

Universidad de Chile
Facultad de Ciencias Sociales
Departamento de Psicología



Estudio Exploratorio Descriptivo acerca de los Dominios de Co-existencia en que se ubican las Conflictivas Psicológicas de Personas que Viven con VIH/SIDA

Memoria para optar al Título de Psicólogo

Autoras: Lic. Ps. Constanza Berríos Guzmán
Lic. Ps. Alejandra Yerkovic Bahamonde

Profesora Patrocinante: Ps. Isabel Margarita Fontecilla Silva
Asesor Metodológico: Ps. Andrés Antivilo Bruna

Santiago, Chile
2004

ÍNDICE

RESUMEN	III
1. INTRODUCCIÓN	1
2. MARCO TEÓRICO	5
2.1. ASPECTOS GENERALES DEL VIH/SIDA.....	5
2.2. ASPECTOS PSICOLÓGICOS RELACIONADOS CON LA VIVENCIA DEL VIH	12
2.3. DOMINIOS DE CO-EXISTENCIA.....	25
3. OBJETIVOS.....	32
3.1. OBJETIVO GENERAL:.....	32
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:	32
4. METODOLOGÍA	33
4.1. DEFINICIÓN DE VARIABLES	33
4.2. POBLACIÓN Y MUESTRA.....	33
4.3. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	37
4.4. INSTRUMENTOS	38
4.5. PROCEDIMIENTOS	39
4.6. ANÁLISIS DE DATOS	40
5. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS	44
5.1. ANÁLISIS EXPLORATORIO CUALITATIVO: Análisis de los Motivos de Consulta	44
5.2. HALLAZGO PRINCIPAL.....	51
5.3. ANÁLISIS DE LOS DOMINIOS DE CO-EXISTENCIA SEGÚN LAS VARIABLES DE ESTRATIFICACIÓN	53
5.4. SÍNTESIS DE RESULTADOS	70
6. CONCLUSIONES	73
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	81
8. ANEXOS.....	91

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo el identificar las problemáticas que aquejan a las personas que viven con VIH/SIDA desde su propio discurso. Esta temática se vislumbró de importancia en la medida que contribuiría a ampliar los conocimientos que basan la construcción social de las personas acerca de la vivencia del VIH/SIDA, la cual se ha establecido en función a información limitada y pocas veces desde la propia experiencia de las personas afectadas.

Para esto se realizó un estudio exploratorio descriptivo acerca de los dominios de co-existencia en que se insertan las conflictivas presentes en los motivos de consulta de 55 pacientes varones que viven con VIH/SIDA, atendidos en la Unidad de Salud Mental de la Fundación Arriarán durante el año 2003.

Se determinó que la mayor parte de estos sujetos presentaron conflictivas en el dominio de co-existencia de la Autoconsciencia, evidenciándose así la necesidad de solucionar conflictivas personales. En segundo lugar de frecuencia se presentó el dominio VIH, lo que indicaría que el hecho de vivir con este virus implica la presencia de angustia y estrés que impulsan a la persona a asistir a una consulta psicológica. Sin embargo, en comparación con los demás dominios juntos (Orientación Sexual, Familiar, Laboral y Autoconsciencia), el porcentaje de sujetos cuyas conflictivas se ubicaron en el dominio de VIH fue bastante bajo (29,1%), lo que permitió concluir que las demás conflictivas de las personas que viven con VIH/SIDA mantienen un alto grado de importancia, a pesar de portar dicho virus.

La alta frecuencia de conflictivas diferentes al VIH/SIDA puede contribuir a incentivar que se realicen mayores investigaciones acerca de la vivencia de estas personas de manera de mostrar a la sociedad que se puede seguir viviendo por varios años desarrollándose como personas y sin sufrir las enfermedades de la etapa SIDA. Así, ahondar en las conflictivas específicas que se encuentran en el dominio VIH sería de utilidad para saber cuales son las principales problemáticas que el vivir con VIH/SIDA provoca en las personas, de manera de contar con datos acerca de su vivencia de la enfermedad que permitan poder contribuir a una mejor calidad de vida para ellos.

1. INTRODUCCIÓN

El virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y la enfermedad que provoca en el organismo humano, el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), fueron reconocidos en la comunidad médica y científica internacional en el año 1981 (Sepúlveda, 1999). Como toda nueva enfermedad, sus características eran desconocidas hasta entonces, por lo que se hizo urgente investigar acerca de su aspecto biomédico.

Fue por eso que las primeras investigaciones realizadas sobre SIDA estuvieron orientadas a aportar conocimientos acerca de aspectos fisiológicos de la enfermedad que permitieran abordarla de un modo más eficaz (De Vita, Hellman y Rosemberg, 1986; Organización Mundial de la Salud, 1988; Alvarez, Godoy y Montiel, 1988; Singer, 1989; Bernal y Bonacic, 1992; Organización Mundial de la Salud, 1993; Sepúlveda, 1999).

Gracias a todos estos estudios, actualmente existe un conocimiento idóneo en la comunidad médica acerca de las principales características del VIH/SIDA, lo cual ha llevado a que se le considere una enfermedad crónica (Sepúlveda, 1999). Sin embargo, estos conocimientos no han sido difundidos con la misma rapidez en el resto de la sociedad. La desinformación, principalmente con respecto a los mecanismos de contagio, el curso y tratamiento del SIDA, son factores que han contribuido a instalar en la sociedad representaciones que poco tienen que ver con los hallazgos científicos o con características crónicas que hoy la ciencia le atribuye a esta enfermedad. De este modo, la carga de preconcepciones influyó en la forma en que se aproximó el conocimiento social a este tema, contribuyendo “a construir un discurso social en el cual el SIDA era el mal del fin de siglo” (MINSAL, 2000, p. 3)

La proliferación de este tipo de representaciones sociales impuso la necesidad de ampliar el rango de investigaciones relacionadas con el VIH/SIDA al área de las ciencias sociales. Como afirma el Consejo holandés de la investigación, “además de tecnologías de prevención y tratamiento apoyadas en la

ciencia, necesitamos conocimientos sobre las dimensiones sociales del VIH/SIDA” (2002, pg. 10).

