



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA
RECINTO UNIVERSITARIO RUBÉN DARÍO
FACULTAD DE HUMANIDADES Y CIENCIAS JURÍDICAS
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA



TRABAJO MONOGRÁFICO PARA OPTAR AL TÍTULO DE
LICENCIADAS EN PSICOLOGÍA

**REACCIONES PSICOSOCIALES EN FÉMINAS CON VIRUS
DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH) QUE ASISTEN A
LA COMUNIDAD INTERNACIONAL DE MUJERES
VIVIENDO CON VIH-SIDA (ICW), MANAGUA, II SEMESTRE
2016.**

Autoras: Bra. Natania Asunción Cajina Carballo.

Bra. Darling María Flores Lumbí.

Bra. Jacqueline de la Cruz Vargas Dávila.

Tutora: MSc. Sugey Sequeira S.

Managua, Julio 2017

AGRADECIMIENTO

Agradecemos primeramente a Dios por concedernos las fuerzas, paciencia, sabiduría y dedicación a lo largo del proceso de formación académica para culminar con éxito esta etapa de autorrealización personal y educativa.

A nuestras familias que nos brindaron el apoyo incondicional, tanto económico como afectivo, para poder coronar una de las metas más importante en nuestras vidas.

Agradecemos a nuestra alma mater Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua (UNAN-MANAGUA), por habernos acogido en sus instalaciones durante todo este proceso de preparación, siendo un segundo hogar y fuente de conocimiento para la formación personal y profesional.

A nuestra tutora MSc. Sugely Sequeira, por sus valiosos aportes y sugerencias científico-metodológicas, por el apoyo y dedicación en la realización de la investigación.

A todos y cada uno de los maestros del Departamento de Psicología por compartir sus valiosos conocimientos en aras de contribuir a la formación de cada una de nosotras de modo que lográramos un aprendizaje significativo.

A la Comunidad Internacional de Mujeres Viviendo con VIH-SIDA (ICW) por habernos abierto las puertas, concediéndonos la oportunidad de realizar este trabajo investigativo en sus instalaciones, pero sobre todo a las mujeres que participaron en éste, quienes fueron los personajes principales para hacer realidad este proyecto académico ya que gracias a ellas se hizo posible esta investigación.

Cajina Carballo Natania Asunción.

Flores Lumbí Darling María.

Vargas Dávila Jacqueline de la Cruz.

DEDICATORIA

A **Dios** padre por darme la vida y oportunidad de llegar hasta este momento.

A mis padres **Alberto Cajina** y **Salvadora Carballo** quienes con su amor, consejos y apoyo incondicional, han sido un pilar fuerte a lo largo de mi vida, siendo un ejemplo de superación.

A **Isaac Cruz** por su amor y comprensión de esposo y quien me ha motivado durante todo este tiempo.

A **Mathias Cruz Cajina** mi pequeño hijo quien es mi motivación para seguir adelante.

A **Rebeca, Fernanda** y **Gabriel** quienes como hermanos me han apoyado en todas las adversidades.

Natania Cajina

DEDICATORIA

Primeramente dedico este trabajo a **Dios** por otorgarme fortaleza y sabiduría para lograr concluir la carrera.

A mis padres, **Carlos José Flores** y **Xiomara del Carmen Lumbí** por ser los principales promotores y quienes siempre estuvieron a mi lado, brindándome apoyo, cariño, palabras de aliento y sus consejos para ser mejor persona y seguir adelante, firme y tenaz para cumplir con uno de mis ideales.

A **Omar Méndez**, quien es una de las fuentes de motivación durante esta ardua trayectoria para poder crecer profesionalmente, ya que con sus palabras de ánimo y confianza, me hacía sentir que creía en mi capacidad. Asimismo por el gran amor demostrado en esfuerzos al darme apoyo incondicional por siempre estar presente en los momentos más difíciles brindándome comprensión, cariño y tiempo necesario para alcanzar uno de tantos sueños, el cual vale la pena para un futuro mejor en nuestro matrimonio.

A mi hermano **Carlos Daniel Flores** por brindarme su cariño y considerarme un ejemplo a seguir, exigiéndome cada día.

A mi tutora **Sugey Sequeira** por la dedicación, paciencia y compromiso durante todo este proceso de la tesis monográfica, así como por la disponibilidad y el tiempo necesario para darnos su apoyo y transmitir sus conocimientos

Darling Flores Lumbí.

DEDICATORIA

En principio dedico a Dios este trabajo por permitirme llegar hasta esta meta y brindarme salud, por ser el manantial de vida, dándome lo necesario para salir adelante todos los días para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor.

A mi madre **Blanca Dávila Gutiérrez** por su amor, apoyo, consejos, valores y motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien.

A mi hermana **Martha Dávila** por ser ejemplo y modelo de aprendizaje y a todos aquellos que me han apoyado de manera directa e indirecta este trabajo de investigación.

A mi tutora **Sugey Sequeira**, por su gran apoyo y motivación para la culminación de este estudio investigativo y por haberme transmitido conocimientos y aprendizaje.

Jacqueline de la Cruz Vargas Dávila

Resumen

La presente investigación titulada: ***“Reacciones Psicosociales en féminas con Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) que asisten a la Comunidad Internacional de Mujeres Viviendo con VIH-SIDA (ICW), Managua, II semestre 2016”***, se desarrolló dentro de la Modalidad de Monografía para optar al Título de Licenciado/a en Psicología en la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua, UNAN-Managua.

En esta investigación se analizaron las reacciones psicosociales de la población en estudio con VIH, al igual las apreciaciones que tienen las mismas sobre la enfermedad y describir las experiencias vivida a nivel familia, laboral y social de las féminas al convivir con este virus.

El enfoque utilizado en esta investigación es cualitativo, en el cual se persigue reconstruir la realidad tal como la perciben e interpretan las participantes. La base teórica de este estudio fue el naturalismo y el abordaje se hizo por el estudio de caso de tipo múltiple.

Para la recolección de la información se utilizó el método de la observación (participante) y la entrevista (focalizada) dirigida a los sujetos de la muestra como a los informantes claves y expertos.

Los hallazgos encontrados se corroboran con la teoría y se logra demostrar que las participantes tienen una apreciación no clara de lo que es el VIH, no obstante poseen conocimientos relacionados con el tratamiento y como evitar una infección. Por otro lado, los sujetos de la muestra revelaron experimentar ciertas reacciones psicosociales ante la noticia de ser portadora de VIH entre ellas se destacan: El estado de shock, el miedo, la ira, ansiedad, estrés, depresión y pensamiento suicida. Así mismo narran experiencias a nivel socio familiar, tales como la estigmatización y/o rechazo, discriminación y abandono, las cuales han afectado su integridad como personas sujetas de derecho.

ÍNDICE

I.	INTRODUCCIÓN.....	3
II.	ANTECEDENTES.....	4
III.	JUSTIFICACIÓN.....	6
V.	OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN.....	8
VI.	MARCO TEÓRICO.....	9
	6.1 Antecedentes del VIH y su desarrollo en Nicaragua.....	9
	6.2 Definiciones del Virus de Inmunodeficiencia Humana y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.....	11
	6.2.1 Vías de transmisión del VIH.....	14
	6.2.2 Síntomas del VIH.....	15
	6.2.3 Fases, pruebas diagnósticas y tratamiento de VIH.....	17
	6.3 Reacciones psicosociales en personas con VIH.....	19
	6.4 Experiencias vividas a nivel familiar, laboral y social en personas seropositivas..	23
VII.	PREGUNTAS DIRECTRICES.....	27
VIII.	DISEÑO METODOLÓGICO.....	28
	8.1 Enfoque utilizado y tipo de estudio.....	28
	8.2 Universo, población, muestra y muestreo.....	29
	8.3 Procedimiento para la recogida y análisis de los datos.....	29
	8.4 Métodos.....	32
	8.5 Técnicas.....	33
	8.6 Instrumentos.....	34
	8.7 Limitaciones del estudio.....	34
IX.	ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.....	35
	9.1 Antecedentes del contexto de la investigación.....	35
	9.2 Presentación de las participantes de la investigación.....	37
	9.3 Discusión de los resultados.....	38
	9.3.1 Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH).....	39
	9.3.2 Reacciones psicosociales en portadoras de VIH ante el conocimiento de su enfermedad.....	42

9.3.3 Experiencias al convivir con VIH a nivel familiar, laboral y social en las participantes	54
X. CONCLUSIONES.....	64
XI. RECOMENDACIONES.....	65
XII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	66
ANEXOS	

I. INTRODUCCIÓN

El Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) es un microorganismo que infecta a las células del sistema inmunitario, alterando o anulando su función. De esta forma la infección produce un deterioro progresivo del sistema inmunitario, no pudiendo cumplir la función de lucha contra las infecciones y enfermedades (OMS, 2016).

Ahora bien partiendo de esta información se realizó la siguiente investigación denominada ***“Reacciones Psicosociales en Fémimas con Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) que asisten a la Comunidad Internacional de Mujeres Viviendo con VIH-SIDA (ICW), Managua, II Semestre 2016”***, tomando en cuenta que en pleno siglo XXI este virus sigue siendo un problema de salud pública a nivel mundial y generalmente el tema se aborda desde las ciencias médicas y no psicológico.

El enfoque utilizado es cualitativo descriptivo, debido a que se centra en las narraciones de tres féminas portadoras de VIH que asisten a la Comunidad Internacional de Mujeres Viviendo con VIH-SIDA (ICW), además de ser una investigación de corte transversal. La base teórica de este estudio fue el naturalismo y el abordaje se hizo a través del estudio de casos de tipo múltiple.

Los métodos empleados (observación participante y entrevista focalizada) permitieron registrar en forma directa el desarrollo del comportamiento verbal y no verbal de las participantes como de los informantes claves y expertos.

Entre las reacciones psicosociales que experimentó la muestra son: Estado de shock, miedo, ira, ansiedad, estrés, depresión y pensamiento suicida. Asimismo denotaron ciertas experiencias a nivel socio-familiar como estigmatización y/o rechazo, discriminación y abandono, las cuales les afecta su calidad de vida.

II. ANTECEDENTES

En el proceso de investigación se examinaron algunos documentos que mencionan de alguna manera los diferentes trabajos que se han hecho sobre el tema en cuestión, los cuales se describen a continuación:

Una de las primeras investigaciones consultadas fue de Sevilla, González y Gaitán (UNAN-Managua 2014), titulado: **“Condiciones de salud y estilos de vida de mujeres conviviente con el virus de inmunodeficiencia humana que recibe TARV en el programa de VIH-SIDA del Hospital Bertha Calderón Roque. Diciembre 2014 – Febrero 2015”**, cuyas autoras se plantearon como objetivos caracterizar sociodemográfica a la población en estudio, evaluar el estado nutricional de las participantes, describir las infecciones oportunistas más frecuentes y efectos adversos de la TARV e identificar los estilos de vida de la muestra.

En las conclusiones se encontró que la edad de los pacientes oscila entre 19 y 34 años, la mayoría de las mujeres tienen 25 meses a más de ser portadoras del virus, el 50% de la población son acompañadas por sus parejas quienes también son portadores del virus y el 27% se encuentran solteras; un 54.5% tiene de 1 a 5 hijos y el 50% de estas mujeres indicaron ser amas de casa.

De acuerdo al estado nutricional antes del inicio del tratamiento antirretroviral (TARV), el 50% se encontraba en sobrepeso, un 36% presentaba nutrición normal, sin embargo, durante el tratamiento el 9% de las mujeres pasó de sobrepeso a obesidad en primer grado.

Con respecto a las infecciones oportunistas, el 59.1% no ha padecido ningún tipo de infección, lo que refleja un logro en la evolución de la enfermedad, no obstante el 22.7% presentó neumonía, asimismo el 68.2% mostró tener la hemoglobina y hematocritos por debajo de los rangos normales reflejando anemia y un 50% presentó un recuento de glóbulos rojos por debajo de lo normal.

En cuanto a la variable estilos de vida, el 81.8% no realizan actividad física, la mayoría de las mujeres no fuman ni consume bebidas alcohólicas, el 31.8% indicó que duerme más de 9 horas y la mayoría consume 3 tiempos de comida al día.

De igual forma se consultó otro estudio realizado por Avelar, Cornejo y Torres (San Salvador, 2006) titulado: ***“Efectos psicológicos en personas de ambos sexos entre las edades de 20 a 50 años diagnosticadas con VIH en el periodo de Enero 2006 a Junio de 2010 perteneciente a la fundación salvadoreña para la lucha contra el SIDA María Lorena (CONTRASIDA) del Municipio de San Salvador”***, quienes se propusieron identificar el estado emocional y conductual de la población antes señalada así como conocer que percepciones poseían estos sujetos y cómo afectaba su diagnóstico en su calidad de vida.

Entre los principales hallazgos se encontró, que las personas diagnosticadas con VIH positivo presentan depresión, experimentando sentimientos de desmotivación, falta de energía y visión de un futuro poco esperanzador. Asimismo, manifiestan ansiedad, temor y culpa por no haber tomado medidas adecuadas de prevención. En otros casos, revelan ira o enojo hacia otras personas y contra sí mismo/a, dejan de consumir alimentos o medicamentos como respuesta ante el conocimiento de tal situación.

Cabe destacar que los participantes de este estudio perciben como castigo el ser portadores/as de VIH, por creer que es lo peor que les pudo haber ocurrido, ya que consideran que esta enfermedad solamente da a las trabajadoras sexuales, personas promiscuas u homosexuales. En consecuencia, experimentan baja autoestima, ya que sienten que pierden valor como persona por el simple hecho de ser portadoras del virus.

III. JUSTIFICACIÓN

El Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) es una enfermedad de transmisión mayormente sexual que se debe a una mutación o cambio en un virus propio de una especie de mono africano, que pasó a la sangre humana y allí se ha adaptado y reproducido (OMS, 2016).

Según el Diario La Prensa (Mayo, 2016) en Nicaragua el VIH se detectó en el año 1987, desde entonces se ha confirmado 11,376 casos del virus. De acuerdo a estadísticas brindadas por autoridades sanitarias en el primer trimestre 2016 se registró un total de 385 casos positivos a nivel nacional, de los cuales 124 corresponden al sexo femenino y 262 al masculino (SILAIS Managua, 2016).

Como se logra apreciar el VIH es una problemática de salud pública, razón por la cual consideramos que es un tema de gran relevancia para ser estudiado desde la psicología, ya que el mismo ha sido abordado generalmente desde el ámbito médico para efecto de su prevención. No se toma muy en cuenta los aspectos referidos a las reacciones psicosociales que pueden experimentar las personas que han adquiridos este virus, ya sea por transfusión de sangre y en el peor de los casos por sus mismas parejas.

Por lo antes señalado, este trabajo de investigación aportará en principio a la población en estudio, considerando que los hallazgos del documento servirán de insumo para que la institución desarrolle políticas de atención a esta población.

Cabe añadir que este estudio también contribuirá a sensibilizar a otras personas con prejuicios hacia la muestra, de tal manera que puedan ser conscientes de los daños emocionales que generan la discriminación y estigmatización que viven a diario estas mujeres por el hecho de ser portadoras del VIH, tanto a nivel familiar, laboral como social.

De la misma manera constituye un aporte investigativo para el Departamento de Psicología, ya que los resultados obtenidos en este estudio puede ser un punto de partida para continuar con esta investigación y profundizar en el tema en cuestión.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015), el VIH sigue siendo un importante problema de salud pública mundial, después de haber cobrado más de 34 millones de vida hasta el año 2015. Cabe mencionar que solo en el año 2014, este virus afectó a 36.9 millones de personas en todo el mundo, viéndose más afectado África subsahariana en un 70%.

Por otro lado, la mujer a nivel social no siempre ha sido tratada con dignidad y respeto, máximo cuando se conoce que ésta es portadora del virus, la misma es difamada primeramente desde su propio núcleo familiar, el barrio, la comunidad y en el peor de los casos, son despedidas de sus centros de trabajos por temor y desconocimiento que puedan infectar a otros.

