIH/SIDA, prestándose con una prevalencia significativamente mayor que en población general. Su presencia se ha asociado a deterioro de

la calidad de vida, progresión de la enfermedad por VIH y disminución en la adherencia a la terapia anti-retroviral. A pesar de su importancia, la depresión suele ser sub-diagnosticada y sub-tratada en estos pacientes (Wolff, 2010).

La depresión es muy frecuente entre los pacientes con enfermedades crónicas, caracterizándose por presentar el mayor sub-registro y sub-tratamiento dentro de las co-morbilidades psiquiátricas. La depresión suele ser de dos a cuatro veces más frecuentes y la de mayor incidencia tras el diagnóstico de la infección (Wolff, 2010).

3.5 Características clínicas del cuadro depresivo en mujeres con infección por VIH/SIDA

Los episodios depresivos en pacientes seropositivos para VIH, en general comparten las mismas características clínicas que en pacientes seronegativos. Los pacientes también manifiestan desánimo y/o anhedonia, pueden presentar cambios conductuales tales como aislamiento e irritabilidad y están expuestos a sufrir los cambios neurovegetativos propios de este trastorno, como insomnio, inapetencia, polifagia y cambios en el peso corporal. De igual forma pueden presentar toda la gama de alteraciones neuro-cognitivas propias de los cuadros depresivos, tales como dificultad de concentración, falla en la memoria y enlentecimiento psicomotor. Aparentemente, la principal diferencia estaría dada por la mayor frecuencia e intensidad de los síntomas entre los pacientes infectados por VIH/SIDA, especialmente entre mujeres. El diagnóstico de depresión puede no ser fácil, por lo que se han establecido criterios diagnósticos consensuados que son aplicables tanto a población general, como a población con morbilidad, incluidos los pacientes seropositivos para VIH/SIDA (Wolff, 2010).

Las mujeres con VIH/SIDA pueden afrontar muchos problemas. Algunos de ellos pueden deberse a la forma en que son tratadas. El VIH/SIDA es una enfermedad muy estigmatizante. Hay antecedentes de enfermeras que rechazan cambiar cómodos, alimentar, bañar o incluso platicar con alguien de su sala que

padece VIH/SIDA. En algunos casos, las personas han sido rechazadas de su casa o han perdido el trabajo una vez que se supo que estaban infectadas con VIH o padecían SIDA. Las compañías de seguros no desean proporcionarles seguros de vida. Hay informes de personas abandonadas por sus amistades, familiares y amantes; de niños excluidos de colegios y de médicos de rechazan proporcionar cuidados médicos (Richarson, 1990).

3.6 Estados emocionales asociados con el VIH/SIDA

El sida en la actualidad se caracteriza por ser una enfermedad viral con un mal pronóstico, que genera repercusiones muy complejas a nivel emocional, provoca un fuerte impacto psicológico cuando se entera de su diagnóstico y durante la etapa temprana de la enfermedad. Se destacan dentro de los trastornos más frecuentes: depresión, ansiedad, ira e incluso ideación suicida. Además de que las mujeres diagnosticadas como seropositivas con hijas (os) infectadas (os), mantienen una sobre carga emocional, además de las cogniciones relacionadas con la amenaza de la enfermedad para su salud y su vida, mantienen expectativas y temores relacionados con la desesperanza, la impotencia y el miedo de morir y dejar abandonados a sus hijas (os) enfermas (os) (Chapa, 2006)

Una depresión puede agotar los recursos fisiológicos y psicológicos de las personas con la enfermedad del VIH, que sufren ya el reto de una enfermedad que amenaza su vida y la carga de su tratamiento, los profesionales de la salud asumen que la depresión es una reacción normal a la infección, al progreso de la enfermedad o al estigma asociado a la misma (Geoffry, 1996).

Aunque en un principio se reconoció el potencial infeccioso del VIH a través de fluidos como la sangre, el semen y el líquido cervico-uterino, el discurso clínico mantenía la postura de que la infección dependía de las preferencias sexuales, lo que reforzaba la estigmatización de las personas infectadas. La única innovación fue la invención de la trabajadora sexual como una nueva víctima propiciatoria de la epidemia.

Otros estudios reportan que los pacientes reaccionan de diferentes maneras de acuerdo a sus propias características de personalidad y al factor de riesgo que les puso en contacto con el VIH, entre las reacciones identificadas se encuentran el temor a la acción del virus, coinciden en la presencia de la depresión, el aislamiento o temor al mismo, angustia, resentimiento, pena y dolor frente a las pérdidas físicas, morales, sociales y económicas, entre las que se encuentran la muerte, la pérdida del empleo y los proyectos personales que no podrán realizarse; temor a la estigmatización, coraje, culpa, ira, frustración por la vulnerabilidad al virus; negación para aceptar el diagnóstico, deterioro de la autoestima; miedo de contagiar a otros a las consecuencias del tratamiento y la rechazo de familiares y amigos (Cruz, 1996).

Muchas mujeres tienen un riesgo alto de deprimirse después del nacimiento de un bebé. En algunas mujeres los cambios hormonales y físicos, así como la responsabilidad de una nueva vida, pueden llevar a una depresión de posparto. Aunque las madres nuevas comúnmente tienen periodos pasajeros de tristeza, un episodio depresivo severo no es normal y requiere tratamiento (Calderón, 2001).

Dos de las reacciones que se presentan con mayor frecuencia son la depresión y la ansiedad, a continuación se detallan sus diferentes manifestaciones:

a) La depresión,

Las alteraciones del estado de ánimo resultan frecuentes en el contexto de una infección por el VIH, se manifiestan como: tristeza, llanto fácil o imposibilidad de llorar, quejas y desinterés por todo, sentimientos de culpa e irritabilidad, aislamiento, exceso de sueño o insomnio, hiporexia (pérdida del apetito), pérdida del deseo sexual indiferencia hacia el medio, confusión mental y presencia de ideas autodestructivas (suicidio).

b) La ansiedad

se manifiesta por un estado de inquietud y preocupación que puede ir acompañado de manifestaciones somáticas tales como: aumento de sudoración o frío inexplicables, temblor, boca seca, palpitaciones, mareo, náusea y/o vómito, deseos frecuentes y repentinos de ir al baño, brote de ronchas tipo alergia en la piel, dolores de cabeza, cuello y espalda, cansancio exagerado, insomnio o sueño inquieto, pérdida o aumento del deseo sexual, cambios de carácter sin razón, es decir cambios bruscos en el estado de ánimo

Las personas que se saben potencialmente vulnerables a la enfermedad de VIH se sentirán lo bastante cautelosas, por lo general, sobre exponerse al gran mundo malo. La presencia de síntomas constantes, o incluso episódicos relacionados con la preocupación y temor, los hará aun más preocupados y temerosos. La confianza en su capacidad para trabajar, planear de antemano fiestas, días festivos, noches en el cine o incluso estar con viejos, sin cierto grado de “colapso” de ansiedad, con frecuencia se erosionara hasta un grado muy bajo (Miller 1993).

El proceso de identificar las razones para el estrés y la ansiedad que se sienten en el curso de la vida descubrirá las formas en que las personas internan típicamente tratarlas. Cuando hay muchas fuentes de ansiedad, quizá la respuesta de afrontamiento usual es la evitación – es decir- la persona rechaza afrontarlas o no hace nada sobre ellas. Ello origina resentimiento y estrés. En particular, el hábito autodestructor de irritarse sobre dificultades aumenta considerablemente los grados de estrés (Miller 1993).

3.7 Factores psicológicos, vulnerabilidad y VIH/SIDA.

El VIH/SIDA ha provocado un fuerte impacto en la población general así como en toda la comunidad científica. La magnitud del problema es mayor aún en los mismos pacientes, de ahí que deben ser manejados en forma multidisciplinaria, poniendo especial énfasis en el aspecto psicológico. Recibir la notificación de estar

enfermo por un mal como el VIH/SIDA, provoca una inestabilidad emocional de reacciones impredecibles y una reacción que debe ser bien manejada por el personal de salud que atiende al paciente (Pimentel, 2000).