Los estudios que se realizaron en este ámbito se vieron enfocados en diferentes áreas. En lo que respecta a estudios con temáticas tanto de discriminación como de promoción de derechos de las personas que viven con VIH (PVVIH) se encuentran Vidal (1994), Badilla y Covarrubias (2002), Vidal (2002) y Vidal, Carrasco y Pascal (2004) al estudiar acerca del respeto y los derechos de las personas con VIH/SIDA. Los estudios de Mardones y Reyes (1991), de Ahumada (1997) y de la Oficina Internacional del Trabajo (OIT) (2000a, 2001), recopilan testimonios de discriminación recibida por personas que viven con VIH (PVVIH). También en este ámbito la Comisión Nacional del SIDA (CONASIDA) publica principios de la no discriminación (1997). En la línea de prevención se encuentra el estudio de Bernal y Bonacic (1992), además de manuales y estudios demográficos y epidemiológicos para abordar los programas de prevención publicados anualmente por CONASIDA para entregar información a la comunidad (1994, 1997, 2000, 2002a, 2002b, 2003).

Dentro del ámbito psicológico se han encontrado investigaciones orientadas hacia la vivencia de personas con VIH como la de Arancibia y Pérez (1993), Chris y Wiener (en De vita, Hellman y Rosenberg, 1986) y Bayes (no figura año). Moreno y Shellman (2002) enfocan la prevención desde la construcción de riesgo sexual. También se ha estudiado la influencia de factores estresantes en el tratamiento médico de la persona que vive con VIH (Cortés, 2003), así como las reacciones emocionales de las personas que conviven o cuidan a alguien que vive con VIH/SIDA (ONUSIDA, 2001; Mena y Yáñez, 2000).

A pesar de todos los estudios realizados en el ámbito social y psicológico, la construcción social acerca del VIH/SIDA sigue cargada de temores acerca de la vivencia de las personas contagiadas, frente a lo cual Nájera hace un llamado de atención: “debemos huir de percepciones catastrofistas [del VIH/SIDA], ya que no están justificadas y no conducen más que a situaciones de miedo y angustia (...) para la persona afectada” (en Barbero, Conde, Gafo y Pérez, 1989). Se continúa percibiendo el vivir con VIH como definido desde el virus y aun se llega a pensar

que interfiere en los diferentes planos vitales fracturando de este modo el proyecto de vida (Castro y Vásquez, 2003).

De esta manera, el imaginario social ha entregado una visión acerca del VIH/SIDA en que se le representa como un factor de conflictiva central que interfiere en los diferentes planos de la vida. Christ y Wiener son enfáticos al señalar de qué manera el VIH irrumpe en las diferentes áreas de la vida al afirmar que el vivir con el virus “produce graves problemas en todos los ámbitos y con todos los sujetos con los que el enfermo mantiene contactos personales, íntimos, familiares o laborales” (en De Vita, Hellman y Rosenberg, 1986).

Es por esto que ante una enfermedad nueva, cuya vivencia se encuentra cargada de mitos sociales y acerca de la cual existen pocas investigaciones enfocadas en la manera en que viven la enfermedad las personas contagiadas, se hace relevante investigar el lugar que el VIH ocupa en sus vidas a través de la determinación de los ámbitos en que se encuentran sus problemáticas para, de este modo, revisar hasta qué punto el VIH interfiere en la vida de la persona que lo padece.

En este contexto cobra relevancia investigar, a partir de una sistematización formal, cómo las personas que viven con VIH experimentan el vivir con este virus, tomando en cuenta su propio reporte acerca de las problemáticas psicológicas que experimentan, ya que estas personas son al fin y al cabo quienes más conocen la incidencia de la enfermedad en su vida.

En vista de que los casos de infección por VIH/SIDA van en aumento y existen aspectos de la vivencia que aún se desconocen, se hace necesario otorgar mayores conocimientos sobre la manera en que las personas que padecen esta enfermedad viven con ella, cuáles son sus áreas de conflicto psicológico, hasta qué punto el VIH les interfiere en sus vidas.

Por otro lado, ya que actualmente existen propuestas de tratamientos a través de intervenciones interdisciplinarias (Cortés, 2003; Medina, 1998), esta investigación otorgaría a la Psicología conocimientos acerca de las áreas de conflicto psicológico para las personas que viven con VIH, a fin de implementar programas de apoyo como talleres de psicoterapia grupal.

Es por esto que la presente investigación pretende determinar los ámbitos en que se encuentran las problemáticas psicológicas de las personas que viven con VIH para poder tener una perspectiva acerca de cómo viven la enfermedad, cuales son sus áreas de conflicto y si éstas presentan relación con el VIH/SIDA o con otras áreas vitales, y si fuera en otras, en cuáles. Ante esto surge la pregunta ¿será el VIH/SIDA la preocupación principal para ellos?; más aún, ¿en qué áreas de la vida se podrán encontrar sus preocupaciones principales?; e incluso ¿influirán las características personales de cada PVVIH en las diferentes problemáticas que desarrollen?