Por todo lo antes planteado se propone la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son las reacciones psicosociales en féminas con Virus de Inmunodeficiencia Humana que asisten a la Comunidad Internacional de Mujeres Viviendo con VIH-SIDA (ICW), Managua II Semestre 2016?

V. OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN

GENERAL:

- ✚ Analizar las reacciones psicosociales en féminas con Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) que pertenecen a la Comunidad Internacional de Mujeres Viviendo con VIH-SIDA (ICW), Managua II Semestre 2016.

ESPECÍFICOS:

- ✚ Conocer las apreciaciones que tienen las participantes en estudio sobre el VIH.
- ✚ Identificar las reacciones psicosociales que experimentaron las mujeres de la muestra ante el conocimiento de ser portadora de VIH.
- ✚ Describir las experiencias vividas a nivel familiar, laboral y social de las mujeres de la muestra al convivir con VIH.

VI. MARCO TEÓRICO

En el siguiente apartado se abordarán los antecedentes históricos del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), además de su incidencia en Nicaragua. De igual manera se describe las vías de transmisión, síntomas y fases por las que pasa este virus, sin obviar las principales reacciones psicoemocionales que enfrentan las personas que adquirieron éste.

6.1 Antecedentes del VIH y su desarrollo en Nicaragua

En la actualidad, el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) es una enfermedad que sigue siendo incógnita. La teoría más acertada en la comunidad científica, plantea que en la especie humana se contrajo a partir de personas que cazaron o comieron chimpancés infectados de este virus. Al respecto, los científicos consideran que la enfermedad llegó inicialmente a los seres humanos por medio de chimpancés salvajes que viven en África Central y sitúan el origen del virus alrededor del año 1930, basándose en cálculos científicos sobre el tiempo que tardarían las distintas cepas del VIH en evolucionar (National Geographic, 2013).

Sin embargo, de acuerdo a datos obtenidos en el portal de National Geographic (2013), se afirma que el VIH no fue descubierto hasta principios de la década de los 80, cuando médicos estadounidenses empezaron a observar que había grupos de pacientes con enfermedades muy poco comunes. Los primeros casos se detectaron entre homosexuales de Nueva York y California. Estas personas padecían enfermedades como el sarcoma de Kaposi, un tipo raro de cáncer de piel, así como un tipo de infección pulmonar que transmiten los pájaros.

Posteriormente se detectó también casos entre drogadictos por vía intravenosa y receptores de transfusiones de sangre. En 1982 se dio nombre a esta enfermedad como Virus de Inmunodeficiencia Humana, desde entonces el VIH ha matado a unos 25 millones de personas en todo el mundo y ha dejado huérfanos a 12 millones de niños sólo en África.

Ahora bien, desde su descubrimiento hasta hoy, el VIH es un problema de salud a nivel mundial y se considera pandemia. En el año 2014, 1.2 millones de personas fallecieron a causa del virus en todo el mundo y a finales del mismo habían 36.9 millones de personas afectadas; para el 2015 el VIH cobró más de 34 millones de vida (OMS, 2015).

Según datos de la OMS (2015) la región más afectada a nivel mundial por la enfermedad son los países del sur de África, donde se registran dos tercios de los casos totales de VIH y casi el 75% de muertes por SIDA. Vale la pena hacer notar que en dicho lugar, se estima que el 29% de las mujeres embarazadas tienen VIH, la tasa de infección en la población adulta de Zimbabue es superior al 20% mientras que en Suazilandia un tercio de la población adulta es seropositivo (National Geographic, 2013).

Por otro lado, de acuerdo al Ministerio de Salud (2016), Nicaragua es uno de los países de mayor crecimiento demográfico de las Américas, a pesar de ello se destaca que es el que tiene menos casos de VIH en la región y el que más garantiza tratamientos a los pacientes que conviven con el virus.

Según datos proporcionados por el MINSA (2016), en Honduras se registran 32 mil 573 casos, en San Salvador 33 mil 184, Panamá 14 mil 631, Guatemala 34 mil 810 y en Nicaragua desde el año 1987 se han registrado 11 mil 708 casos de personas con VIH.

Es importante mencionar que, a nivel de Departamentos, Managua tiene 5 mil 932 casos de personas infectadas con VIH, Chinandega con mil 514, Bilwi con 786, León con 758, Masaya con 521, Chontales con 332, Granada con 256, el Caribe Sur con 238 y Jinotega con 233. En cuanto a las edades de las personas afectadas por el virus oscilan entre 20 y 39 años, lo que representa el 67% de ellos, predominando el sexo masculino en un 70% con relación al femenino.

Hay que destacar que el MINSA en Nicaragua, asegura brindar tratamiento retroviral gratuito a 3 mil 646 pacientes, a través de una red de 50 clínicas en donde les

realizan a las personas exámenes especializados. Asimismo, en los últimos años el país ha venido fortaleciendo su capacidad para ofertar pruebas rápidas, ya que desde el 2007 se han venido realizando más de 2, 017,954 exámenes.

Recapitulando, el VIH ha venido generando una alta tasa de mortalidad a nivel mundial, sin importar el estatus social, raza, sexo, edad y procedencia. En el caso específico de Nicaragua, a pesar de no tener fácil acceso de recursos económicos para la atención del sector salud, a las personas infectadas se les ha garantizado un seguimiento médico desde el momento que son diagnosticadas con el virus.

6.2 Definiciones del Virus de Inmunodeficiencia Humana y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida

El Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) es un tema que hasta hace poco se consideraba tabú y se carecía de información accesible para toda la población. Es pertinente hacer notar que aún en pleno siglo XXI, algunos sujetos todavía no conocen mucho acerca de esta temática y mantienen creencias erróneas de que pueden contagiarse por estar cerca o tener contacto más directo con una persona portadora del virus.

Por ello a continuación se presentarán algunas definiciones acerca del VIH y SIDA, a fin de que el lector logre mayor comprensión de esta problemática de salud pública. El Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) es un microorganismo que ataca al Sistema Inmune de la persona, haciéndola más débil y vulnerable ante una serie de infecciones, algunas de las cuáles pueden poner en peligro la vida (Infosida, 2016).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2016) el VIH infecta a las células del sistema inmunitario, alterando o anulando su función. De esta forma la infección produce un deterioro progresivo del sistema inmunitario, no pudiendo cumplir la función de lucha contra las infecciones y enfermedades.

Ahora bien, para la Organización de Naciones Unidas (ONU, 2008) el VIH es un retrovirus que infecta las células del sistema inmunitario (principalmente las células

T CD4 positivas y los macrófagos), componentes clave del sistema inmunitario celular y destruye o daña su funcionamiento.

Como puede apreciarse en las definiciones anteriores, este virus daña el sistema inmunitario recordemos que este es el conjunto de tejidos, células y moléculas responsables de la inmunidad, que son las que brindan protección al cuerpo frente a agentes extraños y perjudiciales. En otras palabras, para poder llevar a cabo esta respuesta inmunitaria nuestro cuerpo cuenta con las células del sistema inmunitario, entre las que destacan los linfocitos o glóbulos blancos.

De igual manera el VIH perjudica los linfocitos CD4 cuyas células forman parte del sistema inmunitario y que se encarga de la fabricación de anticuerpo para combatir las infecciones. Estas son las vías preferibles del VIH, que al destruirlo acaba con la capacidad defensiva del cuerpo (ONU, 2008).

Otro punto es que este virus contagia las células macrófagas los cuales son un tipo de glóbulo blanco que se comen el material extraño en el cuerpo. Así pues, la infección por este virus provoca un deterioro progresivo del sistema inmunitario, lo que deriva en "inmunodeficiencia". De modo que la persona inmunodeficiente es más vulnerable a diversas infecciones, la mayoría de las cuales es poco común entre personas sin inmunodeficiencia. Dicho de otra manera, las infecciones asociadas con la inmunodeficiencia grave se conocen como "**infecciones oportunistas**", ya que aprovechan la debilidad del sistema inmunitario.

Cabe señalar que estas infecciones son producidas por otros agentes que aparecen cuando las defensas inmunitarias de una persona infectada por el VIH son insuficientes. Es decir, se trata de infecciones que un sistema inmunitario sano podría combatir, pero contra las cuales un organismo infectado es incapaz de protegerse.

Las definiciones anteriores se corresponden mucho con el planteamiento de Geosalud (2016) al describir el VIH, de acuerdo a este autor el virus ataca el sistema de defensas del cuerpo, al transcurrir el tiempo el virus debilita las defensas de la

persona contra la enfermedad, quedando vulnerable a muchas infecciones y formas de cáncer que no se desarrollarían en personas saludables.

Es pertinente mencionar que ciertas personas con VIH no revelan ningún síntoma. No obstante, “posteriormente se rompe este equilibrio aumentando la carga viral y deteriorándose la función inmune, lo que permite la aparición de diversas infecciones, clásicas, oportunistas, y tumores, con lo que se llega a la etapa de SIDA” (González 2010, p.30).

En cuanto al Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), antes que nada hay que decir que fue descubierto en África en 1983 y es un término que se aplica a los estados más avanzados de la infección por VIH y se define por la presencia de alguna de las más de 20 infecciones oportunistas o de cánceres relacionados con este virus (OMS, 2016).

El SIDA afecta al sistema inmunitario para combatir las infecciones y otros procesos patológicos. Cabe agregar que este síndrome no es consecuencia de un trastorno hereditario, sino resultado de la exposición a una infección debido al VIH, ya que éste facilita el desarrollo de nuevas infecciones oportunistas como tumores y otros procesos. Este virus puede permanecer latente, destruyendo cierto tipo de linfocitos, los cuales son las células encargadas de la defensa del sistema inmunitario del organismo (Aciprensa, 2015).

De acuerdo a la ONU (2008), el SIDA constituye una definición de vigilancia basada en indicios, síntomas, infecciones y cánceres asociados con la deficiencia del sistema inmunitario que resulta de la infección por el VIH.

La persona puede llevar hasta 10 años o más desde el momento inicial de la infección con VIH hasta llegar a ser diagnosticado con SIDA. En promedio las personas con SIDA, dependiendo de muchos factores, pueden vivir de dos a cuatro años más luego de ser diagnosticados (Geosalud, 2016).

A todo lo antes mencionado en este acápite, se puede apreciar que los conceptos propuestos por dichas fuentes no varían mucho en las definiciones planteadas, las

cuales concuerdan que el VIH es un virus que debilita primeramente el sistema inmunológico del portador/a y de esta manera va evolucionando hasta llegar a debilitar por completo las defensas del organismo lo que genera que este virus progrese y llegue a la etapa del SIDA en donde la persona va adquiriendo infecciones de gravedad para la salud e incluso podrían causarle la muerte.

6.2.1 Vías de transmisión del VIH

En el siguiente acápite se hablará de las formas en cómo se transmite el VIH en el organismo de una persona, lo cual es de gran importancia tener conocimiento de dichas formas de transmisión para dejar atrás los mitos y creencias que existen a nivel social en relación a como una persona contagiada puede transmitir el virus a otra.

Para que el VIH pueda completar con éxito la infección en una persona, ésta debe recibir una cantidad suficiente de virus, de modo que las posibilidades de que las partículas virales finalmente superen las barreras naturales del cuerpo y lleguen a su objetivo. Esto ocurre mediante el intercambio de determinados fluidos corporales, como son la sangre, el semen, el flujo vaginal y la leche materna, ya que sólo en ellos es posible estar en cantidades y circunstancias adecuadas para poder transmitirse.

Hay que tener en cuenta que para las personas que ya están infectadas, es importante que eviten nuevas infecciones por el virus, ya que muta y evoluciona de manera distinta dentro de cada persona, por lo que infectarse nuevamente significa infectarse con un tipo distinto de VIH. Esto puede acelerar el curso de la infección y hacer que los tratamientos sean menos eficaces. Por lo tanto, si una persona ya es portadora del Virus de Inmunodeficiencia Humana, también debe protegerse ante una posible reinfección (Infosida, 2015).

De acuerdo a la revisión literaria entre ellos Censida (2012) e Infosida (2015) se encontró similitud en relación a las formas de transmisión del VIH en los seres humanos. A continuación, se describe cada una de ellas:

- **Sexual:** Esta forma de transmisión es considerada una de las principales para la adquisición del virus ya que tiene lugar al mantener relaciones sexuales cuando al menos una de las personas está infectada, sin la protección adecuada (pene-ano, pene-vagina, pene-boca) y haya intercambio de: sangre, semen, fluidos vaginales y líquido pre seminal.
- **Sanguínea:** Es la forma de transmisión por transfusiones de sangre y sus derivados (plasma, plaquetas) o por compartir jeringuillas y/o agujas con otras personas para el consumo de sustancias tóxicas. Esta vía de transmisión está prácticamente erradicada en los países desarrollados, pero existe riesgo en países con sistemas sanitarios deficientes en los que estos productos no están sometidos a controles garantizados.
- **Perinatal:** Ocurre cuando una mujer embarazada con VIH transmite el virus al bebé en cualquier momento de la gestación o durante el parto a través del canal vaginal por el contacto del bebé con las secreciones vaginales potencialmente infectadas y por medio de la leche materna (lactancia).

Como se pudo apreciar existen diferentes formas de transmisión del VIH al organismo humano, siendo todas ellas de alto riesgo para adquirir éste, aunque hoy en día algunas personas consideran que pueden adquirir este virus con sólo el contacto físico, pensamiento erróneo que se debe desmitificar.

6.2.2 Síntomas del VIH

Desde que el VIH entra al organismo empieza a deteriorar poco a poco el sistema inmunológico del ser humano, haciéndose notar por una serie de sintomatologías, de las cuales se hablará a continuación.

De acuerdo a la Institución de Investigación Médica National Institute of Health (NIH, 2014) los síntomas de la infección por el VIH varían en función del estado en que se encuentre la persona. En la mayoría de los casos de infectividad se alcanza en

los primeros meses, muchas veces el sujeto ignora que es portador hasta que alcanza fases más avanzadas.

En cuanto a las personas infectadas por el VIH según (NIH, 2014) tienen diferentes síntomas en las primeras y las últimas etapas. En general, los síntomas son los mismos en hombres y mujeres, no obstante, algunos son exclusivos de las mujeres.

Hay que tener en cuenta que al principio el VIH, no tendrá ningún síntoma visible. Cabe mencionar que los mismos pueden ser similares a los causados por otras enfermedades, sin embargo, la única forma de determinar con certeza si una persona tiene el virus es mediante una prueba de VIH.

A pocas semanas después de contraer la infección, la persona tiene síntomas similares a los de gripe, los cuales pueden desaparecer después de un tiempo. Los síntomas que puede presentar el sujeto son:

- Fiebre
- Dolor de cabeza
- Cansancio
- Ganglios inflamados en el cuello y la ingle.
- Otros individuos no presentan síntomas.

Una vez que éste ingresa al organismo, infecta a grandes cantidades de células y rápidamente se disemina por todo el cuerpo y llega a muchos sistemas de los órganos. Durante este período inicial, la persona con el virus tiene más probabilidad de transmitirlo durante el sexo sin protección u otras situaciones de riesgo, ya que este se encuentra presente en grandes cantidades en los fluidos genitales y en la sangre.

Por lo que se refiere a la infección se asocia a muchos problemas de salud, incluidas las infecciones frecuentes o inusuales, las enfermedades cardíacas, renales o hepáticas y el cáncer. Si no se trata, algunas personas con el VIH pueden tener síntomas graves al principio, mientras que otras pueden no tener síntomas durante 10 años o más.

Después de los primeros síntomas de este virus se presenta el (SIDA), que es la última etapa de la infección por el VIH, en donde el sistema inmunitario de una persona está sumamente debilitado y tiene dificultad para combatir las infecciones y ciertos tipos de cáncer. En esta fase existen síntomas graves entre ellos los más relevantes son.

- Rápida pérdida de peso.
- Infecciones graves.
- Neumonía.
- Inflamación prolongada de las glándulas linfáticas.
- Máculas en la piel.
- Diarrea prolongada.
- Lesiones en la boca, el ano o los genitales.
- Pérdida de memoria.
- Depresión y otros trastornos neurológicos.