Además, está condicionado por diversos factores como grado de vulnerabilidad psicológica del paciente, coexistencia de trastornos de la personalidad o psiquiátricos, entorno familiar, social y laboral, y acceso a una adecuada consejería. Se ha identificado algunos trastornos de ajuste que pueden involucrar al área afectiva (ansiedad, depresión), de la conducta (agresión) o somática (cefalea, fatiga), y también trastornos de ajuste que manifiestan aislamiento e inhibición sea laboral, académica o social (Pimentel, 2000).

Las mujeres, al contrario de los hombres, enfrentan una serie de situaciones estresantes socioculturales, económicas y psicológicas, además de las propias de la enfermedad, que incrementan su vulnerabilidad frente al VIH y tienen un impacto posiblemente más negativo en su salud y calidad de vida cuando deben convivir con el virus de VIH (Arrivillaga, 2006).

Entre los factores culturales que aumentan el riesgo y la vulnerabilidad de las mujeres se encuentran los roles de género, los estereotipos y la falta de educación en temas de autocuidado y sexualidad. Al respecto, ONUSIDA (2004) plantea que las desigualdades por sexo -especialmente en las reglas que rigen las relaciones sexuales entre hombres y mujeres están en el centro del incremento de los porcentajes de mujeres infectadas (Arrivillaga, 2006).

La problemática de la infección por VIH/Sida ha evidenciado la necesidad de diseñar nuevas e innovadoras estrategias de tratamiento e intervención en las personas que conviven con el virus. Estas intervenciones no solo deben atender el nivel físico sino también involucrar aspectos integrales que acompañan la infección (ONUSIDA, 2007).

En muchos ámbitos, las mujeres, en particular las jóvenes, son especialmente vulnerables a contraer VIH/SIDA, ya se ve disminuida su capacidad para evitar las relaciones sexuales no consensuadas o coercitivas.

Para concluir es importante resaltar que la vulnerabilidad está determinada por factores psicológicos, biológicos, sociales y epidemiológicos a ello se une el concepto social de la feminidad lo cual pone en peligro la salud de la mujer y actúa como un obstáculo para aquella que está tratando de adquirir conocimientos acerca de su salud reproductiva y sexual: el cuerpo el embarazo, el parto, la anticoncepción, las complicaciones de la reproducción y las infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA (ONUSIDA, 2007).

En el siguiente capítulo se expondrá la metodología de investigación de forma cualitativa y descriptiva de diversas entrevistas realizadas a mujeres con VIH/SIDA y se analizarán las repercusiones psicológicas que presentan, así como se identificarán rasgos depresivos.

La ciencia moderna aún no ha producido un medicamento tranquilizador tan eficaz como lo son unas pocas palabras bondadosas.
Sigmund Freud

CAPITULO 4 METODO

4.1 Justificación

El VIH/SIDA ha causado un gran impacto, a nivel mundial, afectando no solo económicamente ya que involucra, varias áreas como las laborales, sociales, de salud, de educación, familiares etc.

El contagio de VIH/SIDA en nuestro país con todas las repercusiones médicas que este representa sino que también los factores psicosociales que se encuentran implícitos en la enfermedad.

Considero que esta investigación es importante para identificar claramente los síntomas de depresión ya que actualmente podrían confundirse con los efectos del sida. Aunado a esto las pacientes diagnosticadas se enfrentan la incertidumbre sobre su futuro y los métodos de supervivencia.

La infección por VIH constituye una enfermedad que, aunque actualmente se considera de carácter crónica implica para el paciente que la padece niveles altos de incertidumbre y enfrentarse con una enfermedad rodeada de estigmatización y rechazo por parte de familiares, comunidad y sociedad. La depresión y diversos síntomas son reacciones emocionales que se manifiestan con más frecuencia entre las pacientes diagnosticadas como seropositivas.

La enfermedad de VIH y la depresión se relacionan con ansiedad e incertidumbre debido a que los pacientes no saben cómo va a evolucionar la enfermedad.

Las mujeres enfrentan diariamente situaciones estresantes y de malestar, aunado a las limitaciones en su red de apoyo social y la ausencia de apoyo

emocional por parte de su compañero, provocando niveles altos de sintomatología depresiva. (Flores F., 2010)

4.2 Planteamiento del problema

El diagnóstico de depresión en mujeres con VIH/SIDA es complicado ya que sus síntomas, también están implicados en la infección o los efectos secundarios del tratamiento farmacológico, además de que algunos especialistas (Médicos, psicólogos, trabajadores sociales, enfermeras y demás personal relacionados con la salud) la pueden confundir con la evolución del VIH/SIDA.

4.3 Pregunta de investigación

¿Cuáles son los factores psicosociales que influyen en la sintomatología depresiva en mujeres con VIH/SIDA?

4.4 Objetivo general:

- Conocer cuáles son los factores psicosociales que influyen en la sintomatología depresiva de mujeres viviendo con VIH/SIDA (MVVS).

4.5 Objetivos específicos:

- Conocer cómo influye el diagnóstico de seropositividad en la sintomatología depresiva de MVVS.
- Indagar cuáles son aquellos aspectos de mayor vulnerabilidad para el desarrollo de depresión en mujeres diagnosticadas con VIH-SIDA.
- Conocer cómo afecta su diagnóstico y su sintomatología en su contexto laboral, familiar, económico, social.
- Relacionar y analizar factores psicosociales que coinciden con VIH/SIDA y depresión.

4.6 Supuestos

Los factores psicosociales que influyen en la sintomatología depresiva en mujeres que viven con VIH/SIDA pueden estar relacionados con la pobreza, acceso limitado a la educación, pertenecer a familias disfuncionales, inequidad de género, así como de baja autoestima.

- El conocimiento y confirmación del diagnóstico hace vulnerable a la mujer a desarrollar o exacerbar la depresión.
- La falta de poder en sus decisiones y la marginación social de género son factores que inciden en el desarrollo de la depresión.

4.7 Muestra

Participaron de forma voluntaria cinco mujeres usuarias de los servicios médicos de la Clínica Condesa la cual tiene como objetivo otorgar atención y tratamiento a usuarios de población abierta adulta con VIH/SIDA: que no cuenten con seguridad social y que sean residentes del Distrito Federal. Al momento de realizar las entrevistas su edad oscilaba entre los 30 y 45 años. Todas ellas pertenecientes a nivel socioeconómico bajo, con hijos, escolaridad básica en promedio.

Cabe señalar, que estas entrevistas son retomadas de una investigación doctoral que se encuentra en proceso³ y de un proyecto financiado más amplio⁴ a cargo de la Dra. Fátima Flores Palacio.

Las entrevistas se realizaron en condiciones de privacidad y confidencialidad necesarias, se recabó información sobre su edad, lugar de residencia, su estado civil, número de descendientes, la escolaridad, su ocupación, año de diagnóstico,

³ Chapa, Ana. Mujeres viviendo con VIH: Un acercamiento a su experiencia, Tesis doctorado, Facultad de Psicología/UNAM. En proceso.

⁴ Proyecto Conacyt No. H-49926 Dimensiones psicosociales del VIH/SIDA en el contexto de la salud y los derechos humanos análisis, análisis teórico de las representaciones sociales y la perspectiva de género

lugar donde reciben atención médica, si consumen medicamento antiretroviral, nivel socioeconómico, religión y si reciben atención psicológica, como se muestra en la tabla 5.

Tabla 5 Características de las entrevistadas

ENTREVISTADAS	A	AZ	B	L	Y
EDAD	35	34	30	44	45
RESIDENCIA	D.F. Tlalpan	D.F. Indios Verdes	D.F. Morelos	D.F. Poniente	D.F. Tlahuac
EDO. CIVIL	Separada	Casada	Unión Libre	Casada	Unión Libre
HIJOS	3	2	3	3	2
ESCOLARIDAD	Bachillerato	Carrera tec.	Lic. incompleta.	Primaria	Secundaria
OCUPACION	Empl. Dom	Hogar	Hogar	Empl. Dom.	Empl. Dom.
AÑO DE Dx.	2008	2009	2007	2004	2001
ATENCION MED	Clínica Condesa	Clínica Condesa INER	No	Clínica Condesa M. G.A. González	Clínica Condesa
ARV	Si	Si	Si	Si	Si
NIVEL SOCIOECONOMICO	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo
RELIGION	Católica	Cristiana	Cristiana	Católica	Católica
ATENCION PS.	Si	No	No	Si	No

4.8 Tipo de estudio

Se trata de una investigación clasificada como estudio exploratorio que generalmente determina tendencias, ambientes, contextos y situaciones de estudio y puede ser antecedente para un estudio profundo y amplio (Hernández, 2008).