Para poder determinar los ámbitos en que se encuentren las conflictivas de las personas de la muestra se utilizó el concepto de dominios de co-existencia (Maturana, 1997), que hace referencia a ámbitos de la vida de un sujeto a los que éste se refiere en una conversación. Dicha conversación, en este caso, fue la entrevista psicológica, instancia en que se despliega la problemática principal que aqueja al paciente, quedando definida en el motivo de consulta. Este dato se extrajo de la revisión de las fichas psicológicas y se sometió a análisis cualitativo a fin de determinar la variable en estudio: dominios de co-existencia. Posteriormente los dominios de co-existencia se analizaron según las características de estratificación de la muestra, a través de un análisis cuantitativo.

Por lo tanto la investigación se constituyó como un estudio exploratorio-descriptivo, el cual, al no llevar a cabo manipulación intencionada de variables, se perfila como no-experimental o ex-post facto. Se trabajó con una muestra de 55 pacientes masculinos que viven con VIH y que fueron atendidos en la Unidad de Salud Mental de la Fundación Arriarán durante el año 2003.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. ASPECTOS GENERALES DEL VIH/SIDA

2.1.1. Panorama General: Inicios de la Pandemia

La historia médica del SIDA se remonta a 1980 cuando Michael Gottlieb, médico de Los Ángeles diagnosticó un tipo muy raro de neumonía en un paciente joven, cuya particularidad radicaba en la amplia presencia del parásito *pneumocystis carinii* en las secreciones bronco-pulmonares. Se identificó como un parásito que sólo se desarrollaba en pacientes sometidos a tratamientos con drogas supresoras de inmunidad; sin embargo este paciente no presentaba tal antecedente (Sontag, 1995; Sepúlveda, 1999). Posteriormente se diagnosticaron otros casos similares en hombres jóvenes con conductas homosexuales, usuarios de drogas intravenosas y/o con antecedentes de enfermedades venéreas, apareciendo casos análogos en otras ciudades y países y aumentando considerablemente el tipo de infecciones descritas (CONASIDA, 1997).

En 1986 se caracterizó el virus causante de estos síndromes como un agente infeccioso submicroscópico que sobrevivía alojándose en una célula. Se determinó que su mecanismo de transmisión se encontraba en fluidos sexuales y en la sangre, que provocaba un debilitamiento importante del sistema inmunitario y se hospedaba sólo en seres humanos. Por esto se le llamó Virus de Inmunodeficiencia Humana, VIH, y al trastorno provocado por éste, se le denominó Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, SIDA (OMS, 1987).

La escasa prevención de las conductas de riesgo, acompañada de la inexistencia de una cura, ha provocado que las muertes por esta enfermedad hayan sufrido un rápido aumento y que se hayan extendido hacia todos los sectores de la población mundial. Es por esto que el SIDA es considerado una “pandemia que se ha transformado en un serio problema de salud pública que conmueve y preocupa al mundo entero” (CONASIDA, 1994, p. 9).

2.1.2. Epidemiología del VIH/SIDA

Desde el momento de su aparición, el VIH/SIDA se ha ido convirtiendo en una epidemia cada vez más generalizada en el mundo, hasta llegar a estar presente en los cuatro puntos cardinales, tornándose así en pandemia. Esto se debe, según NotaSida N°2 a la “falta de conocimiento, de sensibilización o reacción adecuada de la población o por la influencia de culturas que obstruyen la comprensión cabal de la epidemia” (CONASIDA, 1997), entendiéndose esto como una gran carga de preconcepciones ideológicas que han obstaculizado la prevención de la transmisión del virus.

Factores como las condiciones socioeconómicas y culturales de la población, la infraestructura sanitaria y educativa disponible, la normativa jurídica existente, la oportunidad con que se tomen las medidas preventivas, la respuesta de la comunidad, las prácticas sexuales, la presencia de drogadicción intravenosa y sus conductas asociadas, la frecuencia de las enfermedades de transmisión sexual y el acceso a su tratamiento, entre otros, son los factores que marcan la diferencia entre las distintas culturas, hecho que ha contribuido a que la expansión del VIH por el mundo no haya sido homogénea (CONASIDA, 1997).

2.1.2.1. Situación Mundial del VIH/SIDA

Según estimaciones del Programa Conjunto de Naciones Unidas para el VIH/SIDA (ONUSIDA), en el mundo, a diciembre del año 2000 existían más del doble de personas viviendo con VIH/SIDA que en el año 1991. De éstas, el 95% vivían en países en desarrollo. Se estimaba que 1,4 millones de estas personas vivían en América Latina y que la principal vía de transmisión se debía a relaciones sexuales entre hombres (CONASIDA, 2000). A diciembre de 2003 se estimaba que el número de personas viviendo con VIH/SIDA en el mundo fluctuaba entre los 34 y 46 millones de personas (OMS y ONUSIDA, 2003).

2.1.2.2. Situación Nacional del VIH/SIDA

Desde el primer caso de SIDA notificado en Chile en 1984 hasta el 31 de diciembre 2001, se habían “notificado 4.646 enfermos y 5.228 personas VIH+¹ asintomáticos.” Además se ha informado el fallecimiento de 3.012 personas (CONASIDA, 2001). Estudios realizados mostraron una tendencia al aumento de los casos hasta 1998, año en que se observó un descenso que ha sido atribuido al impacto del tratamiento implementado a partir de 1997. Sin embargo, desde 1999, la tasa de casos de VIH/SIDA vuelve a aumentar llegando al 4,61 por 100.000 habitantes, lo que se ve confirmado por experiencias internacionales del impacto transitorio de ese tratamiento (Ibid).

Desde el inicio de la pandemia, la mayor proporción de casos ha estado centrada en los hombres, llegando en 1999 a una proporción de 5,8 hombres por una mujer. En cuanto a la edad, a diciembre de 2001, el 85% de los casos de VIH/SIDA se concentró en sujetos de entre 20 y 49 años, representando los menores de 20 años el 2,3% y los mayores de 50 años, el 12,7% (CONASIDA, 2001).