En conclusión, son varios los síntomas característicos de las personas portadora de VIH los cuales se van presentando mediante éste va evolucionando en el organismo, es importante mencionar que los síntomas varían a medida que el sistema inmunológico va siendo atacado, lo cual genera debilidad y de esta forma el sujeto llega a quedar propenso de ser atacada por cualquier infección oportunista generando así daños irreparables que llevan a la muerte, hasta causándole un gran debilitamiento en el sistema inmunológico lo que genera que se presente serios daños irreparables. En pocas palabras, estas sintomatologías se irán presentando mediante el virus avanza, causando en el individuo serios daños irreparables que pueden llevarlo a la muerte.

6.2.3 Fases, pruebas diagnósticas y tratamiento de VIH

De acuerdo al grupo conformado por profesionales de diversos países SIDA-AIDS (2010) hacen mención de que existen cinco fases de infección que son generadas por el Virus de Inmunodeficiencia Humana, las cuales a continuación se explican en este apartado:

- 1. Infección:** Esta primera fase tiene lugar a partir de que el VIH entra a la corriente sanguínea e infecta las células T (o células CD4), que son parte del sistema inmunológico. Así pues, la persona se considera como portadoras del virus inmediatamente después de su infección, cabe señalar que éstas pueden transmitir el virus a otras personas, independientemente del tiempo que hayan tenido el virus, lo cual puede ocurrir durante los primeros 5 días.
- 2. Infección aguda/ seroconversión:** Es el período comprendido después de la infección y durante las próximas 8 a 12 semanas hasta que el cuerpo comienza a producir los anticuerpos contra el virus (seroconversión) comenzando a tener síntomas parecidos a los de la gripe, los que duran algunos días.
- 3. Deterioro del sistema inmunológico/asintomática:** Esta fase tiene lugar después de la seroconversión hasta que aparecen los primeros síntomas y signos de la inmunodeficiencia. Posteriormente ocurre un rápido deterioro del sistema inmunológico y el virus se reproduce de manera más rápida.
- 4. Síntomas leves y no específicos o Linfadenopatía generalizada persistente:** Durante esta etapa se presenta inflamación de los ganglios linfáticos, como un signo evidente de que se encuentran trabajando para contrarrestar la infección por el VIH. Es posible que se presenten las primeras manifestaciones como: fiebres ocasionales, diarreas de corta duración, sudoraciones nocturnas, pérdida de peso y fatiga, entre otros síntomas.
- 5. Fase final SIDA:** La última etapa de la infección por el VIH es el SIDA, con él la persona presenta síntomas más graves y enfermedades sistémicas como el síndrome de desgaste y una serie de infecciones oportunistas, por las cuales el organismo queda debilitado, llevando al sujeto hasta la muerte.

Es oportuno aclarar que, para lograr combatir el Virus de Inmunodeficiencia Humana, existen pruebas diagnósticas, según el Grupo de Trabajo sobre el

Tratamiento del VIH (2011) las mismas se clasifican en tres grupos. Las **pruebas rápidas**, que consisten en la toma de una muestra de saliva o de sangre cuyo resultado puede obtenerse en 20 minutos aproximadamente. Las **pruebas de detección**, las cuales permiten detectar el VIH a las dos semanas de haber sido infectada la persona y las **pruebas de confirmación** también denominadas Western Blot, las que se aplican cuando se ha obtenido un resultado positivo en la anterior.

En cuanto al tratamiento del VIH el primer fármaco fue el Azidotimidina (AZT) descubierto en el año 1987. No obstante en la actualidad existen 30 medicamentos aprobados para tratar a las personas que viven con VIH, entre ellos los más utilizados son: inhibidores nucleósidos de la transcriptasa reversa, los inhibidores no nucleósidos de la transcriptasa reversa, inhibidores de la proteasa, inhibidores de la fusión e inhibidores de la integrasa.

En definitiva, aunque existen diversos medicamentos que ayudan a combatir el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), los mismos no lo eliminan del organismo sino que controlan al virus, propiciando de esta manera que no se multiplique y que a la vez disminuya su carga viral, reduciendo así los riesgos de transmisión y contagio en el cuerpo de la persona, brindándole una mejor calidad de vida.

6.3 Reacciones psicosociales en personas con VIH

A partir de la revisión bibliográfica realizada en la etapa exploratoria de este estudio, se encontró que las personas infectadas por el VIH experimentan una serie de afectaciones psicosociales que de manera recurrente aportan cada día al deterioro no sólo de la salud física sino también de la psiquis. A continuación, se abordarán las afectaciones relevantes mencionadas anteriormente:

Las personas infectadas con VIH al momento de ser diagnosticadas, pueden vivenciar muchas reacciones psicoemocionales. Según Kübler-Ross (1969), citado en Avelar, Cornejo y Torrez (2011) éstas pueden experimentar sentimientos de ira,

miedo, estrés, depresión, ansiedad, fatiga, culpa, angustia hasta el punto de querer suicidarse por no saber cómo manejar la situación por la cual están pasando en ese momento.

Por otro lado, tal como afirma Nettleton (2002):

“...el diagnóstico de una enfermedad crónica o amenazante constituyen el inicio de un largo procedimiento de adaptación, el cual se puede considerar como una crisis. El instante del diagnóstico es sumamente importante, ya que frecuentemente determina la marcha del futuro de la persona con VIH y señala el comienzo de un nuevo proceso considerando lo anterior, una crisis que influye en muchos sectores de la vida de las personas”. (Avelar, Cornejo y Torrez, 2011p.33)

En otras palabras, la persona al ser diagnosticada con una enfermedad mortal tiende a inhibirse ante la sociedad por el miedo de ser rechazada y el qué dirá la familia, además del régimen a seguir para combatir dicho padecimiento ya que sabe qué tarde o temprano va a llegar a morir, lo cual le genera una crisis a nivel emocional pudiendo llegar incluso a terminar en algunos de los casos en suicidio.

Como se afirmó antes son diversas las reacciones que experimenta una persona al ser diagnosticada con VIH. A continuación, se profundizará en ellas a fin de que se tome conciencia de ello y se logre apoyar y/o acompañar estas situaciones reales que generan crisis e inestabilidad emocional en los portadores del virus.

- **Shock emocional:** Suele presentarse inmediatamente después de conocer el diagnóstico, se expresa con un profundo desconcierto y confusión. Algunas personas lloran desconsoladamente, otras reaccionan impulsivamente gritando o actuando con agresividad.
- **Negación:** Esta afectación se caracteriza por un estado de incredulidad, confusión, ansiedad o desconcierto. Es usual que la persona ponga en duda

la validez del diagnóstico y se realice la prueba en otro laboratorio buscando así un resultado diferente de éste.

- **Ansiedad:** La ansiedad es otra manifestación interior y afectiva que experimentan las personas con VIH al vivenciar la noticia y convivir con la enfermedad. Si bien es considerada una defensa organizada frente a estímulos que rompen el equilibrio fisiológico y psicológico, la misma no deja de repercutir en la persona, manifestándose a su vez a través de ciertas reacciones fisiológicas.
- **Angustia:** Este estado emocional de aflicción se manifiesta en la conducta del sujeto. Las personas a menudo viven angustiadas especialmente cuando tienen conocimiento de su padecimiento y emergen ciertos pensamientos recurrentes que torturan a la persona y les llevan a visualizar cada vez más su descenso.
- **Estrés:** Suele presentarse ante situaciones que están fuera de nuestro control, es importante saber que el efecto del estrés es dañino. En el caso específico de las personas con VIH, la falta de manejo del mismo puede ocasionar mayor agotamiento mental deteriorando cada vez más la salud de la persona.
- **Ira:** Esta emoción se expresa directa o indirectamente, en cuanto a la expresión implica acciones como gritar, tirar cosas y estar consciente de que se está enojado. En cambio, la expresión indirecta, puede incluir ira en las relaciones con otras personas, mostrándose hostil en su trato, desplazando sentimiento de enojo sobre algo o alguien más y dan la impresión de estar molesta o irritada todo el tiempo con todas las personas que les rodean.
- **Depresión:** Esta reacción emocional es muy frecuente, debido a que se alimenta de los sentimientos de culpa, auto reproches y deterioro de la autoestima. Aparece al enfrentarse con el real significado de las pérdidas

actuales (por ejemplo su expectativa de vida) y las futuras (temor al progreso de la enfermedad y a la muerte, al ser rechazados por sus familiares y amigos, a ser despedidos de su trabajo).

Asimismo la depresión y tristeza profunda se acompañan de trastornos del sueño, del apetito, dificultad de concentración, entre otros síntomas. En ocasiones paraliza a la persona e incluso puede fortalecer una idea suicida, lo cual les llevaría a generar una visión pesimista sobre sí mismo y su entorno, optando por aislarse socialmente y se fomenta la soledad y el sentimiento de desamparo.

- **Miedo:** La persona siente miedo ante aquello que no comprende y que escapa a su control, teme a la dependencia de ser cuidado por alguien más y no ser capaz de valerse por sí mismo, al rechazo por su condición y también a lo que el VIH pueda significar en su salud, como la demencia por SIDA, quedar ciego, perder habilidades cognitivas, entre otros. Así también teme contagiar a alguien con el virus y por supuesto también siente temor a la muerte.
- **Sentimientos de culpa:** Una de las principales peculiaridades de la infección por el VIH es el sentimiento de culpa que parece inspirar. La persona se siente culpable por haberse infectado y piensa que por alguna razón debe ser censurado. Muchas personas también se sienten culpables por la conducta que los puso en riesgo, las prácticas sexuales que realizaron. Para muchas personas el rechazo social es angustiante y se sienten aisladas, pero a veces toman la desaprobación social como un castigo.
- **Pensamiento Suicida:** La persona experimenta un estado de ánimo depresivo en el cual manifiesta desesperanza y un alto nivel de ansiedad, lo que puede llevarlo a intentar o concluir en un suicidio como resultado de un desequilibrio psicológico profundo.

6.4 Experiencias vividas a nivel familiar, laboral y social en personas seropositivas

Las personas seropositivas suelen ser públicamente objetos de críticas, comentarios ofensivos y socialmente son consideradas como individuos pocos atractivos para conocer por el hecho de ser portadores de una enfermedad que aún en este siglo es considerada mortal.

Nettleton (2002, citado en Avelar, Cornejo y Torrez, 2011: pág. 32), plantea que “cualquier enfermedad crónica impacta la vida cotidiana de los afectados tanto en sus relaciones sociales, como en el sentido de sí mismos”. Desde esa misma perspectiva la persona portadora del VIH directamente se ve afectada también desde el plano sexual, ya que desde el círculo social es valorada como una persona no elegible para permanecer cerca de otra “persona sana”, por temor a ser contagiado (Schauer, 2012).

Por otro lado, la familia representa la base para que cualquier individuo construya su propia identidad personal y social. No obstante, para aquellos sujetos infectados con VIH, ese núcleo no siempre va al encuentro y responde de manera apropiada aceptándoles y apoyándoles ante la situación que enfrentan estas personas.

Se conoce que en algunos casos estas personas confían su diagnóstico a ciertos miembros de la familia, sin embargo éstos no siempre guardan con sigilo la información y terminan siendo jueces, ya que les señalan, emiten juicios de valor, rechazan y finalmente les abandonan.

En otros casos, las familias también sufren el impacto inmediato del diagnóstico VIH porque son éstas quienes se encargan principalmente de cuidar a los enfermos, además de experimentar algunas veces penurias económicas por esta enfermedad, generando así falta de ingreso y el costo para cuidar de la persona; lo que puede empobrecer aún más estos hogares, máxime cuando uno de los padres muere y los hijos deben vivir con familiares (USAID, 2008).

Por otro lado, a nivel laboral la persona con VIH puede hallarse frente a actitudes y prácticas discriminatorias de sus empleadores y colegas, aunque se conoce que los sujetos no se puedan contagiar por contactos casuales, no obstante, el ser portador de este virus suscita prejuicios y temores tanto en el trabajo como fuera de él.

De acuerdo a datos obtenidos en la Revista Cubana de Salud y Trabajo (2009), se afirma que estos individuos vivencian un sin número de reacciones a nivel sociolaboral siendo la más relevantes **el desempleo**, lo cual posibilita mayor vulnerabilidad a situaciones de estrés en la persona, condición que agrava más la salud física y genera factores de riesgo para que ésta pueda preceder al suicidio. Cabe destacar que generalmente las empresas prefieren prescindir de los servicios laborales de las personas portadoras de VIH para evitar los costos de seguridad social, además que implica para ellos una pérdida de capital humano productivo.

En otros casos, las personas con VIH que conservan empleo, siguen siendo objeto de **estigmatización y discriminación** por parte sus compañeros de trabajo. Al respecto, Diego García, presidente de Adhara – (ONG inscrita en el Registro Nacional de Asociaciones y Entidad de Utilidad Pública por el Ministerio de Interior desde el año 2011, en Sevilla España), afirma que la discriminación laboral de las personas con VIH se sigue produciendo en el S. XXI, producto del miedo y del prejuicio y no se basan en ninguna realidad científica.

A continuación, se expondrán algunas actitudes hacia las personas con VIH, las cuales conllevan a ciertas experiencias desagradables tanto a nivel familiar, laboral como social.

- **Estigmatización y rechazo:** Se define como una reseña que diferencia a una persona o a un grupo de personas a la devaluación de las mismas ante los ojos de los demás o en grupos de miembros sociales dominantes. Además, es el acto de negar o rehusar a aceptar cierta situación o un individuo, este es uno de los problemas sociales que se encuentran en la mayoría de los grupos, pues los individuos están adaptados a cierto tipo de

personas y cuando notan algunas diferencias que no sean de su agrado, empiezan a alejar al sujeto que presenta rasgos diferentes, entonces empieza el rechazo, lo que puede incitar al que lo sufre a alejarse mucho de los clanes colectivos, volviéndose una persona aislada. (Edith Cervantes, 2014).

- **Discriminación:** Es una práctica cotidiana que consiste en dar un trato desfavorable o de desprecio inmerecido a determinada persona o grupo, que a veces no percibimos, pero que en algún momento la hemos causado o recibido.

Autores como Schneiderman y Cols., (1992) consideran que algunas reacciones hacia las personas portadoras de este virus es precisamente el rechazo y aislamiento social; iniciando ellas mismas esta conducta, e incluso denotan distanciamiento de los demás, con el objeto de mantener en secreto su situación (Avelar, Cornejo y Torres, 2011).

Hay grupos humanos que son víctimas de la discriminación todos los días por alguna de sus características físicas o su forma de vida; el origen étnico, sexo, edad, condición socioeconómica, condición de salud, embarazo, religión y otras diferencias pueden ser motivo de distinción, exclusión o restricción de derechos.

Los efectos de la discriminación en la vida de las personas son negativos y tienen que ver con la pérdida de derechos y la desigualdad para acceder a ellos; lo cual puede orillar al aislamiento, a vivir violencia e incluso, en casos extremos, a perder la vida. (CONAPRED, 2017)

- **Abandono:** El término abandono puede ser aplicado en un amplio contexto de situaciones, en general, hace alusión al acto de dejar de lado o descuidar

cualquier elemento, persona o derecho que se considere posesión o responsabilidad de otro individuo. (Wall Street International, 2016)

En definitiva, la persona portadora de VIH suele vivenciar distintas reacciones psicosociales como las antes mencionadas, por tal razón se debe tener en cuenta que el acompañamiento y apoyo psicológico se debe de dar desde el momento en que la persona es diagnosticada, de esta forma podrá ser orientado adecuadamente y tendrá herramientas necesarias para enfrentar la situación por la que está pasando, ya que es algo inesperado en su vida y no se está preparado para recibir el resultado de ser portador del Virus de Inmunodeficiencia Humana.

Es importante tener en cuenta que la persona contagiada debe seguir su diario vivir al igual que los demás y que no por ser portador pierde valor ante la sociedad, esto ayudará a tener una mejor calidad de vida tanto social, familiar como laboral y así poder superar los sentimientos encontrados que le genera esta enfermedad.

Rechazar a las personas con VIH es inhumano, se debe de tener en cuenta que ellas pueden realizar sus actividades como cualquier otro individuo. El Gobierno está obligado a facilitarle los medios para conseguir un empleo, obligando a las instituciones y organizaciones empresariales a que brinden oportunidades de trabajo sin discriminación, a fin de que estas personas tengan una mejor vida.