4.9 Técnica

Se utilizó el análisis de contenido para las entrevistas realizadas a profundidad, que es un instrumento esencial para recoger datos sobre el sujeto expuesto a una situación o acontecimiento donde el individuo puede relatar su historia de vida o trayectoria biográfica.

Para Stark y Roberts (2005) El análisis de contenido transforma sistemáticamente el material verbal, textual o visual en datos cuantitativos, mediante un conjunto de códigos y reglas para aplicarlo (Hernández, 2008).

La definición de Bardin (1996) puede englobar todas las definiciones vistas hasta ahora conceptualizando el término “análisis de contenido” como “el conjunto de técnicas de análisis de las comunicaciones tendentes a obtener indicadores (cuantitativos o no) por procedimientos sistemáticos y objetivos de descripción del contenido de los mensajes permitiendo la inferencia de conocimientos relativos a las condiciones de producción/recepción (contexto social) de estos mensajes”

4.10 Procedimiento

Se llevo a cabo la revisión de las entrevistas de forma exhaustiva determinando las unidades de análisis o registro constituyen segmentos del contenido de las historias para ubicarlos dentro de las categorías y subcategorías.

Clasificar elementos en categorías impone buscar lo que cada uno de ellos tiene en común con los otros. Lo que permite este agrupamiento es la parte que tienen en común entre sí.

La categorización es un proceso de tipo estructuralista que comporta dos etapas:

1. Inventario – aislar los elementos
2. La clasificación – distribuir los elementos y consiguientemente buscar o imponer a los mensajes una cierta organización.

Al revisar las entrevistas fue posible aclarar y comprender a profundidad lo que las mujeres piensan o entienden sobre el tema de la investigación.

4.11 Análisis de resultados

Los datos obtenidos a través del análisis de contenido de las entrevistas, se analizaron de manera cualitativa, sistemática y objetiva me permitieron obtener información sobre la manera que los factores psicosociales intervienen en la sintomatología depresiva de las mujeres que están infectadas con VIH/SIDA, que los explicare en el capítulo siguiente.

Aquel que tiene un "porqué" para vivir se puede enfrentar a todos los "cómo".

Friedrich Nietzsche (1844-1900)

CAPITULO 5

RESULTADOS

Los datos que se obtuvieron de las entrevistas por medio del análisis de contenido, se analizaron de manera cualitativa, sistemática y objetiva permitiendo obtener categorías.

De las entrevistas revisadas se obtuvieron las categorías siguientes:

1. **Diagnostico:** Confirmación positiva de la presencia de la infección, reacciones emocionales y psicosomáticas ante la enfermedad.
2. **Red familiar:** Composición y estructura de la red social y familiar con la que cuentan las personas entrevistadas, su presencia y dinámica frente a la enfermedad.
3. **Trabajo y ocupación:** Actividades y ocupación remunerada y no remunerada que las personas reportaron en el contexto de su enfermedad.
4. **Actitud ante la enfermedad:** Comportamientos frente a la enfermedad, tanto en su contexto como en su proceso de afrontamiento personal.
5. **Depresión:** Sintomatología observada en las personas entrevistadas mediante su propia narrativa, aludiendo a contextos de tristeza y desesperanza lo que ha repercutido en su salud mental.

En los cinco casos revisados las preguntas fueron muy similares para cada entrevistada y las respuestas tienen diversas extensiones según cada entrevistada.

Estas categorías nos permitieron comprender diversos factores psicosociales en que se encuentran inmersas las MMVS e identificar dentro de su discurso sintomatología depresiva en diferentes situaciones de su vida y también como se relaciona con su enfermedad.

Por medio del análisis de contenido se obtuvieron 5 categorías referentes a las preguntas realizadas mediante la entrevista y se ordenaron así:

CATEGORIA	SUBCATEGORIA
<p>Diagnostico</p>	<p>Enfermedad Estudios Resultado positivo Confusión Ideas suicidas</p>
<p>Entrevistadora ¿A usted como le dieron el diagnostico?</p> <p>A: <i>Lo que pasa es que yo estuve muy sana siempre, pero por cuestiones de querer contactar a mi ex pareja topamos con una persona que era homosexual y era pareja de él, o sea él tenía una doble vida.</i></p> <p>AZ: <i>Ya llevaba varios meses con gripa y tos... entonces vi que no se me quitaba y nos fuimos al INER, me detuvieron porque yo ya iba muy grave y este...pues me empiezan a hacer estudios y no saben el motivo... me empezaron a hacer preguntas que este...y este si si salió positivo.</i></p> <p>B: <i>a mi esposo le salieron unos granitos, le dijo el doctor, que era una infección le mando hacer unos estudios. Yo también me tenía que hacer mis estudios, ya me los realizaron a mí después y si salió según que sí, que era positiva.</i></p> <p>L: <i>Empezó mi esposo, estuvo hospitalizado allá en G.A: González y allá me dijo el doctor que tenía que hacerme, o sea no sabía yo pero él me dijo, (mi esposo) que me tenía que hacer los estudios.</i></p>	

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

Entrevistadora **¿Qué pensó de esto?**

A: *yo tenía ganas de... de que todo esto terminara y de que ya, ósea ya no quiero más, mas cuando me dieron el diagnostico de mi bebe el chiquito este si ha sido como difícil de enfrentar.*

AZ: *yo no...no me caía el veinte no, no lo asimilaba entonces llego un momento en que lo hable con el... ps a la fecha pues mi esposo, yo he contado mucho con el apoyo de mi esposo.*

B: *si tuviera esa enfermedad trataría de echarle más ganas por mis niños, no tanto por mí, por mis niños que me necesitan, como ahorita que los dejo pus siento feo dejarlos a mis niños.*

L: *Entonces pues me costó mucho trabajo porque hasta quería suicidarme, me entraba en la mente ¿no? el matarme pero pensaba en mis hijos y decía no ¿con quién se van a quedar mis hijos? pus si quería matarme y todo eso, entonces... o sea tenía que tomarme la medecina porque si no tomaba la medecina me entraba la desesperación de quitarme la vida.*

Y: *Todo el mundo se me vino encima...y yo sentía que mis manos tenían no se que, me veía toda mal, en ese momento Salí a la calle, como está ahí tlalpan, de echarme ahí debajo de un camión porque sentí que todo ya me salía peor y que podía morir así que mejor de una vez (pausa larga por el llanto).*

CATEGORIA	SUBCATEGORIA
<p>Red familiar</p>	<p>Apoyo, Miedo a la crítica, Vergüenza, Rechazo</p>
<p>Entrevistadora ¿De su familia quien lo sabe?</p> <p><i>A: Mi mama, ella es la única persona que sabe que soy VIH ni mis hijos ni nadie sabe...</i></p> <p><i>AZ: Mi esposo. A mis papas... luego mi esposo me este... yo tengo buena relación con la familia de mi esposo, mis cuñadas... como te diré... no se cierran al tema, ellas empezaron a averiguar por internet y todo...</i></p> <p><i>B: No, si saben ellos son que cuando se enojan como que recriminan a la gente, entonces luego si cuando llegue a salir de pleito con ellos pus si me gritaron y todo eso, por eso es casi con ellos casi no... bueno mas bien no cuento con mi familia a a mi esposo no lo quieren por lo mismo.</i></p> <p><i>L: ... para que le digo a mi familia si lo van a criticar a uno y van a decir “no pus que fulanita tiene esto” ya ve que todavía hay prejuicios de esa naturaleza.</i></p> <p><i>Y: ... sin ningún apoyo, sin nadie y luego tener la vergüenza de no confiarle a nadie por el rechazo.</i></p>	

Entrevistadora ¿Quién le ha apoyado hasta ahora?