Desde el surgimiento del SIDA, el contagio sexual ha sido la principal categoría de exposición, alcanzando en diciembre de 2001 el 93,8% de los casos notificados y mostrando una tendencia al aumento. Se ha visto que la mayoría de estos casos se encuentran en la exposición homo-bisexual, llegando al 69% del total de casos en diciembre de 2001, sin perjuicio de que la transmisión heterosexual haya ido en aumento.

Las tasas de mortalidad muestran una tendencia sostenida al aumento hasta 1997, ocupando el SIDA el quinto lugar a nivel nacional y el segundo lugar en la Región Metropolitana entre las causas específicas de muerte (CONASIDA, 2001).

¹ VIH+: persona cuyo examen para detectar el VIH ha salido positivo, por lo que se sabe que porta el virus en su cuerpo. También se le llama “seropositivo”.

2.1.3. El Sistema Inmunológico y el VIH

Al intentar comprender cómo el cuerpo humano se ve afectado por la presencia del VIH y posteriormente de SIDA, se debe tener claro que el VIH es un virus que al debilitar el sistema inmunológico humano impide la defensa contra variadas enfermedades llamadas “oportunistas”, que atacan una vez avanzada la presencia del virus en el organismo. Estas enfermedades originan el desarrollo de serias infecciones, así como resultados de pruebas de sangre que muestran un severo daño en el sistema inmunológico, lo que permite clasificar al paciente en la etapa denominada SIDA. Cabe señalar, sin embargo, que un individuo contagiado por el VIH (seropositivo), puede vivir con el virus durante un período de aproximadamente 10 años sin presentar manifestación de enfermedades oportunistas y no necesariamente tener SIDA, el síndrome (Sepúlveda, 1999; Adusalud, 2002).

Investigaciones recientes demuestran que este virus se reproduce desde el comienzo de su integración al organismo en el sistema linfático. El virus va destruyendo las células inmunológicas, lo que crea un contexto facilitador para la intromisión de infecciones y desarrollo de cánceres en el organismo (Sepúlveda, 1999). La especificidad de este virus en relación con las células inmunológicas como el linfocito y el macrófago, responde a que éstos presentan en su superficie un componente llamado CD4 que se acopla con la gp120 –célula viral-. Luego el núcleo del virus penetra en la célula liberando su ARN y modificando el ADN de la célula, lo que determina así una nueva composición celular, ahora virológica (Sepúlveda, 1999).

2.1.4. Etapas de la Infección por VIH

La detección de la presencia del virus VIH se realiza a través de exámenes de laboratorio y el más utilizado es el test de ELISA (enzyme-linked immunosorbent assay)². Esta prueba pesquisa la formación de anticuerpos específicos frente al VIH. El momento en que se da conocimiento de un resultado positivo confirmado al sujeto que se realiza el examen, es conocido como Notificación. El sujeto ha sido notificado de su condición de portador de VIH (Sepúlveda, 1999).

La infección con el VIH induce “un deterioro lento y progresivo del sistema inmune del individuo infectado, lo que lleva finalmente a la aparición de tumores que caracterizan el SIDA, etapa final de la enfermedad” (Sepúlveda, 1999, p. 62). Según esto, el VIH/SIDA tiene una progresión de acuerdo a diferentes etapas de avance, que van desde el momento de la infección hasta la presencia del SIDA. Debido a que se trata de una enfermedad lenta, progresiva y crónica, la clasificación de sus etapas ha sido compleja y se han propuesto varios sistemas, siendo uno de los más usados el de Center for Disease Control de los EEUU. Este sistema clasifica la infección por VIH según un criterio clínico, en tres categorías: A, B, C y según un criterio inmunológico de recuento de linfocitos en otras tres categorías: 1, 2, 3 (Ibid.). Para efectos de esta investigación, se utilizará la clasificación clínica.

La *etapa A* de la infección se constituye como un período asintomático, ya que “si bien las personas no presentan cambios visibles en su estado de salud, el virus está continuamente multiplicándose y aumentando en el organismo” (Sepúlveda, 1999, p. 63). Sin embargo, aproximadamente el 50% de las personas que se encuentran en el período inicial de esta etapa puede presentar síntomas similares a los de un estado gripal o de una mononucleosis (inflamación de los ganglios), sintomatología conocida como síndrome retroviral agudo (Ibid).

En la *etapa B*, los pacientes experimentan la aparición de enfermedades oportunistas reflejadas en cuadros clínicos característicos, como herpes zoster,

² <http://www.ctv.es/USERS/fpardo/vih4.htm>

foliculitis o infecciones superficiales por bacterias y hongos generalmente en la piel. Además, se puede presentar displasia de cuello uterino, enfermedad pélvica inflamatoria o neuropatía periférica, entre otras enfermedades asociadas a esta etapa (Sepúlveda, 1999).

La *etapa C* constituye la etapa SIDA, última etapa de la infección por VIH. Aquí existe una alteración funcional severa del sistema inmunológico, por lo que el “riesgo de desarrollar ciertas infecciones oportunistas (...) es ahora mayor. Además, una vez tratadas éstas tienden a recaer” (Sepúlveda, 1999, p. 68). Estos pacientes presentan una multiplicidad de síntomas, en que las enfermedades más comunes son la neumonía por pneumocytis carinii y enfermedades cerebrales, “tanto las causadas por gérmenes oportunistas como la demencia asociada al propio VIH” (Ibid, p. 69). Además, muchos pacientes en la etapa C presentan una extrema baja de peso, generalmente acompañada de una disminución o aún abolición del apetito.