VII. PREGUNTAS DIRECTRICES

1. ¿Qué apreciaciones tienen las participantes en estudio sobre el VIH?
2. ¿Cuáles son las reacciones psicosociales que experimentaron las mujeres de la muestra ante el conocimiento de ser portadora de VIH?
3. ¿Cuáles son las experiencias vividas a nivel familiar, laboral y social de las mujeres de la muestra al convivir con VIH?

VIII. DISEÑO METODOLÓGICO

8.1 Enfoque utilizado y tipo de estudio

El enfoque de este estudio es cualitativo, porque utiliza la recolección de datos sin medición numérica para descubrir o afinar preguntas de investigación en el proceso de interpretación (Sampieri y Baptista, 2010). Así pues, permitió recolectar información para conocer las apreciaciones de las participantes con relación al VIH, como las reacciones psicosociales que presentan y las áreas más afectadas sin obviar aquellas vivencias catalogadas por la muestra de manera positiva y negativa.

Por otro lado, la investigación tiene como base el naturalismo ya que se desarrolló en la realidad de las participantes, es decir, en su contexto natural, interpretando el fenómeno desde los significados que dan a su situación.

Según Braker, “la realidad debe ser estudiada de forma inductiva, interpretativa y holística, de tal forma que produzca datos descriptivos palabras escritas o habladas de la misma gente o comportamiento observable” (2009, p. 9).

De igual manera el abordaje de la investigación se efectuó a través del estudio de casos ya que permite analizar el fenómeno objeto de estudio en su contexto real, utilizando múltiples fuentes de evidencia (Larrinaga y Rodríguez, 2010). En el caso específico de la presente investigación fue un estudio de casos múltiples, ya que en éste se hacen las mismas preguntas a los distintos casos, comparando las respuestas para llegar a conclusiones y comparar si coinciden los resultados lo que permitirá añadir validez a la teoría propuesta.

Debemos hacer notar que esta investigación es de tipo descriptivo, ya que permite especificar las propiedades, características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis. Es decir, este tipo de estudio pretende recoger información de manera

independiente o conjunta sobre los conceptos a las que se refieren en dicha investigación (Sampiere y Baptista, 2010).

Según la temporalidad, es de corte transversal debido a que los datos se recolectaron en un sólo lapso de tiempo determinado para analizar las categorías objeto de estudio.

8.2 Universo, población, muestra y muestreo

El **universo** está comprendido por 260 mujeres portadoras del VIH de la Comunidad Internacional de Mujeres Convivientes con VIH-SIDA (ICW). La **población** en estudio, está conformada por 120 mujeres portadoras, atendidas en la Comunidad Internacional de Mujeres Viviendo con VIH-SIDA (ICW) del Departamento de Managua y la **muestra** está constituida por 3 mujeres que asisten a este Centro.

Para la selección de la muestra se utilizó un **muestreo** intencional por tipo de casos, a partir de criterios convenientes para tener una unidad de análisis con mayores ventajas y recoger toda la información de las protagonistas de este estudio. Así pues, los criterios que se tomaron en cuenta al seleccionar la muestra fueron los siguientes: ser mujeres portadora de VIH, asistir a la Comunidad Internacional de Mujeres Viviendo con VIH-SIDA ICW del Departamento de Managua y tener la disposición de colaborar con la investigación una vez planteado el motivo del estudio.

8.3 Procedimiento para la recogida y análisis de los datos

Para la recolección y análisis de datos se pasó por diferentes fases del trabajo, las cuales se describen a continuación:

En la etapa **exploratoria** las investigadoras iniciaron por delimitar el fenómeno de estudio, para ello se prosiguió a revisar diversas fuentes bibliográficas (libros, revistas, sitios web y tesis monográficas entre otras), las cuales se consultaron en los diferentes Centros de Documentación de la UNAN-Managua, como la Biblioteca Central Salomón de la Selva, UNAN-Managua; CEDIHUM, UNAN-Managua e

Internet. Durante dicha fase igualmente se elaboraron los antecedentes, justificación y el marco teórico, como los objetivos de la investigación.

En la fase de **planificación**, se realizó visita a la Comunidad Internacional de Mujeres Viviendo con VIH-SIDA (ICW), con el propósito de solicitar consentimiento y seleccionar la muestra de manera intencional, es decir según los criterios de inclusión antes descritos. En esta misma fase las investigadoras continuaron consultando diversas bibliografías, las cuales permitieron la elaboración de los instrumentos a administrar.

Luego en la fase de **entrada al escenario** se estableció comunicación con la Coordinadora a nivel Latinoamericano Lic. Arely Cano, quien fue la intermediaria para contactar a la Coordinadora a nivel Nacional de ICW Lic. María Teresa Martínez. De esta forma se permitió el acceso a las instalaciones del centro, además de plantear los objetivos de esta investigación y la necesidad de obtener una muestra en dicho centro.

Durante el proceso, se realizaron encuentros con la Coordinadora a fin de obtener información acerca del centro, el trabajo que se realiza, sus objetivos, misión, visión, tipo de asesoría que brinda en diversos temas y los lugares en donde se encuentran ubicados a nivel nacional.

En la fase de **recogida y análisis de la información** se procedió a tener un encuentro con las féminas que asisten a la Comunidad Internacional de Mujeres Viviendo con VIH-SIDA (ICW), en esa ocasión se les explicó la finalidad de la investigación; además se logró identificar la muestra atendiendo los criterios de inclusión. Asimismo se aclaró que la información obtenida sería estrictamente confidencial y se utilizaría seudónimos para proteger sus identidades.

En otro momento, se procedió a la aplicación de entrevistas a las participantes. Es pertinente destacar, que las mismas se mostraron colaboradoras y dispuestas a contestar cada una de las interrogantes planteadas, de modo que compartieron con las investigadoras sus vivencias y reacciones psicoemocionales al contraer el VIH y

convivir con éste. En ese mismo período también se llevó a cabo las entrevistas focalizadas con los expertos e informantes claves.

Luego las investigadoras se **retiraron del escenario** y se procedió a transcribir cada una de las entrevistas, para dar inicio al proceso de análisis e interpretación de datos. Durante esa fase, el material empírico se codificó en unidades de análisis empleándose para ello el análisis de contenido. Esta técnica cualitativa permitió convertir la información “en bruto” en datos para ser tratados científicamente, a partir de lo descrito se pudo identificar las categorías y subcategorías y se elaboró las matrices de datos y lograr la triangulación de la información para dar cumplimiento a los objetivos propuestos.

Tabla No. 1

Categorías y Subcategorías

Categorías	Sub- Categorías	Códigos
VIH	Apreciaciones que tienen las participantes en estudio sobre el VIH.	A. S. VIH
Reacciones Psicosociales	Estado de Shock	ES.
	Miedo	MD.
	Ira	IR.
	Ansiedad	ANS.
	Estrés	EST.
	Depresión	DP.
	Pensamiento Suicida	PS.
Experiencias al convivir con VIH	Estigmatización	ESTIG.
	Discriminación/Rechazo	DISC.
	Abandono	ABAN.

Por último el proceso de investigación concluyó con la fase **final** en la que se elaboró el documento final el que se trabajó con apoyo de la tutora para efecto de presentar el mismo.

8.4 Métodos

En cuanto a los métodos empleados para esta investigación, el primero fue la **observación** (participante), la que facilitó información valiosa para el registro sistemático, válido y confiable de comportamientos o conducta manifiesta en situaciones observables (Sampiere y Baptista, 2010). De igual manera este método

contribuyó a confirmar las categorías y subcategorías al momento en que se trianguló la información obtenida en las entrevistas.

Por otro lado, este método también ayudó a darle fiabilidad a la información obtenida durante el proceso de la entrevista, ya que sirvió para comprobar si la conducta, expresiones y reacciones psicoemocionales iban acorde con lo que las participantes, expertos e informantes claves expresaban verbalmente.

En cuanto a la **entrevista** focalizada, fue el segundo método utilizado para recolectar información valiosa. Es importante subrayar, que este tipo de entrevista se basa en una guía de asuntos o preguntas en las que el entrevistador tiene la libertad de introducir cuestiones adicionales para precisar conceptos u obtener mayor información sobre los temas deseados, es decir, no todas las interpelaciones están predeterminadas (Sampiere y Baptista, 2010).

Así bien, la entrevista focalizada permitió en esta investigación obtener información precisa de cada una de estas mujeres para que se expresaran abiertamente y compartieran sus experiencias, vivencias y emociones de forma libre y espontánea, como la de los expertos e informantes claves, respecto al tema en cuestión.

8.5 Técnicas

La técnica implementada en este estudio es el análisis de contenidos, el cual según Pardinás (en Sampieri y Baptista 2010), es la que permite la construcción de una matriz de datos, por cuanto hace referencia a unidades de análisis, variables y valores o respuestas; además hace referencia a un universo de estudio.

Esta técnica fue de gran utilidad ya que a través de ella se pudo codificar el material empírico en unidades de análisis, de modo que emergieran las categorías y subcategorías para agruparles en una matriz de datos y llevar a cabo la interpretación y análisis de resultados.

8.6 Instrumentos

Durante las entrevistas se utilizó grabadoras de audio, con el fin de facilitar la recopilación fidedigna de la información para realizar un mejor análisis y procesamiento de la misma.

Cabe mencionar que antes de utilizar este medio se solicitó permiso a las personas seleccionadas, quienes estuvieron dispuestas en todo momento a que se les grabara.

8.7 Limitaciones del estudio

Por lo que se refiere a las limitaciones, en primera instancia se dificultó lograr encontrar antecedentes de este estudio desde el punto de vista psicológico, ya que es un tema que se ha venido abordando desde el punto de vista de las ciencias médicas.

Otra limitante al inicio del proceso de investigación fue contactar a la Coordinadora de ICW - Nicaragua, ya que debido a sus múltiples ocupaciones en esta institución no se lograba coincidir con ella para concertar una cita previa.

Por último, se presentó el inconveniente para entrevistar a psicólogos expertos en la temática de estudio en algunos centros hospitalarios y de salud, sitios dónde se entregaron correspondencias para obtener permiso, sin embargo, fue denegado.

IX. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

En este apartado se presenta el análisis y discusión de resultados de esta investigación, sin embargo se consideró pertinente que el lector conozca el contexto en el cual se desarrolló dicho estudio además de algunas generalidades referidas a las participantes a fin de comprender de manera más amplia ciertos detalles sobre sus vidas. Cabe agregar que por aspectos éticos se ha omitido su verdadera identidad, por lo que se reconocerán por seudónimos.

9.1 Antecedentes del contexto de la investigación

La Comunidad Internacional de Mujeres con VIH-SIDA (ICW) es la única red internacional dirigida e integrada por mujeres con VIH, a nivel de Latinoamérica y el Caribe se conoce como ICM/LAC o ICW/Latina. Fue creada en 1992 en Ámsterdam para responder a la falta de apoyo, información y servicios disponibles para las mujeres con VIH de todo el mundo.

De igual manera para promover su participación en los espacios donde se debaten las políticas públicas y se toman las decisiones que influyen en la vida de miles de personas con VIH. Este organismo tiene como visión organizar a las mujeres con VIH para que puedan colaborar e incidir en la promoción de su importancia valor y utilidad como elementos de cambios sociales.

Por lo anterior, su misión es que las mujeres con VIH estén empoderadas, participando activamente en espacios de decisión política, demandando el respeto y cumplimiento de los derechos humanos.

En cuanto a los objetivos que se han trazado, se encuentran los siguientes:

- Organizar a las mujeres, niñas y adolescentes con VIH.
- Abogar por la disminución de la inequidad de género en las políticas públicas que atienden y previenen el VIH.

- Promover el liderazgo de mujeres con VIH para que sean autogestoras de sus propias demandas.
- Sensibilizar a funcionarios y prestadores de servicios de salud en las necesidades de atención de las mujeres con VIH.
- Promover la creación de redes entre organizaciones civiles y mujeres con VIH para incidir en espacios de tomas de decisión.
- Posicionar la situación de las mujeres con VIH en la agenda pública.
- Informar y sensibilizar a las mujeres sobre sus derechos.
- Promover los derechos humanos de las mujeres con VIH.
- Promover los derechos sexuales y reproductivos.

En el caso específico de Nicaragua, la Comunidad Internacional de Mujeres Viviendo VIH-SIDA (ICW), nace en el año 2000 ante la necesidad de contar con un espacio propio para mujeres con VIH y de esta manera lograr su reinserción social y la búsqueda de políticas propias en beneficios de ellas como la equidad de género, disminución de la violencia intrafamiliar, derechos sexuales y reproductivos.

ICW/Nicaragua está conformado por 260 mujeres en su mayoría madres solteras con hijos VIH con presencia en 6 Departamentos del occidente y oriente del país: Managua, Masaya, León, Chinandega, Bluefields y Rivas.

Entre los servicios que presta a estas mujeres se encuentran:

- Los grupos de ayuda mutua.
- Charlas de prevención de ITS, VIH y SIDA.
- Promoción de los derechos sexuales y reproductivos.
- Abordaje y capacitación de pares.
- Derechos humanos.
- Atención psicológica.
- Asesoría legal.

Cabe mencionar que los servicios ofrecidos en dicho centro, son totalmente gratuitos, solo se necesita la voluntad y disposición de las mujeres que asisten a

este, para mejorar su calidad de vida, a través de los conocimientos que adquieren para empoderarse y así poder hacer valer sus derechos.

9.2 Presentación de las participantes de la investigación

María

Tiene la edad 32 años, nació en Chinandega y actualmente reside en Managua, donde trabaja como promotora en la Comunidad Internacional de Mujeres Viviendo con VIH-SIDA (ICW).

Se destaca que posee una relación de hecho estable y tiene una hija de 13 años, aunque no vive con ella, pero la visita de vez en cuando, al igual que a sus padres, con quienes asegura mantener una buena relación.

Físicamente es una mujer de tez morena, cabello crespo suelto y largo, ojos café oscuros, estatura media, vestía de pantalón jeans color negro, camisa color celeste y sandalias bajas, de apariencia física y vestimenta acorde a su edad cronológica.

Al principio de la entrevista, María mostró indiferencia y cierto grado de desconfianza con la entrevistadora, sin embargo, a medida que se profundizaba en la conversación, logró apreciarse en ella mayor colaboración e interés, al punto de observársele tranquila y relajada. Se debe agregar que, tuvo dominio del tema, fluidez verbal y coherencia al momento de responder a las interrogantes planteadas y no se mostró ansiosa.

Juana

Juana es una mujer de 41 años de edad, estado civil soltera, ha procreado dos hijos, (una niña de 13 años y un niño de 12 años), convive en casa de su mamá, hermano, cuñada y sobrinos, con quienes refiere tener muy buena relación; reside en el Departamento de Masaya y viaja día de por medio a Managua, desempeñándose como promotora en la Comunidad Internacional de Mujeres Viviendo con VIH-SIDA.

Desde el punto de vista físico, la participante es de tez morena, cabello negro corto, ojos café oscuro, estatura promedio, vestía pantalón jeans color azul, camisa blanca y sandalias bajitas café.

Al entrar en contacto con Juana durante la entrevista, se mostró nerviosa y un poco tensa, pasado cierto tiempo manifestó confianza, se observó más relajada y denotó conocimiento sobre el tema, además de disposición al contestar a las preguntas y coherencia en el discurso hablado, mantuvo contacto visual con la entrevistadora.

Patricia

Patricia es una mujer de 38 años de edad, estado civil soltero, es originaria del Departamento de Masaya pero tuvo que trasladarse a la capital debido a la discriminación recibida por la gente del barrio a causa de un primo que le gritó en la calle que tenía VIH. Actualmente alquila una casa en el barrio Villa Rafaela Herrera - Managua, lugar en el que vive con sus dos hijos (16 años y 12 años)

En cuanto al aspecto físico, ella es una persona de tez morena clara, cabello largo color café al igual que sus ojos, de estatura baja. A la entrevista se presentó de falda color café, con una camisa blanca y sandalias bajas, se pudo observar que su apariencia física y vestimenta va acorde con la edad cronológica que posee.