A: *Mi mama, la verdad mi mama ha sido un pilar muy fuerte...o sea fue mi soporte digo yo creo que si ella no hubiera estado en ese momento ahí no hubiera iniciado yo ni siquiera la mitad del tratamiento.*

AZ: *...ps a la fecha pues mi esposo, yo he contado mucho con el apoyo de mi esposo.*

B: *Mis suegros, pero como se quedo mi suegra sin trabajo, ahorita el único que trabaja es mi suegro y por eso es que luego así me salgo a vender así que mi ropa o zapatos que ya no quiero así.*

L: *la señorita que trabajo, o sea ella me apoya mucho emocionalmente... ella me apoya mucho en eso y económicamente pus porque no me quita el trabajo a pesar de que sabe, y ella no me está diciendo "cuídate, no agarres el cuchillo", o sea no está así vigilándome, ni que hago.*

Y: *Si yo encontré algún apoyo pero pus ora sí que ya después de todo, encontré un apoyo en ella. La señora, N, ella no sabe que tengo esto, ella no lo sabe... ella me hablaba así como si fuera mi mama, regaños pero era por mi bien, si me llagaba a regañar pero me llamaba,...*

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
Trabajo y Ocupación	Hogar Trabajo – Hogar
<p>Entrevistadora: ¿Trabaja actualmente?</p> <p>A: <i>Si yo ahorita mantengo mi casa al cien por ciento.</i></p> <p>AZ: <i>El (refiriéndose al esposo) se hace cargo de todos los gastos, yo trabajaba en un escritorio pero ya no. Cuando quede embarazada de mi hijo y cumplió este... bueno que ya me iba a aliviar, hasta ese día deje de trabajar, ya después me dedique nada mas a mis hijos.</i></p> <p>B: <i>No yo no trabajo, por mis niños que me necesitan como ahorita que los dejo, pues siento feo dejarlos a mis niños.</i></p> <p>L: <i>tengo varios trabajos, pero con ella es con la que mas voy y única que sabe, porque me dice la señorita que entre menos sepan es mejor, porque así no te están señalando o equis.</i></p> <p>Y: <i>Empleada domestica, pero tengo proyectos de seguir trabajando, entonces este juntar mi dinero y este abrir un negocio.</i></p>	

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
Actitud ente la enfermedad	Comportamiento y Proceso de Asimilación personal
<p>Entrevistadora <i>¿Cómo asimilo su enfermedad?</i></p> <p>A: <i>La aceptación de este tipo de situaciones es muy difícil, o sea aceptar la situación en la que estamos viviendo es difícil, más que nada porque yo siento que nuestra condición es muy satanizada</i></p> <p>AZ: <i>Lo primero que se me vino a la mente fueron mis hijos... es cuando más miedo me dio porque por mí no iba a sentir tristeza,</i></p> <p>B: <i>Luego me dicen que según les grito y les regaño, si les doy sus nalgadas cuando es necesario que les hable y no me hagan caso pero de ahí en fuera o sea no, ya no me desquito con mis niños.</i></p> <p>L: <i>Me molestaba, o sea porque yo todavía tenía entendido que no se podían enamorar homosexuales o heterosexuales o que les gustara hombre y mujer ¿no? o sea no sabía yo hasta ya últimamente sé que así pasa.</i></p> <p>Y: <i>Hay veces que digo no pus ¿para qué estoy aquí? ya mejor hasta aquí la dejo y ya hasta aquí llegue ya, pero digo no mejor me lo voy a seguir tomando (el medicamento) y tengo que salir adelante.</i></p>	

Entrevistadora *¿Sabía usted antes que es el VIH/SIDA?*

A: *porque yo tuve mis etapas de suicidio, tenia así como ganas de aventarme de la azotea o de cortarme las venas no se o sea fue horrible...*

AZ: *no tenía ningún tipo de información yo nada más sabia que existía el VIH, pero asta ahí ...*

B: *No pus yo no sabía, de esa enfermedad yo nunca sabia, incluso le digo a mi esposo que a mí nunca me dieron este, en la secundaria nunca nos dieron platicas del condón ni nada de eso...*

L: *No, no, no tenía idea, ni por aquí me pasaba o sea yo... O sea si sabía que el VIH significa algo de SIDA...*

Y: *Me decía el médico que tenía que aprender a vivir con ella y decía yo ¿Cómo? ¿Cómo? si yo nunca he vivido con esto como voy a prender a vivir con ella,*

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
<p>Depresión</p>	<p>Sintomatología</p> <p>y</p> <p>consumo de medicamentos</p>
<p><i>Entrevistadora: ¿Ha tomado medicamento antidepresivo?</i></p> <p><i>A: Si tuve necesidad de tomar porque tuve mis etapas muy fuertes de depresión, muy muy fuertes en un principio ahorita ya afortunadamente ya como que ya la psiquiatra ya me dijo “ya no necesitas ahorita vamos a ver que tanto es tu actitud”</i></p> <p><i>AZ: Que ahorita no tenga la depre, pero lo mejor y después porque o mejor hasta ahorita no me ha tocado una persona...</i></p> <p><i>B: ... hasta ahorita no he necesitado medicamento, ahorita no estoy tomando yo.</i></p> <p><i>L: la depresión no me agarra mucho, pero si quería namas estar acostada y sin saber nada, irritable, todo me irritaba ¿no?, me hablaba mi mama y me irritaba, mis hermanos me irritaban y todos me decían ¿es que que te pasa ¿ y “déjenme no me hablen “, todo me irritaba ¿no? o sea.</i></p> <p><i>Y: Si, de hecho también la depresión, depresión alta también, un tantito me hace pero luego de repente me da de repente me da pero ya es menos porque era más seguido, mas seguido que me venía la depresión.</i></p>	

1. *Diagnostico*

En el momento de ser diagnosticadas las mujeres entrevistadas no se consideraban en riesgo ya que contaban con una pareja estable en el momento del contagio, ni tampoco consideraban la posibilidad de que sus parejas estuvieran dentro de la población infectada, también desconocían es su mayoría que es y cómo se desarrolla es VIH así como las fases para desarrollar SIDA.

Las mujeres cuando consideran que tienen una pareja estable no contemplan la necesidad de utilizar preservativo, ya que se podría considerar como signo de desconfianza así mismo no expresan abiertamente sus necesidades, gustos y preferencias sexuales y consideran que la pareja les proporcionara protección y cuidado.

El esposo, generalmente sabiendo que tiene varias parejas sexuales, presiona física y psicológicamente a su esposa a tener relaciones sexuales sin condón bajo el pretexto de que con su uso el placer disminuye. La esposa, por su parte, no se atreve a negociar el uso del preservativo y cede fácilmente a la presión, con lo que no sólo ella se perjudica sino que pone en riesgo la vida de sus propios bebés cuando se embaraza, ya que las mujeres casadas aseguran haber tenido sólo una pareja sexual, con la que contrajeron matrimonio, por lo que se infiere que es el marido quien lleva el virus a la casa.

Las mujeres entrevistadas tenían nula o muy poca información sobre VIH/SIDA, lo que les provoco al momento de conocer su diagnostico fue un impacto muy grande ya que rápidamente lo relacionaron con una enfermedad terminal que en poco tiempo minaría su salud ocasionándoles desconcierto y dudas así pues el temor a la muerte y a la agonía se convierten en un problema para la mayoría.

Estas mujeres presentan trastornos depresivos así como ideación suicida y/o intentos de suicidio por la consideración de enfermedad-pestes, con frecuencia presentan trastornos de sueño e insomnio, con las connotaciones psicológicas y sociales tan despectivas que tiene, por lo que todo el proceso diagnóstico y terapéutico produce una gran tensión ya que:

- Es una enfermedad considerada como castigo y no simplemente una enfermedad que se transmite.
- No es sencillamente letal, sino que deteriora el cuerpo con capacidad de conducir a la destrucción.
- Produce un contagio masivo e imparable.
- Genera una sensación de indefensión y vulnerabilidad total, como si no hubiera nada que hacer.