De esta manera, aunque la progresión de la enfermedad varía de un paciente a otro, “parece inevitable que todos los individuos que llegan a una enfermedad muy avanzada últimamente sucumban por esta infección” (Sepúlveda, 1999, p. 69).

2.1.5. Tratamiento Médico

Se ha producido un progreso considerable en el conocimiento del comportamiento del VIH gracias al trabajo realizado por la ciencia, el que ha permitido el descubrimiento y desarrollo de una variedad de agentes antivirales (CONASIDA, 1997).

Las actuales terapéuticas tienen como objetivo retardar la progresión del virus en el organismo para de este modo “prevenir infecciones oportunistas, (...) mejorar la deficiencia inmunológica y reconocer y tratar precozmente las complicaciones de la inmunodeficiencia, tales como tumores e infecciones oportunistas” (Sepúlveda, 1999, p. 112).

En 1995 comenzó a utilizarse la terapia combinada llamada antirretroviral, la que utiliza dos o tres medicamentos (bi o triterapia), resultando eficaz en muchos casos, “aunque no se sabe todavía con certeza por cuanto tiempo prolongará la vida de los pacientes” (Sepúlveda, 1999, p. 129).

Finalmente, un punto importante a señalar es que el tratamiento también requiere de un “seguimiento periódico y acceso a los medios de diagnóstico y de tratamiento, así como de una relación de confianza y respeto mutuo entre los miembros del equipo de salud y las personas que viven con el virus y su entorno más cercano (pareja, familiares, amigos)” (Sepúlveda, 1999, p. 112).

La eficacia de los medicamentos depende sin duda del grado de compromiso del paciente en el cumplimiento del régimen de tratamiento, hecho conocido como adherencia al tratamiento farmacológico. El paciente sería *adherente* mientras cumpla con el régimen del tratamiento, tanto en sus dosis como en sus horarios (Merino, 2002).

Finalmente, de acuerdo con el tratamiento médico, Sepúlveda afirma que “en 10 años se ha logrado desarrollar una forma de terapia que, si bien no ha logrado curar el SIDA, está permitiendo el manejo de esta enfermedad como una enfermedad crónica controlable, mejorando notablemente la calidad de vida de las personas infectadas y prolongando en forma significativa su sobrevivencia” (1999, p. 144).

2.2. ASPECTOS PSICOLÓGICOS RELACIONADOS CON LA VIVENCIA DEL VIH

2.2.1. Construcción Social del VIH/SIDA

Desde su aparición, el VIH provocó un fuerte impacto en la población, por lo cual su construcción social contuvo profundas cargas simbólicas y se constituyó en base a un imaginario social que contó con un vago conocimiento y muy poca información certera al respecto. Como afirma CONASIDA, “la *entrada en sociedad* del SIDA, a comienzos de los años ochenta, estuvo rodeada de mitos y prejuicios” (1997, p. 1).

Hace aproximadamente 20 años atrás, cuando el VIH/SIDA comenzó a ser conocido por la población, se construyó socialmente como asociado a características de sufrimiento, muerte y miedo (Valdenegro, 1988). Se le consideró una enfermedad fatal cuyo diagnóstico implicaba una sentencia de muerte y que se expandía engendrando el terror psicológico en la población (Christ y Wiener, en De Vita, Hellman y Rosenberg 1986; Nájera, en Barbero, Conde, Gafo y Pérez, 1989). La enfermedad adquirió carácter de mortal y a quienes la padecían se les representó como enfermos terminales. De Vita, Hellman y Rosenberg afirmaron que “la transición de una persona joven, activa y vigorosa a un paciente arruinado por los síntomas, quizás moribundo, ocurre en sólo unas semanas o meses” (1986, p. 273). Todas estas construcciones sociales se basaban en la poca información con que la comunidad médica y mundial contaban en esos años.

Transcurridos 20 años, se han realizado múltiples investigaciones en el campo de lo biomédico y la medicina ha determinado que en un paciente sin tratamiento, el tiempo promedio que transcurre desde que se inicia la infección hasta el desarrollo del SIDA, es de 10 años. Si bien aún no es posible eliminar la infección en un paciente con tratamiento, sí lo es evitar su progresión manteniendo una buena calidad de vida en las personas afectadas, por lo que la enfermedad del SIDA es considerada en la actualidad como una enfermedad crónica (Sepúlveda, 1999).

Sin embargo, a pesar de los avances en el conocimiento y tratamiento de esta enfermedad, las representaciones sociales asignadas a la vivencia del VIH/SIDA en la actualidad no difieren mayormente de las existentes durante la década de los 80. En publicaciones e investigaciones recientes se continúa definiendo al VIH/SIDA como una enfermedad fatal y devastadora (Fuentes, Morales y Rabanales, 2003; Castro y Vásquez, 2003). Moreno y Schellman afirman que en el imaginario social el VIH/SIDA está asociado a la idea de irreversibilidad, “la no vuelta atrás, el proceso invasivo hacia la muerte. Una muerte tremendamente lenta y en soledad” (2002, p.33). También se puede apreciar esta representación en testimonios recogidos por Badilla y Covarrubias: “hablemos del SIDA que es un monstruo (...) a mi hijo lo haría que se protegiera por la lacra esa” (2002, p. 114).