En el proceso de entrevista, mostró inquietud física ya que según mencionó, no sabía que se le iba a preguntar, luego de aclarársele las interrogantes que tenía, se sintió más relajada. Es oportuno subrayar, que al igual que las demás participantes Patricia tenía conocimiento del tema en cuestión, sin embargo hubo un momentos en que su voz se escuchó quebradiza, al narrar su intento suicida, no obstante logró controlarse y mantuvo la calma, dando así continuidad a la conversación.

9.3 Discusión de los resultados

A continuación se presenta cada una de las categorías de análisis encontradas durante el proceso de investigación. De igual manera se muestran algunas reflexiones que emergieron a partir de la comprensión de significados que hacen las

participantes de este estudio, expertas e informantes claves para dar respuestas a los objetivos y preguntas planteadas.

9.3.1 Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)

Como se afirmó en párrafos anteriores el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) es una enfermedad que sigue siendo en pleno siglo XXI una epidemia, mismo que atañe no sólo al Ministerio de Salud sino a todos y cada uno de los miembros activos de la sociedad y nación.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2016) el VIH es un virus que infecta a las células del sistema inmunitario, alterando o anulando su función, generando de esta forma la infección que produce un deterioro progresivo del sistema inmunitario, impidiendo la función de lucha contra las infecciones y enfermedades.

De manera análoga, la Organización de Naciones Unidas (ONU, 2008) define el VIH como una enfermedad producida por un retrovirus que infecta las células del sistema inmunitario (principalmente las células T CD4 positivas y los macrófagos), componentes claves del sistema inmunitario celular y destruye o daña su funcionamiento.

Dicho lo anterior, se aprecia en ambas definiciones que este virus infecta el sistema inmunológico del cuerpo haciéndolo más vulnerable a un sin número de enfermedades y en el mayor de los casos, llevando a la persona a la muerte. Ahora bien, se considera pertinente describir la subcategoría de análisis en esta primera categoría como son las **apreciaciones** que poseen las participantes de este trabajo, respecto al VIH. En cuanto a dicha temática, la muestra comentó:

“es como se puede transmitir y como no se puede transmitir, la importancia de los medicamentos y que nos puede pasar si dejamos de tomarlo”

(Juana, entrevista focalizada, 07 de Febrero, 2017)

“Como prevenir, como cuidarme como defenderme, como poder ayudar a otras personas al salir de un recién diagnóstico” (María, entrevista focalizada, 07 de Febrero, 2017)

“sé que existe un tratamiento que si me lo tomo adecuadamente cuando el médico me lo indica, que asistiendo siempre a mis citas médicas yo voy a vivir una vida normal” (Patricia, entrevista focalizada, 07 de Febrero, 2017)

Como podemos apreciar las participantes no hacen referencia sobre el significado real del VIH, sino que en su discurso describen aspectos vinculados con el tratamiento y el cuidado que ellas deben tener al ser portadoras del virus. Lo anterior permite inferir en que, aunque son víctimas de la enfermedad y miembro activo de la comunidad en la que laboran, no tienen un concepto exacto sobre lo que significa dicha enfermedad, a pesar que dos de las participantes son promotoras del centro poseen un conocimiento escaso del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH).

Es probable, que no hayan podido ser capaz de comentar sus apreciaciones en torno a lo que es el VIH, sin embargo, es válido también subrayar que al momento de las entrevistas se pudo apreciar en ellas empoderamiento en cuanto a las formas de trasmisión, además de las medidas preventivas para no adquirir la infección o reinfección.

Para comprender esta situación se consideró pertinente analizar también la opinión que tienen los informantes claves en relación al VIH, cuyo conocimiento difiere de manera significativa sobre la población en estudio. Muestra de esa valoración son las siguientes expresiones:

“El VIH es un factor de riesgo para las mujeres especialmente (...) ya que somos vulnerables ante esta pandemia” (Informante clave N° 1, entrevista focalizada, 07 de Febrero, 2017)

“Enfermedad crónica tratable con la cual uno puede convivir pero que también te expone a discriminación y violencia” (Informante clave N° 2, entrevista focalizada, 07 de Febrero, 2017)

“...Es una enfermedad que no mira, ni color de piel, ni si sos pobre o tenes dinero, si sabes leer o escribir, es algo muy terrible” (Informante clave N° 3, entrevista focalizada, 07 de Febrero, 2017)

De acuerdo a lo citado, es notoria la percepción entre las participantes e informantes claves, sobre el VIH. Indiscutiblemente las informantes claves tienen un conocimiento amplio sobre este virus, ya que reconocen que es una enfermedad crónica y que las mujeres son las más vulnerables y discriminadas por la violencia misma a que muchas veces son sometidas, quizás por el hecho de vivir en una sociedad machista pese a toda las políticas y leyes para reconocer a la mujer como persona sujeta de derecho que aún discrimina a la fémina, lo que agrava su situación al ser portadora.

Es meritorio aclarar, que las informantes claves también son portadoras de éste y al igual que las participantes de este trabajo llegaron al centro experimentando dolor o sufrimiento por haber sido en un momento de sus vidas infectadas por sus parejas o conyugues. No obstante, han podido sobre ponerse a la situación que les ha tocado vivir y ahora son referentes para otras personas.

Hay que destacar que en las entrevistas realizadas a las expertas, no se logró obtener información concreta acerca del conocimiento que éstas tienen de VIH, se podría decir, que la información brindada fue muy poca ya que hacían mayor énfasis en las personas que atienden con este virus que al conocimiento que tienen del mismo. Así pues, se limitaron a dar respuesta diciendo “es una pandemia mundial” y “es una condición que muchas personas padecen”. Nótese que sus respuestas son restringidas o limitadas a pesar de ser profesionales de la psicología que laboran en centros médicos y en organizaciones que trabajan en pro de estas mujeres.

9.3.2 Reacciones psicosociales en portadoras de VIH ante el conocimiento de su enfermedad

El objetivo principal de este punto, es lograr que los lectores de este estudio comprendan las diferentes reacciones psicosociales en mujeres diagnosticadas con VIH. Considerando que, sólo el hecho de conocer que se es portador (a) de esta enfermedad genera en cualquier ser humano un sin número de manifestaciones, cuya noticia trastoca la naturaleza misma de esa persona y le puede desconcertar en fracciones de segundo sus distintas esferas o ámbitos de la vida.

En torno a ello, conviene subrayar las ideas de Nettleton (2002), quien expone que toda enfermedad crónica conmociona la vida cotidiana de los vinculados, perjudicándoles no sólo en sus relaciones sociales sino también en toda su estructura de personalidad. (Avelar, Cornejo y Torrez, 2011).

Así pues para efecto de análisis de estas reacciones, la primera subcategoría corresponde al **estado de shock**. De acuerdo a Kübler-Ross (1969), éste suele presentarse inmediatamente después de que la persona conoce el diagnóstico, por lo general se expresa con un profundo desconcierto y confusión, en algunas ocasiones las personas lloran desconsoladamente y otras veces reaccionan de manera impulsiva, al punto de gritar, o bien reaccionar con agresividad.

Como se puede observar, existen muchas formas de expresar este estado de conmoción, en el caso particular de una de las participantes, la misma afirmó haber vivenciado estallido emocional ante el diagnóstico. Lo anterior, se puede corroborar en la siguiente expresión:

“... al inicio lo tomé como muerte...” (Patricia, entrevista focalizada, 07 de febrero, 2017)

Según lo revelado por la participante y en la definición encontrada sobre estado de shock, es claro que éste es una manifestación psicológica, propia en los casos de situaciones y acontecimientos traumáticos, como es las reacciones ante el

diagnóstico de una enfermedad insanable como es el VIH. Esta reacción se expresa a través de un período de confusión y desconcierto en la persona, para visualizar su presente y futuro, además de bloqueos de gran intensidad, lo que imposibilita a la persona a procesar la información o noticia de forma correcta, además de embotamiento afectivo. Asimismo este estado puede ir acompañado de reacciones fisiológicas como el quedar paralizado ante los hechos o bien reaccionar de manera agresiva.

A esta situación se le suma como se dijo antes, la carente persuasión por parte del personal médico y enfermeras al momento de dar a conocer el diagnóstico, ya que la falta de rapport o empatía, así como de sensibilidad y comprensión hacia lo que sienten estas mujeres al ser portadoras de VIH ya que como ellas mismas lo han expresado a través de la entrevista y se logró observar en su lenguaje corporal no es nada grato convivir con el virus y desearían nunca haber tenido la experiencia negativa de adquirirlo.

Así pues, el entrar en este estado de shock desde el punto de vista psicológico ante una situación dolorosa para la persona, en cierta medida es comprensible y hasta entendible, sin embargo, no se puede olvidar que generalmente el mismo va acompañado de otros estados emocionales tales como la cólera , tristeza y hasta sentimientos de culpa. Sin obviar, la negación como mecanismo de defensa para auto protegerse ante la realidad que le afecta y amenaza con la muerte.

Por otro lado, si bien dos de las participantes no expusieron haber vivenciado este estado, resulta inadmisibles descartar dicha posibilidad, por el hecho que es una situación brutal y difícil de interiorizar para cualquier persona y que genera zozobra, angustia y ansiedad por el tipo de diagnóstico.

Cabe añadir, que a través de la observación participante, se logró constatar en Patricia nuevamente este estado de shock, aunque no tan prolongado en comparación quizás cuando le brindaron su diagnóstico. Sin embargo, se manifestó pensativa, con la mirada perdida en fracciones de segundo, además de reflejar tristeza en su semblante, al narrar los hechos sucedidos.

Con respecto a lo antes mencionado, una de las informantes claves mencionó lo siguiente:

“al principio la noticia me cayó como una bomba, es algo que te agarra y te tambalea todita” (Informante clave N° 3, entrevista focalizada, 07 de Febrero, 2017)

Como ya se había mencionado, las informantes claves al igual que las participantes son portadoras del VIH, razón por la cual comprenden de mejor manera las distintas situaciones que les ha tocado vivir a las participantes del estudio, así como sus reacciones psicosociales.

En concreto, aunque las informantes claves no forman parte de la población en estudio, se constata que no sólo ellas han experimentado estado de shock ante el diagnóstico de ser portadoras del virus, sino también las participantes lo han vivenciado. Es probable que la falta de asesoramiento previo a la noticia agrave la situación y aumente la confusión en la que se encuentran, ya que el mismo diagnóstico puede bloquearles a comprender el procedimiento a seguir para el tratamiento.

La segunda subcategoría de análisis, es la relacionada al **miedo** que las participantes experimentan una vez que tienen conocimiento de su diagnóstico. Con respecto a esta emoción, las mujeres seropositivas muchas veces no comprenden lo que están viviendo producto de su misma negación, otras en cambio pueden asociar de manera casi automática el dictamen médico con la palabra SIDA y ésta con la muerte.

Al respecto Kübler-Ross (1969, citado en Avelar, Cornejo y Torrez, 2011), afirma que las personas portadoras de VIH sienten que su estado de salud está en declive y la situación que viven se les escapa de sus manos. Por lo tanto, es común el temor e incertidumbre que sienten ante la muerte, además de experimentar pánico por la reacción de la familia ante la noticia, los amigos y la sociedad en general.

Tomando en cuenta lo antes planteado, dos de las participantes del estudio afirmaron:

“... El temor mío es que me vayan a discriminar a mis hijos...” (Juana, entrevista focalizada, 07 de Febrero, 2017).

“... Pensé que hasta ahí no más llegaba mi vida...” (María, entrevista focalizada, 07 de Febrero, 2017)

Lo citado se corresponde de gran manera con lo planteado por Kübler-Ross (1969), ya que las participantes no conocían la enfermedad y sentían miedo por no saber cómo manejar la situación (Avelar, Cornejo y Torrez, 2011). Ahora bien, este miedo no sólo se presenta por lo desconocido, como el autor plantea, también se puede presentar por las posibles consecuencias que trae consigo, por ejemplo: el miedo a ser rechazadas o discriminadas en primer lugar por la familia y seres queridos y en segundo plano por la sociedad.

Lo anterior, se corrobora con las notas obtenidas durante el proceso de observación:

María inclinó su cabeza y después de unos segundos sus ojos estaban llorosos y suspiró. Da la impresión de haber revivido nuevamente los hechos... (Observación participante, 07 de febrero, 2017).

Patricia se observó impaciente al hablar de su situación como portadora, en ciertos momentos se trona sus dedos, en cambio Juana algunas veces se apreció tensa... (Observación participante, 07 de febrero, 2017).

Por su parte, una de las expertas considera que los temores que presentan las mujeres de la muestra son diversos, al punto de asegurar:

“... son personas que se aíslan por temor a que las rechacen...” (Experto No. 1, entrevista focalizada, 07 de Febrero, 2017)

“... como los hospitales son públicos, entonces tienen el temor que la miren y la señalen...” (Experto No. 1, entrevista focalizada, 07 de Febrero, 2017)

Asimismo, no se puede obviar que estas mujeres tienen temor a las reacciones de sus familiares, lo cual fue expresado por la misma experta en los textos siguientes:

“... si yo digo mi diagnóstico, me van a correr de la casa y yo no tengo a dónde ir...” (Experto No. 1, entrevista focalizada, 07 de febrero, 2017)

“... algunas tienen miedo de venir porque siempre están con el pensamiento, ¿cómo me van a tratar?, ¿cómo me van a ver?” (Experto No. 1, entrevista focalizada, 07 de febrero, 2017)

De acuerdo a lo expresado por esta persona, se puede demostrar que la población de mujeres portadoras conserva permanentemente aprensión y desconfianza después de ser diagnosticadas, tal vez temen a la burla de las personas, aun dentro de los hospitales y centros de salud, máxime cuando de igual forma ya han tenido esa vivencia en sus hogares.

La tercera subcategoría citada en este documento es la **ira**. Conviene recalcar que si bien es cierto, la población entrevistada no manifestó esta emoción en la entrevista, sin embargo, se logró visualizar en el lenguaje no verbal y corporal de las participantes, máxime cuando narraban su experiencia en torno a haber contraído VIH. Como muestra de lo antes citado, se anexan algunos elementos relacionado con la furia o irritación que les genera recordar los hechos:

Mientras Juana hablaba de su experiencia al ser portadora de VIH, no una vez frunció el ceño y elevó su tono de voz (Observación participante, 07 de febrero, 2017).

Patricia, al relatar que su primo le gritó en el barrio que tenía VIH, durante la entrevista se enojó tanto, que golpeó con su mano derecha y empuñada la mesa, se observa claramente su malestar al hablar del tema...(Observación participante, 07 de febrero, 2017).

María, también denotó enojo, aunque no lo expresa del mismo modo sino que lo encubre a través de una sonrisa irónica, al hablar que le despidieron una amiga quien divulgó su condición. (Observación participante, 07 de febrero, 2017).

Lo antes citado se asemeja con el planteamiento Kübler-Ross (1969, en Avelar, Cornejo y Torrez, 2011), ya que explica que la ira se expresa de dos maneras: de forma directa e indirectamente. En lo que respecta a la primera, implica algunas

acciones como gritar, tirar cosas y estar consciente de que se está enojado, en el caso particular de la población en estudio, experimentan ira por haber tenido relaciones sexuales sin protección. En cambio, la segunda forma de reaccionar puede incluir enojo en las relaciones con otras personas, mostrándose hostil en su trato, desplazando sentimiento de furia sobre algo o alguien más, dando la impresión de estar molestas o irritadas todo el tiempo.

La definición planteada por el autor tiene estrecha relación con los siguientes fragmentos, referidos por dos de las informantes claves:

“... se preguntan qué, porque a ellas...” (Informante clave No. 1, entrevista focalizada, 07 de Febrero, 2017)

“... ellas dicen ¿por qué a mí?” (Informante clave No. 3, entrevista focalizada, 07 de Febrero, 2017)

Hay que mencionar, además que muchas veces la indignación o ira que experimenta estas mujeres no sólo se manifiesta hacia ellas mismas o bien a aquellas personas que les rodea, sino también, que emerge rabia hacia “Dios”, como ser supremo (en casos de ser creyentes); reclamándole por “haber permitido esta enfermedad”, además de ser “no merecedoras” de la misma.