2. Red familiar

El VIH/SIDA en la población en general representa un estigma social, y para las entrevistadas significa, temor al rechazo, sentirse más vulnerables, discriminación, vergüenza, lo que les ocasiona baja autoestima, aislamiento de la familia (padres y hermanos) se encuentran predispuestas a experimentar los síntomas depresivos de la enfermedad, la preocupación principal de las personas infectadas y sus familiares es mantener la esperanza de una mejor calidad de vida y que esta sea digna y significativa.

El estado de ánimo parece estar relacionado con el apoyo de los familiares, amigos, asistencia religiosa, o bien recibir atención médica y social de alguna institución influye en el estado emocional de forma favorable ya que les representa una visión más prometedora del futuro.

3. Trabajo y Ocupación actual

En las entrevistas, la mayoría de las MMVS manifiestan que trabajan (refiriéndose a que reciben una remuneración económica por labores que desempeñan fuera de su casa), pero también las que expresaron que no lo hacen, realizan actividades para que su familia se encuentre bien, realizando funciones que garanticen la estabilidad de la familia anteponiendo su estado anímico y físico sea desplazado a segundo plano.

El conflicto entre el trabajo y la familia es una cuestión preocupante ya que viven saturadas de actividades y abrumadas por las preocupaciones y los efectos desalentadores de su situación económica además de que el hombre, por lo general, rehúye las tareas domésticas y que estas siguen recayendo casi exclusivamente en la mujer, sea que trabaje fuera del hogar o no.

Las necesidades de autoestima son satisfechas por medio del trabajo; para algunas de las entrevistadas es posible sentirse, productivas y útiles a través de la actividad que realizan para ellas y para otros ya que les proporciona un sentimiento de pertenecer y ser importantes en sus relaciones familiares.

4. Actitud ante la enfermedad

El duelo que presentan las entrevistadas por su salud y la pérdida de su calidad de vida, tiene diversas formas de comportarse ya que no solo implica su sintomatología física, sino también implica todo el componente cognitivo de la depresión.

Sus pensamientos pueden influir negativamente en su padecimiento y pueden prolongar las infecciones o retardar la cicatrización de sus heridas e incluso bajar su sistema inmunológico.

Otra situación común es la pérdida de la pareja, ya sea por que la persona se entera que está infectada en el momento en que su pareja enferma o muere o bien porque es abandonada por su compañero o compañera sexual cuando este advierte que está infectada por VIH/SIDA.

Esto repercute en la autoestima y se traduce en depresión y temor a establecer nuevas relaciones, lo cual puede llevar a aislamiento emocional y social así como a la abstinencia sexual.

Por otra parte el conocer su diagnóstico las puede hacer sentir como descubiertas ante el equipo médico ya que pocas veces se muestran sensibles ante su problemática y confusión de los familiares.

5. Depresión

Entre los factores psicosociales que afectan la sintomatología depresiva de las mujeres contagiadas por VIH/SIDA, se encuentra la escasa educación, pertenecer a familias disfuncionales además de ser personas con baja autoestima así como tener temor a la crítica. Por ello la gran mayoría no quieren que se conozca la enfermedad que padecen e intentan que permanezca oculta. De esta manera las afectadas deben soportar el enfrentamiento con una enfermedad grave y además con implicaciones que la hacen sentirse culpable y deprimida.

Si las mujeres heterosexuales (frecuentemente encuentran dificultades para expresar abiertamente su deseo sexual) cobran conciencia de que viven con VIH/SIDA y asumen la necesidad de utilizar el condón, solicitándolo a su pareja, encuentran una gran resistencia y/o desconocimiento de esta práctica.

En las respuestas de las entrevistas se puede observar que si bien, falta información que nos permita determinar si cumplen con la mayoría de los criterios para ser consideradas como pacientes depresivas con VIH/SIDA, aun así me percate que ellas consideran que si lo están ya que el término se encuentra de moda y para ellas es fácil asociar la tristeza por su diagnostico, o por la pérdida de su salud, o con los síntomas de su padecimiento.

Así mismo reconocen que el estado depresivo va acompañado de sentimientos dolorosos como la desesperanza, el miedo, la soledad, la culpabilidad, tristeza, pérdida de peso, perdida de la libido y disminución de la concentración así como la perdida de interés por las actividades comunes, pudiéndose presentar conductas autodestructivas. Con frecuencia tienden a aislarse, con silencios prolongados, pueden llorar continuamente, perder el interés por realizar actividades o no dar muestras de no querer continuar luchando. La depresión es una aflicción por las pérdidas de su salud o por los que cree que puede perder en un futuro (pérdida de trabajo, de cabello, de recursos económicos, pérdida de funcionalidad, se cansa, de salud, etc.). Es una forma en que las MVVS están elaborando sus diversas pérdidas.

Quien no conoce nada, no ama nada.
Quien no puede hacer nada, no comprende nada.
Quien nada comprende nada vale.

Paracelso

CAPITULO 6

DISCUSIÓN

Entre los factores psicosociales que influyen en la sintomatología depresiva en mujeres con VIH/SIDA, observe que las mujeres participantes de éste estudio, manifestaron en algún momento síntomas de depresión por diversas causas de acuerdo a lo que menciona Diaz-Loving(1999), en consecuencia también pueden manifestar sentirse ansiosas, al enfrentarse con el impacto de saberse enfermas, sentirse confundidas, algunas presentaron y llegaron a tener ideas suicidas además de que algunas no poseen apoyo familiar ni económico suficiente ya que, el poco que reciben no cumple con las expectativas de la persona que lo necesita, considero que a menor apoyo social, mayor riesgo de desarrollar sintomatología depresiva, sufrimiento físico y emocional, Diaz-Loving(1999).

La falta de apoyo social, de recursos personales, y el afrontamiento negativo, pueden llevar a elevados índices de estrés, ansiedad, preocupaciones, dolores musculares, sentimientos de frustración, inutilidad, tristeza, etc., esto llevado a niveles muy altos o durante mucho tiempo, sin darles una solución o salida, se acumulan en el individuo, ocasionando la enfermedad del siglo, la depresión.

En base en todo lo anterior se puede determinar que las mujeres enfrentan una serie de situaciones estresantes socioculturales económicas y psicológicas, además de las propias de la enfermedad que incrementan su vulnerabilidad frente al VIH/SIDA que tienen un impacto posiblemente más negativo en su salud y calidad de vida cuando deben convivir con el virus.

De acuerdo a lo planteado por Arrivillaga (2006), La vulnerabilidad social, cultural y económica en la que la mujer se ve involucrada es una condición que

predispone a las mujeres que conviven con el VIH/SIDA a una serie de alteraciones que afectan su bienestar emocional, ya que las participantes en este estudio se encontraron inmersas ante una serie de preocupaciones constantes.

Considero que entre los factores psicosociales que influyen en la sintomatología depresiva están: Una visión negativa de la vida, el pesimismo excesivo, la percepción de no tener autocontrol, la ausencia de una evaluación positiva, la falta de estima personal, los pensamientos, comportamientos y sentimientos característicos de las mujeres de éste estudio.

Es por ello que en éste estudio me basé en diversos factores psicosociales, como generadores de depresión. Así tenemos que, los acontecimientos vitales por los que han pasado la mayoría de las participantes son de índole negativo e inesperado, son desagradables y no tienen deseabilidad social para ellas, éstos sucesos les causan malestares físicos, por ejemplo, dolor de cabeza, espalda, piernas, cuello, etc., pero también malestares psicológicos, estrés, ansiedad, tristeza, miedo, inseguridad, etc.

En las entrevistas se puede determinar qué:

- Al conocerse como seropositivas desarrollan sintomatología depresiva o la incrementan
- Entre los factores psicosociales que incrementan el riesgo y la vulnerabilidad de las mujeres se encuentran los roles de género.

Hay tres acontecimientos Vitales que se presentan con mayor frecuencia en las participantes de éste estudio.

1. **Problemas con su pareja** (desvalorización, discusiones, falta de comunicación).