Según Covarrubias y Rubio la persona que vive con VIH comienza a estar socialmente definida a partir de la presencia del virus en su organismo. Las características asociadas al SIDA se instalan como características pertenecientes a la persona que lo padece; desaparece el individuo con sus particularidades y en su lugar aparecen las representaciones sociales del SIDA, ya que las personas “en un corto plazo ven como *enemigos* a una persona o a un grupo o distintos grupos de personas, más que al virus propiamente tal” (Covarrubias y Rubio, 1991, p.54). Del mismo modo, Glenn Vernon (1970) explica que cuando una persona pone atención a un aspecto de otra o de algún fenómeno, selectivamente deja de lado otros aspectos, lo que en este caso hace que sobresalga el hecho de que a una persona que vive con el virus del SIDA se le estigmatice como *sidoso*. Esto se explica ya que “en la interacción social sobresale, en una misma persona estigmatizada, un rasgo que anula todos sus demás atributos” (Mardones, 1991).

La estigmatización de la persona que vive con VIH como un enfermo terminal aún se mantiene, e implica que su vida, en términos de la vivencia y la calidad de ésta, se perciba igualmente como terminal. Esto se ejemplifica en el siguiente testimonio, el cual corresponde al de una persona al momento de acercarse a un grupo de autoayuda para gente con VIH: “Anoté los días de reunión y a la vez siguiente fui. Fui pensando que me iba a encontrar con casi cadáveres o por lo

menos gente con muletas o en silla de ruedas. Y me enfrenté a un grupo de personas que en realidad estaban muy bien y que hasta inclusive tenían mucho humor” (Blanco y Giacosa, 1996, p. 42).

La presencia del virus en el individuo se ha significado socialmente como la finalización de las aspiraciones y propósitos de vida, por lo que las expectativas, planes y proyectos dejan de ser posibles: “todos sus planes se vienen abajo, estos pacientes pierden el puesto de trabajo o tienen que renunciar a sus estudios; en ocasiones pierden la familia, la pareja y los amigos más íntimos” (Suazo y Succo, 2002).

Es así como la vivencia del VIH se fue constituyendo socialmente como una experiencia marcada por la presencia de la enfermedad, donde el VIH se instalaría en la vida de la persona invadiendo los diferentes planos de su vida. De esta manera lo muestran Christ y Wiener al hacer referencia al VIH: “su aparición interfiere con todos los aspectos de la vida del paciente, da lugar a múltiples dificultades que producen un gran estrés” (en De Vita, Hellman y Rosenberg 1986, p.173). Según todo lo anterior, el VIH se ha constituido en el imaginario social como un obstáculo para continuar viviendo la vida más allá de las preocupaciones por la enfermedad.

2.2.2. Aspectos Psicosociales

Las representaciones sociales acerca del VIH/SIDA, es decir, el “conocimiento socialmente originado, utilizado y compartido para orientar las respuestas sociales ante el fenómeno de esta enfermedad” (Páez y col., 1991, en Arancibia y Pérez, 1993, p. 22), se han caracterizado por considerarlo como una enfermedad mortal y se la ha representado como una enfermedad temida y catastrófica.

En dichas representaciones sociales se refleja el miedo a la muerte -presente especialmente en las sociedades occidentales- y el rechazo hacia las personas

con conductas consideradas inmorales (como lo son las conductas sexuales y el consumo de drogas, descritos al describir los mecanismos de contagio).

El miedo que provoca el VIH/SIDA entre las personas ha sido descrito por diversos autores (Reyes y Trevisol, 2002; Mardones y Reyes, 1991; Tomasevic, 1988; Bartlett y Finkbeiner, 1996), los que refieren que éste se produce principalmente en respuesta al riesgo de contagio y al miedo a la muerte. El miedo al contagio se relaciona con el miedo al sufrimiento que refleja la representación del VIH/SIDA para las personas; es decir, miedo a tener que soportar los dolores de la enfermedad y la progresión física de ésta en el cuerpo, miedo con respecto al deterioro de la salud e incluso de la apariencia física. Por otro lado, el contagio involucra ser parte de un grupo social que se ve estigmatizado por el resto de la sociedad (homosexuales y drogadictos), lo que implica también el miedo a perder el prestigio social (Mardones, 1991).

En cuanto a la muerte, la actitud occidental ha sido de evitación, considerada como un tema tabú, lo que ha hecho que las personas no estén preparadas para enfrentarla y se sientan atemorizadas por este fenómeno desconocido con el que en la actualidad tienen muy poco contacto y aún más, rechazan (Kübler-Ross, 1975; Vernon, 1970). Es por esto que la representación del VIH/SIDA asociada directamente con la muerte y la agonía también provoca rechazo.

Por consiguiente, el miedo de la sociedad ante las personas que viven con VIH/SIDA y ante las representaciones que se han creado con respecto a su vivencia, es el que ha permitido que, a pesar de los conocimientos médicos actuales, los estereotipos se hayan mantenido. Estas representaciones sociales provocan el alejamiento de gran parte de la sociedad con respecto a las personas que viven con VIH, como medida de protección contra el contagio y contra la posibilidad de experimentar la misma vivencia (Biederman, 1995; Mardones, 1991).

En el ambiente laboral también es posible identificar cómo la construcción social del VIH/SIDA introduce elementos de rechazo hacia las PVVIH, reflejados en que muchos son despedidos de sus cargos, obligados a tomar vacaciones o cambiados de puesto, lo que provoca una gran vulnerabilidad ya que sus medios

de subsistencia económica se ven amenazados. El descubrimiento o sospecha de la posible orientación homosexual del trabajador también podría provocar despidos o malos tratos dentro del lugar de trabajo en función de la asociación directa del VIH/SIDA con la condición de homosexual o drogadicto (Vidal, 2002).