En cuanto a las expertas, una de ellas refiere las actitudes que tienen las mujeres portadoras en ciertas situaciones:

“... es como si se manejan a la defensiva, por eso cuando van a los hospitales y solicitan los servicios, hay algunos que se ponen molestos y te exigen porque esa es la manera como ellos pueden defender...” (Experto No.1, entrevista focalizada, 07 de Febrero, 2017)

Todo esto parece confirmar, que en efecto la ira se visualiza y manifiesta como un mecanismo de defensa o protección, ante la misma impotencia ya que es irreversible tanto el diagnóstico como el VIH en estas personas. De ahí que les

corresponde sobre llevar su dura realidad y enfrentarse cara a cara con el virus, la familia y la sociedad en general.

Asimismo otra de las expertas alegó:

“cuando la persona está enojada busca culpable, entonces ahí viene el deseo de hacerle daño a los demás, que es lo típico que se conoce, -ahora me voy a vengar, me voy a ir yo, pero no me voy a ir sola...” (Experto No. 2, entrevista focalizada, 7 de Febrero, 2017)

Es así que para esta experta, las mujeres seropositivas se mantienen generalmente a la defensiva y se comportan de forma hostil con los demás, a fin de no seguir siendo lastimadas. Al mismo tiempo, se destaca que en algunos casos como lo citado por la especialista, experimentan deseos de venganza ya que son víctimas de sus conyugues o parejas. Por tal motivo, ciertas mujeres pueden querer llegar a dañar a otros y pretender infectarles, a fin de que no sólo ellas tengan una sentencia de muerte al ser portadoras. Es oportuno hacer mención, que en el caso específico de la muestra, no se logró apreciar ningún indicio ni verbal ni no verbal durante las entrevistas realizadas a las participantes, por querer desquitarse de otras personas.

La cuarta subcategoría encontrada está relacionada con la **ansiedad**. En el caso de las mujeres con VIH se podría decir, que ésta se manifiesta como un constante estado de preocupación acerca de lo que le podría pasar al ser portadora del virus, afectando de esta forma el equilibrio tanto psicológico como fisiológico. En torno a ello, Kübler-Ross (1969), propone que la ansiedad es otra manifestación interior y afectiva que experimentan las personas con VIH, al vivenciar la noticia y convivir con la enfermedad, la misma no deja de repercutir en la persona, manifestándose a su vez a través de ciertas reacciones fisiológicas (Avelar, Cornejo y Torrez, 2011).

Con relación a este planteamiento, una de las informantes claves, aclaró lo siguiente:

“de que en algún momento alguien se dé cuenta si se enferma (...) se dé cuenta del diagnóstico y lo asocien a que es el VIH, que están en esas

condiciones...” (Informante clave No. 2, entrevista focalizada, 07 de Febrero, 2017)

Lo anterior, se asemeja con lo expuesto por el autor antes referido, ya que ambas fuentes coinciden en que estas personas experimentan estados ansiosos al vivenciar la noticia así como al convivir con la enfermedad. En consecuencia, dichos estados generan en las mujeres portadoras de VIH, ciertas reacciones ya sean internas por ejemplo a través de la angustia como externas.

Así pues, la mayoría de estas mujeres llegan a presentar ansiedad, alimentándose estos estados a medida que acrecientan en ellas los miedos al sufrimiento, al temor de dejar solos a sus hijos, máxime cuando son madres solteras o jefas de familia, al dolor, o bien al tratamiento y efectos, como a las diversas consecuencias que les puede generar este tipo de virus.

Ahora bien en el caso de una de las participantes de esta investigación, se logró apreciar ansiedad por medio de la observación participante, la misma se pudo constatar aún al momento en que narraba su vivencia y se expresa claramente ya que entrelazaba sus manos y movía de forma continua ambos pies. Cabe añadir, que estos movimientos se acentuaban más, cuando Patricia detallaba lo ocurrido el día que fue diagnosticada con VIH.

Conviene subrayar que la quinta subcategoría en esta población es el **estrés**. Es válido, recordar que éste se describe como el estado de tensión ante determinada circunstancias o realidad que puede experimentar la persona. En otras palabras, esa fatiga suele presentarse ante situaciones que están fuera del control del sujeto, en el caso específico de las personas con VIH, por lo que la falta de manejo del mismo, puede ocasionar mayor agotamiento mental deteriorando cada vez más la salud de la persona (Kübler-Ross 1969, citado en Avelar, Cornejo y Torrez, 2011).

En otras palabras, esta reacción o respuesta de las mujeres seropositivas, es aceptable dadas las circunstancias en que se encuentran y a la vez es una manera

de defensa del organismo ante el agotamiento y desgaste emocional para afrontar su realidad.

Hay que destacar que el hecho de mantener en secreto su condición de salud, les puede causar mucho estrés, ya que tienen el deseo y la necesidad de desahogarse con alguien que les comprenda, sin embargo, es posible también que no cuenten con esos recursos humanos (familiares y amigos). Razón por la cual deben callar y mantener en secreto su situación y resultan finalmente estresadas, lo que desmejora aún más su estado.

Como se puede apreciar, son muchas las reacciones psicosociales que experimentan estas mujeres, siendo una de las más recurrentes la **depresión**. Así pues, a continuación se describirá ésta como sexta subcategoría encontrada en el material empírico de las entrevistas focalizadas.

Se debe agregar que la depresión es un estado emocional muy frecuente y común en las personas con VIH, ya que la tristeza que les alberga ante el diagnóstico seropositivo les lleva a sentirse impotentes, agobiadas, desamparadas y hasta culpables de haber contraído el virus.

Así pues, esa situación inesperada y no buscada afecta por completo la dimensión humana de cualquier persona, al punto que altera no sólo su estado de salud, sino también la dinámica familiar, las relaciones interpersonales, vida laboral y por ende su autoconcepto y autoestima.

Por otro lado, no se puede obviar que la depresión se manifestará de diferentes maneras en estas personas, desde la fatiga psíquica, el cansancio, pérdida de peso, insomnio, la falta de interés y apetito, tristeza, llanto recurrente hasta ideas suicidas. Habría que decir también que las personas con VIH pueden presentar dificultad para la adherencia al medicamento lo cual puede acentuar más su estado de tristeza y soledad.

En lo que respecta a la muestra en estudio, se puede afirmar que la depresión se manifestó semanas posteriores al diagnóstico. Al respecto, una de las participantes afirmó:

“Tuve tres meses en depresión y después de esos tres meses estuve encerrada, aislada en un cuarto” (Patricia, entrevista focalizada, 07 de Febrero, 2017)

Es importante hacer notar que ese estado depresivo descrito por Patricia, se corrobora con la apreciación que tiene una de las expertas, respecto al tema en cuestión, al plantear:

“... sienten como que su vida se acaba, sienten como que el mundo les cae encima...” (Experto No. 1, entrevista focalizada, 07 de Febrero, 2017)

Según Kübler-Ross (1969, citado en Avelar, Cornejo y Torrez, 2011), la depresión en personas con VIH ocurre debido a que se alimenta en ellos los sentimientos de culpa, así como los autoreproches, lo que produce un deterioro de la autoestima. En otras palabras, estas personas se enfrentan con el real significado de las pérdidas actuales y las futuras, además temen al progreso de la enfermedad, al rechazo de sus familiares y amigos y por ende a la muerte.

Cabe mencionar que este estado se manifestó entre las participantes, aunque sólo Patricia externó haberse encerrado, al punto que indicó que se mantuvo aislada y perdió contacto con sus allegados, lo que generalmente es un síntoma muy común en personas que presentan un cuadro depresivo. No obstante, las otras dos mujeres compartieron con las entrevistadoras que ellas vivieron mucha tristeza y llanto frecuente por algún tiempo, lo cual también puede ser interpretada como una reacción psicoemocional.

En consonancia con lo anterior, un informante clave y experto señalaron:

“... se echan a morir porque se deprimen tanto que se alejan de su familia, de las amistades, dejan de comer y de dormir” (Informante clave No. 2, entrevista focalizada, 07 de Febrero, 2017)

“Las principales son depresión, es una de las más fuertes por lo general son más vulnerables por el simple hecho de tener VIH” (Experto No. 1, entrevista focalizada, 07 de Febrero, 2017)

Teniendo en cuenta los textos anteriores, se logra visualizar que en la praxis las mujeres seropositivas reaccionan deprimiéndose porque sienten y creen no tener otra alternativa más que esperar la muerte, muchas veces porque carecen de conocimiento de cómo sobrellevar la enfermedad y prefieren no tomar el tratamiento porque especulan que de todas formas se van a morir.

De acuerdo a lo expresado, uno de los informantes claves y experto hicieron referencia a lo que comúnmente mencionan las mujeres portadoras del virus:

“... otras entran en estado de ¿para qué me las voy a seguir tomando si ya me voy a morir?” (Informante clave No.1, entrevista focalizada, 07 de Febrero, 2017)

“puede ser que las mujeres decidan, ya no voy a tomarme el medicamento (...) ¡ah! dicen, de todos modos ya me voy a morir y todo lo que viene a la mente, por el pensamiento negativo, abandonan su tratamiento...” (Experto No. 2, entrevista focalizada, 07 de Febrero, 2017)

Es pertinente subrayar que cuando una persona se encuentra deprimida, generalmente recurre al aislamiento y encierro. Por tanto en las mujeres con VIH, su mismo estado anímico y de tristeza les podría ocasionar resistencia para tener un control médico sistemático o bien para tomarse el tratamiento ya que sienten desinterés por actividades cotidianas como por mejorar su calidad de vida, máxime cuando la familia también les rechaza.

Por otro lado, la séptima subcategoría o reacción psicosocial encontrada en estas mujeres es el **pensamiento suicida**. De acuerdo con el planteamiento teórico de Kübler-Ross (1969, citado en Avelar, Cornejo y Torrez, 2011), este tipo de idea surge cuando la persona experimenta un estado de ánimo depresivo en el cual manifiesta desesperanza y un alto nivel de ansiedad, lo que puede llevar al sujeto a intentar o concluir en un suicidio.

En vista que la persona se encuentra en un estado depresivo profundo, siente que su vida no vale nada y cree firmemente que es mejor terminar con el sufrimiento llevando a cabo un acto suicida, no obstante, existe la posibilidad de que no sea concretado.

Es claro que lo planteado por este autor se ve reflejado en esta población, como se logra observar en lo expresado por Patricia:

“suicidarme, al principio eso fue lo primero que se me vino. ¿Para qué estoy así? Si de todas formas me voy a morir, mejor me mato” (Patricia, entrevista focalizada, 07 de Febrero, 2017)

Se debe recordar que producto de que el estado emocional está afectado en estas personas, sus demás esferas cognitivas y volitivas también se ven alteradas. De ahí que se crean un sin número de pensamientos automáticos, fatalistas y negativos que no permiten que las mujeres logren encontrar otra salida a su problemática, tomando la decisión precipitada de acabar con su vida.

En el caso concreto de Patricia, mediante la observación participante se pudo apreciar que cuando compartía esa idea de suicidio se derramaron lágrimas en sus ojos, la voz se le puso quebradiza y a su vez reflejaba enojo consigo misma. Asimismo añadió durante la entrevista realizada, haber reflexionado y abortar la idea por sus hijos, por tanto buscó apoyo para poder estabilizarse emocionalmente.

Hay que aclarar que las otras dos participantes no reconocieron frente a las investigadoras haber tenido ideas suicidas, a pesar del tipo de diagnóstico que comparten en común. En cuanto a las informantes claves, una de ellas compartió su apreciación respecto a las ideas suicidas en esta población con VIH:

“Algunas se quieren morir y tienen dinero y viven bastante bien y se quieren morir y no les importa...” (Informante clave No. 3, entrevista focalizada, 07 de Febrero, 2017)

Nótese que esta informante destaca como relevante la condición socioeconómica de las mujeres con VIH, alejando que a pesar de ello desean terminar con su vida.

Resulta explicable y hasta comprensible la reacción de estas mujeres, ya que el impacto que genera en sus vidas el diagnóstico de ser seropositivas no está ligado a la posición económica de la persona.

En concreto, debe quedar claro que esta enfermedad no mira clases sociales, edad, etnia, religión o ideología política, sino que todos en algún momento de nuestra vida estamos expuestos a adquirirlo. Por otro lado, muchas veces se cree poder solucionar todo con dinero, sin embargo, en el tema de la salud, ésta no se puede comprar y la posición o patrimonio del sujeto termina sobrando.

A continuación se anexa una frase emitida por uno de los expertos, que ejemplifica visiblemente lo antes descrito:

“si de todas maneras voy a morir, prefiero matarme (...) algunas han estado a punto de lanzarse de un puente...” (Experto No. 1, entrevista focalizada, 07 de Febrero, 2017)

Hay que hacer notar que es indispensable y determinante el apoyo familiar para estas mujeres, ya que éste les permitirá obtener fuerzas y así sentir que tienen un motivo para seguir viviendo y renunciar a la idea, de que sus vidas terminan cuando conocen que están infectadas por el virus. Por último, pueden existir muchas mujeres que aún se encuentran en el anonimato por miedo a ser rechazadas, debido a que no cuentan con el apoyo necesario para sentirse comprendidas y probablemente son las más expuestas a concretar el acto suicida.

9.3.3 Experiencias al convivir con VIH a nivel familiar, laboral y social en las participantes

Como se afirmó en párrafos anteriores, las mujeres portadoras con VIH, soportan una serie de situaciones muchas de ellas desagradables, como resultado de la falta de información sobre el tema, así como de sensibilidad y solidaridad para con esta población.

En lo que concierne a dichas experiencias, las mismas no sólo están directamente vinculadas con el diagnóstico, sino también con el hecho de convivir con la

enfermedad y el proceso de tratamiento. Cabe señalar que esta categoría emerge del material empírico facilitado en las entrevistas focalizadas; asimismo debe quedar claro que estas experiencias son el resultado de las apreciaciones y representaciones sociales que las personas se han venido formando en relación a esta población. A propósito de ello una de las protagonistas refirió:

“Al principio sentí miedo a tener que enfrentarme un día con gente que me pudiera agredir...” (María, entrevista focalizada, 07 de Febrero, 2017)

Es interesante observar que este miedo o temor al revelar la verdad, es una constante entre la muestra ya que, del mismo modo que María también Juana y Patricia han vivenciado diversas situaciones desagradables por ser portadoras del VIH. Al respecto Patricia comentó durante la entrevista:

“... siempre hemos sido unidos, pero yo pasé tres años sin decirles mi condición porque tenía temor...” (Patricia, entrevista focalizada, 07 de Febrero, 2017)

Por otro lado, Patricia compartió que les ocultó por todo ese lapso de tiempo su condición real a sus hijos precisamente por el terror de ser repudiada por éstos y pensar que sería excluida de su propia familia. Todo lo antes referido, revela que muchas mujeres seropositivas prefieren callar su diagnóstico y así evitar la separación familiar, además de malas prácticas en sus relaciones interpersonales las cuales afectan su integridad como mujeres y personas a nivel social.

Asimismo es interesante notar, que el miedo experimentado por las féminas con VIH, no sólo es por el hecho de tener en su organismo el virus y por la clara sentencia de muerte, sino también por la presión social a la que se ven expuestas o sometidas, al punto de ridiculizarles y ser señaladas en las calles como “personas sidosas”. En otras palabras, se les violenta desde el hogar hasta la sociedad misma y se obvian sus derechos como personas sujetas de derechos humanos.

Hay que mencionar además, que como consecuencia de estas expresiones estas mujeres abrigan muchos temores, lo cual algunas veces les resulta inevitable, debido a que, aunque haya pasado mucho tiempo desde su diagnóstico, persiste

en ellas ideas o pensamientos de que en cualquier momento alguien de sus familiares, amistades o compañeros de trabajo (si poseen un empleo), se darán cuenta y las van a discriminar o bien atacar por el hecho de ser portadoras de VIH.