El apoyo que más necesita y satisface a una mujer, es el emocional, que le demuestren afecto, comprensión, respeto, sentir que la escuchan, que está acompañada, que se interesan por lo que le pasa, ser importante para otros.

En el estudio se puede observar que para las mujeres entrevistadas presentaron o experimentaron una dificultad excesiva en el proceso de adaptación y convivencia ante su nueva situación presentando indicadores de depresión de intermitente a crónica como lo refiere Arrivillaga (2006),

2. **Crisis Económica** (no alcanza el dinero para mantener adecuadamente a la familia, ni para la compra de medicamentos). También es importante mencionar que la cuestión económica y de asistencia médica pone en peligro la situación amínica de las mujeres con VIH/SIDA.

Para Flores (2010) la pobreza se puede considerar como un factor de desequilibrio tanto social como emocional, en el que la impotencia y la incertidumbre están presentes sin importar sexo, o edad, situación que ha estado presente por las mujeres entrevistadas.

3. **Preocupación constante por sus hijos.**

Para las entrevistadas la epidemia impone una doble carga, a las mujeres. A causa de su situación de subordinación, como menciona Miller (1993) estas son de por sí más vulnerables a la infección por el VIH/SIDA; además de sus exigentes tareas dentro y fuera de la casa, así como de la familia, se espera que las mujeres se hagan cargo del marido, (haciendo énfasis, entre otras cosas la necesidad de complacer al hombre) así mismo de los hijos y otros miembros de la familia aun con enfermedades relacionadas al VIH/SIDA.

Las mujeres que no cuentan con una red de apoyo ni con recursos económicos, se ven obligadas a asumir esta responsabilidad cuando su compañero enferma y muere de VIH/SIDA. La carga es incluso más gravosa para las mujeres solas que padecen enfermedades relacionadas con el VIH/SIDA.

Además de que al saberse infectadas se sienten en desventaja ya que presentan sentimientos auto-denigrantes, miedos, desidia, falta de esperanza, discriminación, falta de confianza, ante la falta de información de la evolución del VIH/SIDA y conocimiento de la sintomatología depresiva.

Los síntomas de una enfermedad son subjetivos (percibidos por la persona que los siente), mientras que los signos son objetivos (percibidos por otra persona). La experiencia del sujeto afectado es el indicador más importante para comprender los síntomas y abordar su tratamiento.

Entre los factores psicosociales a los que se enfrentan las mujeres con VIH/SIDA que fueron entrevistadas y contribuyen a la sintomatología depresiva se encuentran:

Diagnostico.-las entrevistadas, al enterarse de son portadoras de VIH/SIDA, desarrollaron diversas conductas como ansiedad, fatalismo, pensamientos de tristeza y pesimismo, ideas suicidas ya que en un inicio desconocían que los síntomas que presentaban estuvieran relacionados con el VIH/SIDA tampoco sabían que estaban en riesgo de desarrollar sintomatología depresiva.

Es importante mencionar que para Leal (2000) la relación entre la sintomatología depresiva y la enfermedad es muy compleja ya que una puede exacerbar a la otra y que resulta difícil distinguir entre la tristeza y un trastorno depresivo también expresa que es posible que las enfermas no reciban el tratamiento adecuado cuando padecen una depresión, bajo la presunción de que se trata de una reacción normal a su situación, lo antes mencionado concuerda con lo manifestado por las participantes de este estudio.

También es posible que la sintomatología depresiva evolucione con el deterioro del sistema inmunológico, fundamentalmente con la función de los linfocitos T, que podría facilitar la coexistencia de las infecciones víricas o

enfermedades relacionadas con reacciones inmunológicas entre los que se incluye el desarrollo de algunas neoplastias, Leal (2000).

Red Familiar.- la falta de apoyo por parte de la pareja, familia o amigos y conocidos puede ser determinante en la aparición de sintomatología depresiva por parte de las mujeres infectadas por VIH/SIDA ya que esto puede representar discusiones frecuentes, enojo, falta de entendimiento, comunicación nula o deficiente, temor al rechazo y discriminación.

Para las mujeres de este grupo sentirse apoyadas por parte de la pareja y la familia las hace menos vulnerables a presentar sintomatología depresiva ya que se sienten acompañadas al poder hablar con alguien (amigas, vecinas, compañeras de trabajo) lo que le permite darse cuenta que alguien la apoya y con quien identificarse así como compartir experiencias de su diagnóstico, con esto se evita que se aislen.

La percepción que tienen las mujeres con VIH/SIDA de su relación familiar influye sobre su estado emocional y cuando perciben una situación de indiferencia

Trabajo y Ocupación actual.- se encontró (como se muestra en la tabla) que el nivel de escolaridad, en las entrevistadas, no representa una garantía para obtener ingresos económicos ya que la que inicio una licenciatura, la dejo trunca, la que estudio una carrera técnica se dedica al hogar y la que estudio bachillerato es empleada domestica, todas pertenecen a nivel económico bajo, lo que podría ser un factor determinante para desarrollar sintomatología depresiva ya que al presentar frustración por no poder acceder a sus intereses intelectuales y proyectos profesionales al tener que ser pospuestos o interrumpidos a favor de iniciar vida matrimonial y posteriormente apoyar con un trabajo remunerado a la familia o dedicarse al cuidado y bienestar de la misma.

La ocupación de ama de casa o bien dedicarse a las actividades propias del hogar, se pueden considerar un factor determinante para desarrollar sintomatología

depresiva ya que es un trabajo rutinario, de poco prestigio, sin valor reconocido, agotador físicamente y emocionalmente así como limitante donde la mujer es la encargada del cuidado de los miembros de la familia, lo que no le deja tiempo disponible para ella.

Tener un trabajo en donde se realiza una doble jornada implica asumir la responsabilidad de cumplir en dos ámbitos eficientemente: el hogar y el trabajo

Por un lado considero que el empleo fuera de su casa representa una motivación por la parte económica y psicológica ya que le permite ampliar su círculo de amistades, evadir momentáneamente las responsabilidades de su casa pero el trabajo si no el flexible representa estrés y sentimientos de culpa porque las mujeres se consideran responsables en su totalidad de los hijos y todo lo relacionado con ellos (cuando son pequeños estar en su cuidado, asistencia médica y cuando ya van a la escuela de apoyarlos con las tareas así como al acompañamiento a las tareas extramuros)

Aunado a todo esto, el tipo de trabajo, el estrés laboral, la distancia recorrida para llegar, el tiempo, podrían desencadenar sintomatología depresiva en las mujeres que ya están diagnosticadas con VIH/SIDA.

Actitud ante la enfermedad.- Estas mujeres en un inicio no se consideraban en riesgo de infectarse de VIH/SIDA y por lo tanto no utilizaban preservativos al tener relaciones sexuales con sus esposos o parejas. Además de la desinformación sobre las enfermedades de transmisión sexual. (ETS) la mayoría de las mujeres no pueden cuestionarle a su marido su conducta ya que se exponen a situaciones de conflicto potencialmente violentas.

Diaz-Loving (1999) menciona que los modelos preventivos desde hace dos décadas ya estaban orientados hacia la información y orientados hacia el uso del condón, pero estas condiciones no estaban a favor de las mujeres del presente estudio.

Depresión.-

Ayuso (1997) menciona que la sintomatología depresiva de moderada intensidad puede aparecer en cualquier momento del curso de la infección por VIH y que es más frecuente en los estadios más avanzados de la enfermedad, Consta de estado de fatiga, despersonalización y sentimientos de fracaso, entre aquellas que están a las infectadas y/o son portadoras de VIH/SIDA.

En las entrevistas realizadas se ha observado en estas mujeres, que presentan un gran riesgo de presentar sintomatología depresiva por la evolución de la infección por VIH/SIDA que contribuye a empeorar el estado del sistema inmunológico que puede estar relacionado con accidentes, actos de violencia, disminución de la adherencia y asistencia médica, problemas laborales y económicos, así como disminución del estado físico, emocional.