Elisabeth Kübler Ross (1975) describe un fenómeno que se presenta en los trabajadores de la salud. Explica que éstos perciben que un paciente cuya enfermedad no puede ser curada (especialmente, como uno que se encuentre en la etapa de SIDA) representa un fracaso para su profesión, debiendo enfrentarse a la frustración y el dolor de no poder sanar a los pacientes, a sus propios temores hacia el VIH/SIDA y a sus prejuicios ante los grupos de riesgo (Miller y Green, 1986; Tomasevic, 1988). Según Tomasevic, esto provoca que el trato a estos pacientes pueda ser diferenciado, ya que son vistos como culpables, por un lado por tener una enfermedad que no permite que el cuerpo médico cumpla con sus funciones de curación y por otro, por la responsabilidad que le cabe al paciente en su contagio.

El mismo hecho de requerir de mayores cuidados que un enfermo no terminal, provoca que algunos médicos con experiencia en el tratamiento de pacientes con SIDA señalen que se sienten a menudo abrumados por el intenso cuidado físico y emocional que requieren estos pacientes, factor que sin duda influye en el trato hacia ellos (Tomasevic, 1988). Por otra parte, los trabajadores de la salud, a pesar que están en contacto constante con la muerte, también comparten el temor cultural relacionado con ella; lo que muchas veces impacta a la atención brindada, que se traduce en una actitud de rechazo y negación hacia los pacientes que viven con un virus para el que no hay una cura definitiva (Mardones, 1991).

Ejemplos de testimonios entregados por los mismos pacientes que viven con VIH/SIDA acerca de sus experiencias en los servicios de salud muestran que sienten la diferencia de trato en cuanto al acceso a tratamientos antirretrovirales, a la asignación de fármacos y en general, a la atención que reciben en los servicios de salud (Vidal, 2002). Muchas veces los pacientes que viven con VIH/SIDA pasan la mayor parte del tiempo en los recintos hospitalarios, rodeados de personal de la

salud, más que con sus familiares y amigos, lo que le da una importancia fundamental al trato que ahí reciba con respecto a su vivencia de la enfermedad.

Kübler-Ross (1975) explica que las personas cercanas al paciente experimentan un alto grado de estrés por la enfermedad de su ser querido, por lo que sus reacciones suelen ser de tanto dolor como las del enfermo mismo, derivando en un alejamiento y a una falta de atención con respecto a los cuidados físicos que el paciente requiere, que responden al sufrimiento que provoca enfrentarse a esta situación (De Vita et al., 1986; Kastenbaum, 1986). El hecho de que muchas de las personas que conforman el círculo familiar de la PVVIH opten por alejarse y/o rechazar al enfermo puede estar relacionado con la pena y el sufrimiento de que su pariente esté contagiado de una enfermedad que lo llevará a la muerte (Kübler-Ross, 1975). Por otro lado, el sufrimiento puede estar relacionado con la necesidad de reconocer una posible homosexualidad o drogadicción en su ser querido, conductas que frecuentemente han sido ocultadas o rechazadas por ser culturalmente consideradas inmorales (De Vita et al., 1986; Valdenegro, 1988). Debido a las representaciones del VIH/SIDA, sucede en muchas familias que la PVVIH es marginada de las actividades familiares, debe utilizar sus propios utensilios de comida e incluso abandonar el hogar, dejar de ver a sus seres queridos y volver a crear lazos sociales y de cariño con nuevas personas. Otras veces sucede que la propia familia margina a la PVVIH de la vida social por vergüenza a que los demás se enteren de la situación virológica de su pariente (Vidal, 2002).

Así como la familia se aleja, los amigos también lo hacen y así se produce un alejamiento de las redes sociales y de la familia. Esto presenta una gran desventaja para las PVVIH, ya que dichas redes juegan un rol primordial en el apoyo emocional hacia el enfermo y en la forma en que logre vivenciar su enfermedad (Mehre, 1998).

Las actitudes de la sociedad, derivadas de sus propias representaciones sociales, son esenciales en la vivencia de las PVVIH. Dichas actitudes son las que determinarían un sufrimiento en la vivencia del enfermo que no es provocado por la enfermedad sino por el alejamiento de la sociedad.

2.2.3. Vivencia Personal del Sujeto

Habiendo ya revisado las problemáticas sociales del VIH/SIDA, a continuación se revisarán los aspectos relacionados con la experiencia personal de las PVVIH. A este respecto, ellas han manifestado sentir más que miedo a la muerte, miedo al proceso de agonía y a los sufrimientos que específicamente se producen en la etapa SIDA; manifestando que es una idea que angustia y desarma (Mittag, 1996; Reyes y Trevisiol, 2002).

Desde el momento de la notificación comienzan los temores de las PVVIH, los que reflejan la influencia que las representaciones sociales de la vivencia del SIDA ejercen sobre ellas, ya que como miembros de la sociedad comparten sus creencias y sus preconcepciones, hecho que les lleva a tener miedo de su eventual vivencia.

También sucede que las PVVIH, en respuesta a su propia inseguridad, anticipan la actitud de rechazo por parte de los demás, lo que contribuiría a su alejamiento. Esto muchas veces los lleva a aislarse de la sociedad y establecer relaciones con personas de su misma condición, de manera de evitar los tratos diferenciados (Mardones, 1991).

Al mismo tiempo, la PVVIH siente vergüenza de su condición, se siente inferior, por lo que se estimula un sentimiento crónico de gran inseguridad, cuyas consecuencias principales son la ansiedad y la angustia (Mardones, 1991). Éstas influyen en muchos de los efectos psicológicos que la enfermedad provoca en las personas, los que se refieren a desórdenes del sueño, despersonalización, miedo y ansiedad de no poder cuidarse a sí mismos, de verse desfigurados, de la muerte, del abandono, de infectar a otros.