En torno a ello una de las expertas hace alusión en el siguiente fragmento al pánico que sienten estas mujeres:

“entonces tienen miedo, verdad, que se den cuenta los demás de su situación y digan mira, allá viene la fulanita y tiene VIH...” (Experto No. 2, entrevista focalizada, 07 de Febrero, 2017)

En concreto, las expertas al igual que las participantes coinciden en que los temores que presentan las personas que portan el virus, no difieren mucho, como bien se pudo constatar en las frases expuestas.

Por otro lado, sus experiencias tanto a nivel familiar como laboral y social les ha originado e infundido también como se afirmó antes, angustia y zozobra cuyo estado agudiza aún más su condición. Es pertinente aclarar, que estas experiencias no pueden valorarse de forma aislada con las reacciones psicoemocionales ya que las primeras generan esa respuesta no se pueden interpretar de manera aislada, por el contrario, las mismas son interdependientes con las experiencias que han vivenciado desde su diagnóstico.

Por ejemplo, la discriminación, el desempleo, los juicios de valor que hagan los demás hacia ellas cuando se enteraran de su situación, entre otros elementos, puede provocar en estas mujeres, miedo, ira, depresión, e ideas suicidas.

Después de todo lo descrito una de las subcategorías identificadas como experiencias en la muestra es la **estigmatización**, la cual está relacionada con las reacciones a nivel social. Hay que recordar que este término, se refiere a las actitudes o creencias que como personas adoptamos, para rechazar a otros sujetos por considerarles diferentes del resto.

En cuanto a ello, una participante compartió durante la entrevista que en muchas ocasiones ha experimentado este tipo de señalamientos o exclusión. Al respecto, comentó:

“ Pues fijate que en el barrio hubieron comentarios, ah!, tú hermana que tiene SIDA” (María, entrevista focalizada, 07 de Febrero, 2017)

Como bien se puede notar, María ha tenido la experiencia de ser etiquetada en su mismo entorno o comunidad con las actitudes y comentarios, lo cual de alguna manera lesiona la autoestima de la participante. Lo anterior, se corresponde con el planteamiento de Schneiderman y cols. (1992), citados por Avelar, Cornejo y Torres (2011) al afirmar que una de las primeras experiencias negativas hacia las personas seropositivas es el rechazo y aislamiento social.

Al respecto una informante clave aseguró:

“nos dicen sidosas, podridas, dañadas (...) no solo a nosotras, sino a nuestra familia e incluso hasta nos dicen que deberíamos de desaparecer, que contaminamos donde vivimos” (Informante clave No. 2, entrevista focalizada, 7 de Febrero, 2017)

En correspondencia a lo expuesto por la participante y la informante clave, esta idea se puede complementar con lo mencionado por una de las expertas:

“ah bueno, lo que pasa es que ella es una mujer vaga, lo que pasa que ella se lo buscó...” (Experto No. 2, entrevista focalizada, 07 de Febrero, 2017)

Como se logra evidenciar, en las frases expuestas estas mujeres son señaladas, no sólo por el simple hecho de ser portadoras de VIH sino por la sociedad machista en la que vive. Así pues, además de sufrir los padecimientos propios a la enfermedad y no ser culpables por contraer el virus, se les sentencia injustamente y soportan maltrato y exclusión. Muestra de ello, es lo afirmado por una de la informantes claves, quien hace referencia a la estigmatización en el siguiente fragmento:

“en las amistades viven rechazo por parte de los amigos y algunos no te vuelven a hablar nunca” (Informante clave No. 1, entrevista focalizada, 07 de Febrero, 2017).

Por otro lado, esas actitudes y creencias de los demás no solo las experimentan estas mujeres a nivel social sino que también en el seno familiar. En el caso particular de la muestra en estudio, las participantes hacen mención que cuando las personas con quienes ellas se relacionan, conocen cuál es su condición de salud, empiezan a alejarse de ellas.

En consonancia con lo anterior, una de las informantes claves afirmó:

“en el ámbito familiar hay (...) rechazo, no hay apoyo ni atención por parte de la familia y los más cercanos...” (Informante Clave No 1, entrevista focalizada, 07 de Febrero, 2017)

Otra subcategoría de análisis es la **discriminación**, la cual se manifiesta entre las participantes a través del trato indiferente que se le brinda a una persona por el simple hecho de tener VIH. Así pues, se les excluye de la sociedad ya que se les considera promiscuas y hasta se les acusa de haber contraído el virus por tener una vida desordenada.

Según el portal de Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (2017), la discriminación conlleva a la indiferencia y prejuicio que se da a una persona, siendo una práctica cotidiana que consiste en dar un trato desfavorable o de desprecio inmerecido a determinada persona o grupo.

Es de suma importancia recalcar, que la discriminación no sólo se da en los barrios donde residen estas mujeres, sino también en el plano laboral, ya que son despedidas al enterarse del diagnóstico o bien, les niegan el derecho de poder encontrar un trabajo. En este sentido la misma participante relata:

“... en una tienda me despidieron porque se dieron cuenta de mi diagnóstico, y quien lo hizo disque era una gran amiga mía...” (María, entrevista focalizada, 07 de Febrero, 2017)

Nótese que de igual manera es aplicable el planteamiento de García (2011), quien explica que la discriminación en las personas con VIH, continúa siendo una constante a nivel de compañeros de trabajo y empleadores, fomentándose así actitudes de desprecio y marginación a esta población vulnerable, quienes muchas veces no pueden dejar de ser sujetos de burlas, comentarios y ridiculizaciones a nivel social. Una de las frases que confirman lo antes señalado es la siguiente:

“...la vieja así me lo dijo de que me tenía que ir y que no me quería volver a ver ahí en su tienda porque yo tenía SIDA, pero ya cuando ella me lo dijo, ya lo había terminado de regar en todo el mercado...” (María, entrevista focalizada, 07 de Febrero, 2017)

Al mismo tiempo que María narraba su experiencia de despido, se pudo observar que su tono de voz fue quebradizo, además de sonreír de manera irónica al expresar que había sido una amiga quien divulgó su condición. En consonancia con lo expresado por María, dos de las informantes claves añadieron:

“...son despedidas de sus centros laborales cuando dicen su condición” (Informante clave No. 1, entrevista focalizada, 7 de Febrero, 2017)

“... creen que no somos capaces de desempeñar un trabajo como cualquier otra persona por nuestra condición (...) o que vamos a exponer a los demás trabajadores” (Informante clave No. 2, entrevista focalizada, 07 de Febrero, 2017)

Hay que hacer notar, que al igual que las informantes claves, una de las expertas expresó un fragmento que coincide con lo antes planteado.

“... a nivel laboral, por ejemplo, las despiden del trabajo” (Experto N° 2, entrevista focalizada, 07 de Febrero, 2017)

Se debe agregar que otra de las participantes del estudio, también manifestó haber sufrido discriminación a nivel familiar y de la población con quien interactuaba. Así lo expresa en el siguiente fragmento:

“un primo me lo gritó en el barrio y la gente se me apartaba, empecé a vivir discriminación” (Patricia, entrevista focalizada, 07 de Febrero, 2017)

Como se afirma en el segmento, la discriminación es algo muy común por lo que pasan estas mujeres, ya sea por la falta de conocimiento que la sociedad tiene acerca del tema o bien por el desinterés e indiferencia hacia estas personas quienes humillan y las agreden por el hecho de tener un diagnóstico positivo. De manera semejante, estas féminas también han sido víctimas de discriminación en su núcleo familiar, prueba de ello, es la experiencia que Patricia narra con relación a su primo, quien no le bastó denigrarla en la familia sino públicamente.

Es pertinente subrayar que la participante volvió a mostrar impotencia y enojo al recordar lo sucedido con el primo, al extremo que empuñó una de sus manos y golpeó el escritorio con fuerza. De forma análoga, una informante clave compartió que estas personas experimentan discriminación, siendo ésta una verdad cruel pero real, en el ámbito familiar. Lo anterior se sustenta con la expresión siguiente:

“En el ámbito familiar hay rechazo, no hay apoyo, ni atención por parte de la familia y los más cercanos...” (Informante clave No. 1, entrevista focalizada, 07 de Febrero, 2017)

El fragmento anterior, es claro y preciso. Así pues, se confirma que desafortunadamente las mujeres portadoras de VIH, reciben repudio de las familias, las cuales además de vivir con una enfermedad incurable deben de soportar la presión familiar y social, generando en ellas mayor situación de estrés y crisis. Sirva de ejemplo, lo planteado por Nettleton (2002) “... el diagnóstico de una enfermedad crónica o amenazante constituyen el inicio de un largo procedimiento de adaptación,

el cual se puede considerar como una crisis...” (Avelar, Cornejo y Torrez, 2011, p.33).

Ahora bien, para ilustrar mejor el grado de exclusión a la que están sometidas las mujeres del estudio, a continuación se incorporan ciertas expresiones claves de una de las participantes, quien adicional a todo lo antes referido también ha sido víctima de discriminación en la atención médica que recibe.

Asimismo se incluye un fragmento recopilado por las investigadoras durante el proceso de entrevista:

“he sufrido discriminación por parte de los médicos (...) hasta me han llegado a rotular el expediente”. (Patricia, entrevista focalizada, 07 de Febrero, 2017)

“también en relación al derecho de querer hacerme el Papanicolaou, puse denuncia y esta evidenciado porque me decían venga mañana, venga mañana y nunca me lo hacían me hicieron comprar las cosas” (Patricia, entrevista focalizada, 7 de Febrero, 2017)

Sus palabras las acompañaba con movimientos en sus hombros hacia arriba, además de fruncir el ceño durante el tiempo en que narraba su vivencia. (Observación participante, 07 de febrero del 2017)

Es pertinente recalcar que según Nettleton (2002, citado en Rodríguez, Cornejo y Torrez, 2011), el instante en que recibe el paciente la noticia de ser portadora de VIH, marca el comienzo de esa persona para someterse al tratamiento además de crisis que trastoca todo el ser de ese sujeto en muchos sectores de la vida.

En consecuencia, el personal médico o de la salud, juega un papel preponderante tanto en el diagnóstico como a lo largo del proceso de intervención para apoyar a esta población a saber sobre llevar sus cargas emocionales y afectaciones físicas propias de este virus. Por lo referido se comprende entonces, que esta población en estudio no termina de asimilar e interiorizar el diagnóstico, cuando adicionalmente también debe de enfrentarse al rechazo, censura y hasta despidos.

Por otro lado, la siguiente subcategoría de análisis es la concerniente al **abandono**. En general, este término hace alusión al acto de dejar de lado o descuidar cualquier elemento, individuo o derecho que se considere posesión o responsabilidad de otro (Wall Street International, 2016).

Es de suma importancia aclarar que las participantes, no hacen alusión a esta subcategoría, sin embargo se incluye en la investigación ya que forma parte de los hallazgos latentes encontrados en el material empírico y lo destacan dos de las informantes claves, quienes afirman que el abandono perturba a esta población. A modo de ejemplo, se anexan las frases emitidas por las personas antes referidas:

“... también lo que es el abandono tanto familiar como social (...) a las personas en ocasiones se les deja como dicen al sol y al viento” (Informante clave N° 2, entrevista focalizada, 07 de febrero, 2017)

“... no tienen dónde vivir, a los hijos los tienen que dejar solos, se los quitan los familiares” (Informante clave No 3, entrevista focalizada, 07 de febrero, 2017)

Los fragmentos citados, se corresponden con la definición de abandono propuesta por Wall Street International (2016), ya que hace alusión al acto de desamparar o descuidar a las personas y sus derechos. Así pues, se infiere que aunque las participantes excluyeron este aspecto, no deja de ser una manifestación psicoemocional en las mujeres portadoras de VIH.

Como se puede notar, la falta de apoyo familiar es de gran afectación para las mujeres portadoras con VIH, ya que se espera que ese núcleo sea apoyo y sustento para estas personas, sobre todo ante la circunstancia dolorosa que atraviesan. Así pues, lo esperado sería que sus familias fuesen un pilar fundamental para ellas a fin de seguir adelante y poder tener aspirar a un mejor estado de salud y calidad de vida.

Por tanto estas mujeres, aparte de ser objeto de abandono familiar, se enfrentan a otra dificultad, como es encontrar un trabajo digno y remunerado, a fin de no ser dependientes desde el punto de vista económico de sus familias y parientes. No

obstante, este propósito no siempre lo logran y terminan nuevamente aisladas y siendo sujeto de burla y aceptación.

Recapitulando se puede afirmar entonces que, son múltiples las reacciones psicosociales y experiencias que enfrentan las mujeres portadoras de VIH, las cuales tienen lugar desde el preciso momento en que estas féminas reciben el diagnóstico. Asimismo, muchas de estas reacciones se encuentran presente a lo largo del proceso de tratamiento y otras son causales para que estas víctimas abandonen el mismo.

Por otro lado, el apoyo y acompañamiento que puedan recibir estas personas por parte de la familia, amigos y sociedad en general, es determinante para efecto de reducir estados depresivos y evitar suicidios en esta población, así como para adquirir un mejor estado de salud y poder sobrellevar su dura realidad.

X. CONCLUSIONES

- ✚ Las apreciaciones que tienen las participantes en estudio sobre el VIH no es muy claro, ya que no logran definir en sí el significado de este virus, sin embargo, tienen conocimiento acerca del tratamiento y cómo las personas pueden evitar una infección.

- ✚ Algunas de las reacciones psicosociales que experimentó la población en este estudio ante la noticia de ser portadora de VIH son: Estado de shock, miedo, ira, ansiedad, estrés. De igual manera se evidenció la depresión y pensamiento suicida como consecuencias de la tristeza que viven las mujeres portadoras de este virus.

- ✚ Las experiencias más significativas a nivel socio-familiar son:
Estigmatización y/o rechazo, discriminación y abandono.

XI. RECOMENDACIONES

De acuerdo al ejercicio de investigación realizado se proponen las siguientes recomendaciones:

A la Comunidad Internacional de Mujeres Viviendo VIH-SIDA (ICW)

- ✚ Promover la atención psicológica en las mujeres portadoras de VIH, retomando los resultados de este trabajo de investigación.
- ✚ Brindar orientaciones a la familia a fin de que apoyen a las mujeres de la muestra.
- ✚ Buscar apoyo a través de diversas instituciones gubernamentales y no gubernamentales, con el propósito de buscar pasantes de la carrera de Psicología que asistan a esta población.
- ✚ Brindar capacitaciones a las mujeres que asisten al centro, de modo que adquieran dominio total del tema en cuestión.

Al Departamento de Psicología:

- ✚ Sensibilizar a los estudiantes de la carrera sobre la problemática que presenta este sector poblacional.
- ✚ Incentivar a los estudiantes de la carrera de Psicología a la realización de investigaciones relacionadas con la temática de investigación.