Los síntomas recurrentes encontrados en las entrevistas fueron:***El miedo.***

El miedo al saberse contagiada es inevitable, (también a contagiar a otras personas) así como percibir el futuro de forma adversa y negativa también a no ser capaz de realizar actividades que actualmente realizan (cuidado de la familia, hijos, y actividades laborales que les reportan ingresos económicos). Provocado por la poca información que recibieron en su casas sobre sexualidad por parte de sus padres y por haber tenido limitado acceso a la formación académica.

De acuerdo a lo que menciona Miller (1993) y lo expresado por las entrevistadas, las preocupaciones que surgen por el diagnóstico pueden provocar reacciones físicas y emociones abrumadoras de tal forma que las mujeres que las sufren piensen erróneamente que están empeorando cuando en realidad la ansiedad es la que origina las complicaciones.

Temor al rechazo o de sentirse discriminadas.

En el presente trabajo pude observar que las mujeres portadoras de VIH/SIDA manifiestan sentimientos de temor al rechazo facilitado por la distancia social entre las personas infectadas con VIH/SIDA y los familiares o cuidadores, estos sentimientos negativos interfieren y dificultan la comprensión del paciente. El temor al rechazo, a la marginación, provoca, lógicamente, la ocultación de determinados tipos de comportamientos e informaciones personales, lo cual implica problemas en los estudios epidemiológicos y de evaluación de comportamientos a nivel general. Reduce la frecuencia en el acceso a los centros de información, prevención o atención. El posible rechazo ficticio o el rechazo real facilitan la aparición de conductas de ocultamiento, ya que además de la enfermedad en sí se pueden producir pérdidas importantes para la vida de la persona. En ocasiones este rechazo se ha podido percibir en el personal médico que les atiende. Se ha descrito que la existencia de apoyos sociales es un factor relevante en la infección por VIH, la pérdida de estos apoyos puede llegar a convertirse en un factor para el desarrollo de la enfermedad.

El duelo.

Lo primero que salta a la vista son las "pérdidas" reales y posibles ante la aparición de la infección o la enfermedad, elemento común en las teorías cognitivas y del aprendizaje. Observando la información que se transmite al sujeto, la percepción de control que pueda tener sobre las consecuencias de su infección suelen ser escasas, por lo que aparecen estados de indefensión. Contra la enfermedad y la muerte. Son, por tanto, un personal mucho más vulnerable al duelo cuando sus jóvenes pacientes mueren; por ello precisan del apoyo de sus colegas para tratar con el duelo.

La lucha desde todos los frentes contra la discriminación se convierte así en un campo importantísimo de actuación directa sobre los comportamientos individuales, y por lo tanto, en la prevención del sida.

También manifestaron falta de interés, sentimientos de minusvalía, sentimientos de culpa, indecisión e ideación suicida, así como insomnio, pérdida de peso y fatiga.

Considero importante mencionar que la sintomatología depresiva en estas mujeres portadoras de VIH/SIDA, de acuerdo a lo manifestado en las entrevistas, se encuentra oscilando entre leve, moderada y grave ocasionada por la incertidumbre de la enfermedad, (el estigma social, las creencias infundadas y las presiones económicas) lo que ocasiona frecuentemente que su sistema inmunológico no produzca las defensas necesarias para resistir de forma adecuada al VIH/SIDA.

CONCLUSIONES

Las cifras mundiales muestran un aumento de la infección por VIH/Sida principalmente en las mujeres que contraen la infección a edades más tempranas que los varones, estando la mayoría en edad reproductiva, entre los 15 y 44 años de edad (Arrillaga, M., 2006).

La depresión se da en la mujer con una frecuencia casi el doble de la del hombre como se puede observar en el apartado de prevalencia. Factores hormonales podrían contribuir a la tasa más alta de depresión en la mujer. En particular, las mujeres están predispuestas a padecer del síndrome premenstrual (SPM), así como los cambios del ciclo menstrual, el embarazo, el aborto, el periodo de posparto, la premenopausia y la menopausia. Muchas mujeres tienen más estrés por las responsabilidades del cuidado de niños, el mantenimiento del hogar y un empleo. Algunas mujeres tienen una mayor carga de responsabilidad por ser madres solteras o por asumir el cuidado de padres ancianos.

Las mujeres infectadas con VIH/SIDA con episodios depresivos generalmente comparten las mismas características clínicas ya que manifiestan desánimo y/o anhedonia, pueden presentar conductas como aislamiento e irritabilidad y también están expuestas a sufrir insomnio, trastornos en la alimentación (hipofagia e hiperfagia), presentando cambios en el peso corporal, así como también presentan dificultad para concentrarse, problemas en la memoria por lo que diagnosticar, un trastorno depresivo puede no ser fácil de identificar.

Por otra parte considero que la depresión puede afectar negativamente en la evolución del VIH/SIDA ya que sus síntomas empeoran el estado inmunológico con el riesgo de disminuir el número de linfocitos T CD4+ y acelerar la infección/enfermedad.

En la actualidad ya existen tratamientos con medicinas (antirretrovirales), que pueden alargar la vida en personas infectadas por el VIH/SIDA y permitirles llevar vidas más productivas.

Así mismo las mujeres con mayor riesgo de desarrollar depresión son aquellas con nivel educacional bajo y socioeconómico, también las que presentan inestabilidad laboral, familiar y que no cuentan con una red de apoyo social.

Considero que en los servicios médicos, que atienden a pacientes infectados con VIH/SIDA no se encuentran actualizados en el manejo de la misma y evitan lo más posible el manejo de la depresión por los potenciales efectos secundarios ni con el uso de prescripción frecuente en la infección por VIH/SIDA.

Por otro lado manifiesto, que es posible que los pacientes no cuenten con el tiempo suficiente en las consultas médicas de exponer sus síntomas emocionales debido al estigma social que existe (prejuicios e ideas preconcebidas en el área de salud mental y por parte de la propia familia).

Se puede mencionar que el VIH/SIDA afecta a todos, se transmite por la falta psicosocial de percepción de riesgo (ya que al ignorar sobre la enfermedad y las medidas preventivas muchas personas piensan que "a mí no me va a tocar") de algunos grupos de población lo cual hace que la enfermedad continúe extendiéndose. No existen grupos de riesgo, sino *prácticas de riesgo*. Nadie se infecta por lo que es (marginado, drogadicto, prostituta, homosexual, libertino, faldero, ligera de cascos, etc.), sino por su inadecuado comportamiento. El complejo entramado SIDA (a nivel orgánico, psicológico y social) tiene unas peculiaridades muy concretas, y es con la ayuda psicosocial, la mejor forma de enfrentarse al VIH y a sus especiales características con la *prevención*, que sólo se consigue a través de una buena educación para la salud, en que se comprendan las implicaciones sociales, psicológicas y fisiológicas de nuestro comportamiento, tanto en la prevención, tratamiento y el cuidado del sujeto con VIH/SIDA.

Actualmente las personas afectadas por el VIH viven más de 15 años desde su diagnóstico como infectadas, esto quiere decir que las afectados por el VIH deben de poder realizar una vida normal, plena, e integrada, hasta que el desarrollo de su enfermedad se lo impida, es por eso que considero que el concepto de

enfermo de SIDA, como un "muerto en vida" debe de desaparecer por completo. Incluso aquellos que ya han desarrollado la enfermedad presentando sintomatología de SIDA, con la terapia combinada doble o triple pueden ahora volver a hacer una vida normal, desarrollar un trabajo, e integrarse en la sociedad plenamente, conviviendo con una enfermedad crónica como hacen otros sujetos con diabetes, hemofilia, enfermedad renal crónica, etc., que si no son tratados adecuadamente fallecerían.

Por último decir que la esperanza ante el conseguir el cambio en los comportamientos de riesgo para reducir la epidemia del VIH/SIDA, y en las nuevas investigaciones que consigan alargar la vida de los afectados y mejorar, de manera ostensible su calidad de vida. Actualmente se pretende que se llegue a considerar al VIH/SIDA como un mal crónico", con sus repercusiones psicosociales antes mencionados.

Las hipótesis psicosociales han puesto el acento de los acontecimientos vitales, el estatus social, la adversidad, la depresión, en el diferente manejo de las emociones y especialmente en la importancia del rol femenino y sus desventajas, así como en la carencia de apoyo social o trabajo gratificante. Todos estos aspectos han sido considerados y su investigación, a veces difícil, es capital para el tema que nos ocupa (citado por Bebbington, 1998 en Leal, C. 2000).