XII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aciprensa*. (2016). Obtenido de <https://www.aciprensa.com/sida/definicion.htm>
- Ashford, L. (2006). *USAID*. Obtenido de <http://www.prb.org/pdf06/howhivaidsaffectpop-sp.pdf>
- Avelar Rodríguez, V. Y., Cornejo Gómez, I. B., & Torres Ayala, J. D. (2011). *Efecto Psicológicos en Personas de Ambos Sexos Entre las Edades de 20 a 50 años, Diagnosticadas con VIH, en el Periodo de Enero de 2006 a Junio de 2010. Pertenecientes a la Fundación Salvadoreña Para la Lucha Contra el SIDA "María Lorena" (CONTRASIDA)*. Managua.
- Castillo Martín, N. P., Labarrere Sarduy, N., & Amador Romero, F. J. (2009). *Revista Cubana de Salud y Trabajo*. Obtenido de http://bvs.sld.cu/revistas/rst/vol10_1_09/rst07109.html
- Censida*. (9 de Junio de 2010). Obtenido de www.censida.salud.gob.mx/interior/prevencion/inforbasica.html
- Cervantes, E. (2014). *EdithCervantesWordPress.com*. Obtenido de <https://edithcervantes.wordpress.com/2014/04/21/la-estigmatizacion-de-lamujer-dentro-de-la-sociedad/>
- CONAPRED. (2014). Obtenido de http://www.conapred.org.mx/index.php?contenido=pagina&id=84&id_opcion=142&op=142
- Geo Salud*. (2016). Obtenido de http://www.geosalud.com/vih-sida/sida_basicos.htm
- Grupo de trabajo sobre tratamiento de VIH (GTT)*. (2011). Obtenido de gttvih.org/aprende/informacion-basica-sobre-el-vih/como-se-diagnostica
- Infosida*. (2015). Obtenido de <http://www.infosida.es/que-es-el-vih>
- Infosida*. (2015). Obtenido de <http://www.infosida.es/que-es-el-vih/transmision-delvih>
- Meza Ghenno, M. (2016). *Wall Street International*. Obtenido de <http://wsimag.com/es/bienestar/20125-el-abandono-social>
- National Geographic*. (2013). Obtenido de

- <http://www.nationalgeographic.es/ciencia/sida>
- National Institute of Health. (21 de Marzo de 2013). Obtenido de <https://www.nichd.nih.gov/espanol/temas/hiv/informacion/pages/sintomas.aspx>
- ONUSIDA. (2008). Obtenido de http://data.unaids.org/pub/factsheet/2008/20080519_fastfacts_hiv_es.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2016). Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs360/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2016). Obtenido de www.who.int/topics/hiv_aids/es/
- Prado Reyes, Y. (2016). *El 19 Digital*. Obtenido de [epidemiologica-de-https://www.el19digital.com/articulos/ver/titulo:47412-minsa-informasituacion-nicaragua-sobre-el-vih](https://www.el19digital.com/articulos/ver/titulo:47412-minsa-informasituacion-nicaragua-sobre-el-vih)
- Sampieri, R., Fernández, C, Baptista, P., (2010) *Metodología de la investigación* (5ta. ed.). D.F., México: McGraw Hill.
- Schauer, M. (2012). *El Herald*. Obtenido de <http://blogs.elheraldo.hn/rompiendoeltabu/2012/04/11/el-vih-y-susconsecuencias-sociales/>
- Sevilla, González y Gaitán (2014). "Condiciones de salud y estilos de vida de mujeres conviviente con el virus de inmunodeficiencia humana que recibe TARV en el programa de VIH-SIDA del Hospital Bertha Calderón Roque. Diciembre 2014 – Febrero 2015",
- SIDA - ADIS. (2010). Obtenido de www.sida-aids.org/informacion/65-que-es-elvihsida.html?start=6
- SIDA-AIDS. (2010). Obtenido de <http://www.sida-aids.org/informacion/65-que-es-elvihsida.html?start=6>
- Torres Solórzano, C. (10 de Mayo de 2016). *La Prensa*. Obtenido de <http://www.laprensa.com.ni/2016/05/11/nacionales/2032670-vih-ennicaragua-supera-los-11-mil-casos>

ANEXOS



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA, MANAGUA
RECINTO UNIVERSITARIO RUBÉN DARÍO
FACULTAD DE HUMANIDADES Y CIENCIAS JURÍDICAS
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA**



ANEXO N°: 1

PROTOCOLO DE ENTREVISTA DIRIGIDA A SUJETOS DE LA MUESTRA

Tema: Reacciones Psicosociales en féminas con Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) que asisten a la Comunidad Internacional de Mujeres Viviendo con VIH-SIDA, Managua II Semestre 2016.

Objetivos:

- ✚ Comprender las reacciones psicosociales en féminas con VIH que pertenece a la Comunidad Internacional de Mujeres Viviendo con VIH-SIDA.
- ✚ Triangular información desde la perspectiva de las participantes respecto al VIH como las principales reacciones en sus vidas.

Técnica: Entrevista focalizada.

Fecha: 07 de Febrero de 2017.

Duración: 1 hora.

Entrevistadora: Darling Flores.

Herramientas: Grabadora, libreta y computadora.

Muestra teórica: Mujeres portadoras con VIH

Preguntas directrices:

1. ¿Hace cuánto tiempo fue diagnosticada con VIH?
2. ¿Qué conocimiento tiene actualmente acerca del VIH?
3. ¿Cómo reaccionó al momento en que la diagnosticaron con VIH?
4. ¿Qué cambios ha experimentado a nivel personal, posterior a su diagnóstico?
5. A partir de esa experiencia, ¿Qué cambios ha habido en relación con su familia?
6. En caso de tener hijos, ¿La relación con éstos ha sufrido cambios favorables o desfavorables?
7. ¿Ha recibido apoyo por parte de su familia?
8. ¿Desea agregar algún otro elemento a esta entrevista?



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA, MANAGUA
RECINTO UNIVERSITARIO RUBÉN DARÍO
FACULTAD DE HUMANIDADES Y CIENCIAS JURÍDICAS
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA**



**ANEXO N^o: 2
PROTOCOLO DE ENTREVISTA DIRIGIDA A INFORMANTES CLAVES Y EXPERTOS**

Tema: Reacciones psicosociales en féminas que asisten a la Comunidad Internacional de Mujeres Viviendo con VIH-SIDA, Managua II Semestre 2016.

Objetivos:

- Conocerlas experiencias que han tenido los informantes claves y expertos al tratar con mujeres portadoras de VIH.
- Triangular información desde la perspectiva de los informantes claves y expertos respecto a las reacciones psicosociales de las mujeres con VIH.

Técnica: Entrevista focalizada.

Fecha: 07 de Febrero de 2017.

Duración: 1 hora.

Entrevistadora: Natania Cajina y Jacqueline Vargas.

Herramientas: Grabadora, libreta y computadora.

Muestra teórica: Informantes claves y expertos

Preguntas directrices:

1. ¿Qué apreciación tiene usted sobre el VIH?
2. ¿Qué experiencia ha tenido al trabajar con mujeres portadoras de VIH?
3. De acuerdo a su experiencia, ¿Mencione las reacciones psicosociales (familiar, laboral, amistades) de esta población?
4. A su juicio ¿Qué experiencias viven a nivel familiar, laboral y social estas personas?
5. Según su experiencia, ¿Cuál es la principal dificultad que ha encontrado para apoyar a esta población?
6. ¿Desea agregar algún otro elemento a esta entrevista?



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA, MANAGUA
RECINTO UNIVERSITARIO RUBÉN DARÍO
FACULTAD DE HUMANIDADES Y CIENCIAS JURÍDICAS DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA
ANEXO N° 3:



MATRIZ DE DATOS

CATEGORIAS	SUB CATEGORIAS	JUANA	MARIA	PATRICIA
VIH	Apreciaciones	"(...) es como se puede transmitir y como no se puede transmitir, la importancia de los medicamentos y que nos puede pasar si dejamos de tomarlo (...)" - L. 17, P. 3	"Como prevenir, como cuidarme como defenderme, como poder ayudar a otras personas al salir de un recién diagnóstico." – L. 22, P. 6	"(...) sé que existe un tratamiento que si me lo tomo adecuadamente cuando el médico me lo indica, que asistiendo siempre a mis citas médicas yo voy a vivir una vida normal." - L. 30, P. 8
Reacciones Psicosociales	Estado de Shock			"(...) al inicio lo tomé como muerte (...)" – L. 17. P. 6
	Miedo	"(...) el temor mío es que me vayan a discriminar a mis hijos (...)" – L. 11, P. 3	"(...) pensé que hasta ahí nomás llegaba mi vida (...)" - L.6, P. 3 "Al principio sentí miedo a tener que enfrentarme un día con gente que me pudiera agredir..."	"(...) siempre hemos sido unidos, pero yo pasé 3 años sin decirles mi condición porque tenía temor (...)" – L. 23, P. 7



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA, MANAGUA
RECINTO UNIVERSITARIO RUBÉN DARÍO
FACULTAD DE HUMANIDADES Y CIENCIAS JURIDICAS
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA
ANEXO N°: 3
MATRIZ DE DATOS



CATEGORIAS	SUB CATEGORIAS	JUANA	MARÍA	PATRICIA
Reacciones Psicosociales	Depresión			“(…) Tuve 3 meses en depresión y después de eso 3 meses que estuve encerrada, aislada en un cuarto (…)” – L. 3, P. 6
	Pensamiento Suicida			“(…) suicidarme, al principio eso fue lo primero que se me vino. ¿Para qué estoy así? Si de todas formas me voy a morir, mejor me mato (…)” - L. 6, P.6
Experiencias al convivir con VIH	Estigmatización		<i>“ Pues fijate que en el barrio hubieron comentarios, ah!, tú hermana que tiene SIDA” L.3, p.5</i>	
	Discriminación		“(…) en una tienda me despidieron porque se dieron cuenta de mi diagnóstico, y quien lo hizo disque era una gran amiga mía (…)” – L. 6, P. 5 “(…) la vieja así me lo dijo de que me tenía que ir y que no me quería volver a ver ahí en su tienda porque yo tenía SIDA, pero ya cuando ella me lo dijo, ya lo había terminado de regar en todo el mercado (…)” – L.13, P.5	“(…) un primo me lo grito en el barrio y la gente se me apartaba, empecé a vivir discriminación.” – L. 1, P. 7 “(…) he sufrido discriminación por parte de los médicos... hasta me han llegado a rotular el expediente.” – L. 4, P. 8



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA, MANAGUA

RECINTO UNIVERSITARIO RUBÉN DARÍO

FACULTAD DE HUMANIDADES Y CIENCIAS JURÍDICAS

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA

ANEXO N°: 3

MATRIZ DE DATOS



CATEGORIAS	SUB CATEGORIAS	JUANA	MARÍA	PATRICIA
Experiencias al convivir con VIH	Discriminación			“también en relación al derecho de querer hacerme el Papanicolaou, puse denuncia y esta evidenciado porque me decían venga mañana, venga mañana y nunca me lo hacían me hicieron comprar las cosas” (Patricia, entrevista focalizada, 7 de Febrero, 2017)



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA, MANAGUA
RECINTO UNIVERSITARIO RUBÉN DARÍO
FACULTAD DE HUMANIDADES Y CIENCIAS JURÍDICAS
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA
ANEXO N°:4
MATRIZ DE DATOS



CATEGORIAS	SUB CATEGORIAS	INFORMANTE CLAVE 1	INFORMANTE CLAVE 2	INFORMANTE CLAVE 3
Apreciaciones	Conocimiento	“El VIH es un factor de riesgo para las mujeres especialmente... ya que somos vulnerables ante esta pandemia (...)” – L. 2, P. 8	“Enfermedad crónica tratable con la cual uno puede convivir pero que también te expone a discriminación y violencia.” – L. 2, P. 9	“(...) es una enfermedad que no mira, ni color de piel, ni si sos pobre o tenes dinero, si sabes leer o escribir, es algo muy terrible (...)” – L. 3, P. 11
Reacciones Psicosociales	Estado de shock			“(...) al principio la noticia me cayó como una bomba, es algo que te agarra y te tambalea todita (...)” – L. 2, P. 11
	Ira	“(...) se preguntan que porque a ellas (...)” – L. 20, P. 9		“(...) ellas dicen “¿por qué a mí?” (...)” – L. 8, P. 12
	Ansiedad		“(...) de que en algún momento alguien se dé cuenta si se enferma... se dé cuenta del diagnóstico y lo asocian a que es el VIH, que están en esas condiciones (...)” – L. 16, P. 10	
	Depresión	“(...) otras entran en estado de ¿para qué me las voy a seguir tomando si ya me voy a morir? (...)” – L. 1, P. 9	“(...) se echan a morir porque se deprimen tanto que se alejan de su familia, de las amistades, dejan de comer y de dormir.” - L. 25, P. 11 “(...) cuando es la familia eso viene y te vota (...)”	



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA, MANAGUA
RECINTO UNIVERSITARIO RUBÉN DARÍO
FACULTAD DE HUMANIDADES Y CIENCIAS JURÍDICAS



CATEGORIAS	SUB CATEGORIAS	INFORMANTE CLAVE 1	INFORMANTE CLAVE 2	INFORMANTE CLAVE 3
Reacciones Psicosociales	Pensamiento Suicida			"(...) Algunas se quieren morir y tienen dinero y viven bastante bien y se quieren morir y no les importa (...)" – L. 6, P. 12
Experiencias al convivir con VIH	Estigmatización y/o Rechazo	"(...) en las amistades viven rechazo por los amigos y algunos no te vuelven a hablar nunca." – L. 14, P. 8 "En el ámbito familiar... hay rechazo, no hay apoyo, ni atención por parte de la familia y los más cercanos" – L. 9, P. 8	"nos dicen sidosas, podridas, dañadas (...) no solo a nosotras, sino a nuestra familia e incluso hasta nos dicen que deberíamos de desaparecer, que contaminamos donde vivimos"	"(...) esto le pasa a la mayoría de las mujeres, te corren por andar así, te discriminan y no te dan trabajo (...)" – L. 24, P. 12 "(...) las amistades, se hacen a un lado por lo ignorante que son (...)" – L. 26, P. 12
	Discriminación	"...son despedidas de sus centros laborales cuando dicen su condición..."	"creen que no somos capaces de desempeñar un trabajo como cualquier otra persona por nuestra condición (...) o que vamos a exponer a los demás trabajadores"	
	Abandono		"(...) también lo que es el abandono tanto familiar como social... a las personas en ocasiones se les deja como dicen al sol y al viento (...)" – L. 26, P. 10	"(...) no tienen donde vivir, a los hijos los tienen que dejar solos, se los quitan los familiares (...)" – L. 15, P. 11



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA, MANAGUA
RECINTO UNIVERSITARIO RUBÉN DARÍO
FACULTAD DE HUMANIDADES Y CIENCIAS JURÍDICAS
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA
ANEXO N°:5
MATRIZ DE DATOS



CATEGORIAS	SUB CATEGORIAS	EXPERTO 1	EXPERTO 2
Reacciones Psicosociales	Miedo	<p>"(...) son personas que se aíslan por temor a que las rechacen." – L. 10, P. 13</p> <p>"(...) como los hospitales son públicos, entonces tienen el temor que la miren y la señalen (...)" – L. 18, P. 13</p> <p>"(...) si yo digo mi diagnóstico, me van a correr de la casa y yo no tengo a donde ir (...)" – L. 30, P. 13</p> <p>"(...) algunas tienen miedo de venir porque siempre están con el pensamiento, ¿cómo me van a tratar?, ¿cómo me van a ver? (...)" – L. 3, P. 16</p>	<p>"entonces tienen miedo, verdad, que se den cuenta los demás de su situación y digan mirá, allá viene la fulanita y tiene VIH..."</p>
	Ira	<p>"... es como si se manejaran a la defensiva, por eso cuando van a los hospitales y solicitan los servicios, hay algunos que se ponen molestos y te exigen porque esa es la manera como ellos pueden defender..."</p>	<p>"cuando la persona está enojada busca culpable, entonces ahí viene el deseo de hacerle daño a los demás, que es lo típico que se conoce, -ahora me voy a vengar, me voy a ir yo, pero no me voy a ir sola..."</p>



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA, MANAGUA
RECINTO UNIVERSITARIO RUBÉN DARÍO
FACULTAD DE HUMANIDADES Y CIENCIAS JURÍDICAS
ANEXO N°:5
MATRIZ DE DATOS



CATEGORIAS	SUB CATEGORIAS	EXPERTO 1	EXPERTO 2
Reacciones Psicoemocionales	Depresión	"... sienten como que su vida se acaba, sienten como que el mundo les cae encima..." "Las principales son depresión, es una de las más fuertes por lo general son más vulnerables por el simple hecho de tener VIH"	"... se echan a morir porque se deprimen tanto que se alejan de su familia, de las amistades, dejan de comer y de dormir" "puede ser que las mujeres decidan, ya no voy a tomarme el medicamento (...) jah! dicen, de todos modos ya me voy a morir y todo lo que viene a la mente, por el pensamiento negativo, abandonan su tratamiento..."
	Pensamiento Suicida	"si de todas maneras voy a morir, prefiero matarme (...) algunas han estado a punto de lanzarse de un puente..."	
Experiencias al vivir con VIH	Estigmatización		"ah bueno, lo que pasa es que ella es una mujer vaga, lo que pasa que ella se lo buscó..."
	Discriminación		"a nivel laboral, por ejemplo, las despiden del trabajo (...)"