Considero que las MVVS ya eran anteriormente al diagnóstico de VIH/SIDA presentaban sintomatología depresiva así como baja autoestima que las llevo a aceptar de forma sumisa la opresión masculina al relacionarse con parejas poco estables y con conductas sexuales de riesgo, aunado a esto su condición de mujeres y la poca instrucción educativa así como su nivel económico bajo, han influido en su calidad de género, permitiendo tener relaciones sexuales sin protección e involucrarse sentimentalmente, sin tener conocimiento de la infección de VIH/SIDA por ser temas que no se trataban en sus casas y considerarse fuera de riesgo ya que piensan que solo se contagian las mujeres malas (mujeres que ejercen el sexo comercial) y los drogadictos.

También he confirmado en cierta forma en el presente estudio, que al enterarse de están infectadas de VIH/SIDA la sintomatología depresiva se exagera, confundiéndose con los síntomas y curso del VIH/SIDA, para las MVVS ya que están implicados factores psicosociales que les provocan ansiedad y dudas.

Considero importante que las mujeres portadoras de VIH/SIDA tengan un concepto diferente de pareja, ser mujer en una relación, que no debe ser sinónimo de sumisión, de pasividad, de inferioridad sino como lo señala la propia palabra todo debe ser parejo, compartir las mismas responsabilidades así como las obligaciones, tener los mismos derechos ya que ante cualquier manifestación de discriminación es de suma importancia que la mujer denuncie, sé muy bien que este paso es muy difícil, pero sé que puede buscar la ayuda adecuada tanto medica como psicológica y emocional, para aprender habilidades y estrategias que les permitan afrontar una enfermedad que pone en peligro su vida o la de algún familiar.

LIMITACIONES Y COMENTARIO

Considero que la presente investigación permitió identificar los factores psicosociales que se presentan en la sintomatología depresiva en mujeres portadoras de VIH/SIDA, detectando las limitaciones siguientes:

- En las entrevistas realizadas la información sobre la sintomatología depresiva se considero de forma particular en cada una de las mujeres.
- La información sobre los medicamentos que fueron recetados, dosis, tiempo en que fueron consumidos así como el motivo por el que fueron suspendidos fue imprecisa ya que algunas, desplazaron su atención a su estado emocional.
- Se reconoce como limitante la confusión que experimentaban respecto al VIH/SIDA aunado a los síntomas depresivos que fueron considerados como parte del mismo padecimiento.

Considero necesario para darle seguimiento a la investigación realizada que al realizar entrevistas a mujeres con VIH/SIDA en hospitales, clínicas o consultorios por parte del personal encargado de sector salud, se tome muy en cuenta la sintomatología depresiva en sus 4 formas de manifestarse (afectiva, intelectual, conductual o somática) para que pueda elegir un tratamiento farmacológico adecuado en tiempo y forma para quien lo requiera.

Así mismo considero importante que la información sobre las formas de contagio y prevención podría implementarse a nivel de educación en primarias y secundarias y que se informara al público en general ya que hay muchas personas que están infectadas y no lo saben.

REFERENCIAS

- Arrillaga, M., Correa, D., Varela, M., Holguín, L. y Tovar, J. (2006) *Variables psicológicas en mujeres diagnosticadas con VIH/sida: Un estudio correlacional*
- Ayuso, J.L. (1997) *Trastornos Neuropsiquiátricos en el SIDA* McGraw-Hill Interamericana Madrid.
- Bleichmar (1995) *Genero, Psicoanálisis, Subjetividad* Paidós Barcelona
- Bermúdez M. P., Teva-Álvarez I. (2003); *Situación actual del VIH/SIDA en Europa: análisis de las diferencias entre países*. Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud.
- Borobia, C (2007) *Valoración medica y jurídica de la incapacidad Laboral*. Wolters Kluwer, España.
- Burin, M. (2000) *El malestar de género*. Paidós, Argentina.
- Bravo L. y Marhuenda E (2005) *Manual de farmacoterapia* Elsevier España.
- Calderón, G. (1998) *Depresión, sufrimiento y liberación*. Edamex México.
- Calderón, G. (2001) *Depresión Un libro para enfermos deprimidos y médicos en general* Trillas Mexico.
- Chapa Romero Ana Cecilia, Velázquez Arroyo Natalia (2006), *Representaciones sociales de la mujer en Ciudad Juárez, México* Universidad Nacional Autónoma de México, tesis para lograr grado de licenciatura, Facultad de psicología.
- Daniels, V. (1993) *SIDA Síndrome de inmunodeficiencia adquirida*. Manual Moderno Mexico.
- De la Fuente R, Medina-Mora ME, Caraveo J. (1997) *Salud mental en México*. Instituto Mexicano de Psiquiatría, Fondo de Cultura Económica. México, DF.
- Díaz-Loving R., Torres K. (1999) *Juventud y SIDA: una visión psico-social*. Porrúa México:
- Feregrino, G. (1993) *Berlín '93 IX Conferencia Mundial Sobre SIDA. Amigos contra el SIDA* Mexico.
- Flores F., (2000) *Psicología Social y Género* McGraw-Hill México.

- Flores F., Mora J. (2010) *Pobres, enfermas y locas*; una historia de vulnerabilidades acumuladas. En ecología social de la pobreza; Impactos psicosociales, desafíos multidisciplinares. Coord. Montero, M. y Mayer, D. Fac. de Psicología, UNAM. Pag. 79-108 México
- Galimberti, U. (2006) *Diccionario de psicología*. Siglo XXI. Mexico D.F.
- Gatell J. M., Clotet B., Podzamczar D., Miro J.M., Mallas J, (2004) *Guía práctica del sida* Masson México D.F.
- Heinze, M. (2007) El Impacto de la Depresión en la Salud. Expo-Salud México Veracruz
- Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. (2008). *Metodología de la investigación*. Mc Graw Hill. México, D.F.
- Hernández, Sánchez, Pelcastre Juárez (2002) Salud mental oct. Vol. 28, numero 005 pp20-25
- Kendall, T. Pérez V. H. (2004) *Hablan las mujeres mexicanas VIH positivas* Necesidades y apoyos en el ámbito medico, familiar y comunitario. Colectivo Sol
- Knittel L. (2007) *Vence la depresión* Nowtilos Madrid
- Lamas M. (comp) (1997) *El género: La construcción cultural de la diferencia sexual*, Pueg México
- Leal, C. (2000) *Trastornos depresivos en la mujer*. Masson Barcelona
- Magis C., Barrientos H., Alvarez-Gayou J,(2006) *SIDA: Aspectos de Salud Publica*
- MANUAL CENSIDA (2009) *Centro Nacional para la Prevención y el control del VIH/SIDA*.
- MANUAL CENSIDA (2010) *Centro Nacional para la Prevención y el control del VIH/SIDA*.
- Miller D, (1993) *Viviendo con SIDA Y HIV*. Manual Moderno Mexico D.F.
- Miller-Weber-Green (1989) *Atención de pacientes de SIDA*. Manual Moderno Mexico
- Olaiz G. (1988) *Sida la epidemia qua a todos afecta*. Diana México
- Onusida (2007) *Directrices practicas del ONUSIDA para intensificar la prevención del VIH*. HACIA EL ACCESO UNIVERSAL. Edit. Onusida
- Organización Panamericana de la Salud (1997) *Hacer frente al Sida*

Pichot, P., López-Ibor A, J. (1995) *DSM-IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* Masson España

Sandner, O. (1990) *Sida La pandemia del siglo* Monte Ávila, Caracas.

Sepúlveda A (1989) *SIDA, ciencia y sociedad en Mexico* Fondo de cultura económica Mexico.

Soberón G. (1988) *SIDA: características generales de un problema de salud pública*. Salud Pública Mexico.

Usdin S, (2004) *SIDA* Masson, Barcelona

Remor, Revista de la Facultad de Ciencias (2002)

Richarson, D. (1990) *La mujer y el sida*, Manual Moderno México D.F.