Otros sentimientos asociados a la vivencia de la enfermedad son la angustia ante la incertidumbre de la progresión de la enfermedad y la frustración ante la inseguridad en los tratamientos, ante la imposibilidad de cambiar sus circunstancias; culpa por ser homosexual o drogadicto, por haber contagiado a alguien; depresión por el deterioro físico, por no poder hacer nada contra la enfermedad, por el rechazo social y sexual (Miller y Green, 1986).

Por otro lado, también es posible identificar trastornos psiquiátricos relacionados con la condición de PVVIH, entre los que se ha identificado con mayor frecuencia el trastorno de adaptación, que puede cursar con síntomas depresivos, ansiosos o ambos, caracterizados por actitudes desadaptativas que impiden su funcionamiento social. También se han identificado episodios depresivos mayores con alteraciones del sueño, retardo psicomotor, tendencia al aislamiento, disminución del deseo sexual, indecisión y olvidos; sin embargo, el diagnóstico diferencial en este caso es el compromiso del SNC en la etapa SIDA. También aparecen en esta etapa síndromes orgánicos cerebrales como el delirio agudo, síndrome orgánico de personalidad y demencia (Miller y Green, 1986; Alvarez, Godoy y Montiel, 1988).

En general, la persona pasa por variados estados emocionales descritos por diversos clínicos que tratan con estos pacientes, siendo uno de ellos la psiquiatra Elisabeth Kübler-Ross, quien propone cinco etapas de duelo que pueden experimentar los enfermos terminales en general, las que pueden presentarse en diferente orden o simultáneamente unas con otras (1978 y 1997; Mehre, 1998).

1. *Etapa de negación y aislamiento*: el paciente no logra creer que haya contraído una enfermedad terminal y experimenta ansiedad y miedo, intentando aislarse del resto de las personas. Esta negación “funciona como amortiguador, como mecanismo de defensa ante la magnitud de la noticia” (Olive, 1994, en Mehre, 1998, p.3) que le permite a la persona un tiempo para darse cuenta de la situación en la que se encuentra y poder más adelante, movilizar defensas menos radicales (Kübler-Ross, 1978).
2. *Etapa de ira*: el sujeto se vuelve irritable y hostil por el sentimiento de impotencia de estar infectado mortalmente. Esta etapa aparece cuando el paciente ya no puede sostener su negación por más tiempo y comienza a aceptar su enfermedad. La persona expresa su rabia y agresividad hacia los que lo rodean, lo que muchas veces provoca el alejamiento de sus visitas, ya que “pocas personas se ponen en la posición del paciente y se

cuestionan de donde vendrá este enojo” (Kübler-Ross, 1978, p. 45) y tienden a considerar la agresividad del paciente como algo personal. Así, la respuesta de los familiares se torna igualmente agresiva, lo que aumenta el enojo del paciente. Sin embargo, es posible disminuir esta ira por medio de la atención, el respeto y el entendimiento hacia el enfermo, lo que le hará sentir que es un ser humano valioso y querido (Ibíd.).

3. *Etapa de Pacto*: el paciente intenta demorar los efectos por medio de pactos con Dios o con su médico. Pueden existir sentimientos de culpa y creer que lo que le pasa es un castigo, por lo que son comunes las promesas y compromisos para lograr lo que se espera, realizando por ejemplo, los deberes antes pospuestos con la Iglesia. Aunque se presenta por períodos cortos de tiempo, es una etapa de gran utilidad para el paciente, ya que le permite sentir la esperanza de una posible sanación o alargamiento de la vida.
4. *Etapa de Depresión*: el paciente ha llegado a una etapa en la cual ya no puede seguir negando su condición y surgen sentimientos de pena, desesperanza y retraimiento. Es la etapa que surge cuando el paciente ya se encuentra débil y aparecen los síntomas de su enfermedad. La pérdida del trabajo y los gastos que provocan las enfermedades en general también contribuyen a los sentimientos depresivos. Estos factores provocan lo que Kübler-Ross (1978) denomina la depresión reactiva. Sin embargo, también habla de la depresión preparatoria, que tiene que ver con las pérdidas a futuro, lo que la persona no podrá disfrutar debido a su enfermedad. En este caso, el dolor debe ser expresado por el enfermo, ya que facilitaría la preparación para la aceptación final de la enfermedad y muerte.

5. Etapa de *Aceptación*: el paciente experimenta paz con respecto al hecho inminente de su muerte al haber vivido las etapas anteriores, habiendo expresado sus miedos y enojos con respecto a su situación. A esto se suma la alta probabilidad de estar débil y cansado en esta etapa, por lo que se convierte en un momento de espera silenciosa, de aceptación y no más lucha. El paciente no muestra interés por los problemas del mundo exterior y sólo quiere descansar y estar con pocas personas. Tiende a comunicarse cada vez menos y de manera no verbal. No es una etapa de felicidad, pero sí de tranquilidad, paz y resignación, lo que refleja la dignidad del que ha resuelto sus preocupaciones.

La misma Kübler-Ross, reveló que factores primordiales para la adaptación del sujeto a su nuevo diagnóstico y al estrés que éste le provoca, es la mantención de esperanza dentro de los rangos de gravedad de la enfermedad, además de un nivel bajo de desagrado ante la situación, es decir, capacidad de aceptación de situaciones negativas, el contacto previo con personas cercanas a la muerte, la orientación religiosa, la cercanía e interés de las personas queridas y el grado de educación. Todo esto serviría a las personas a sentir que lo que están viviendo cumple con algún objetivo que les sirva de motivación para ir pasando por las etapas anteriormente descritas, de manera de aprender a aprovechar el tiempo que resta de vida y hacer algo productivo; de utilizar una última oportunidad de crecer y realizarse como persona (Kübler-Ross, 1974).

Por otro lado, Stuart Nichols en el año 1985 (en Tomasevic, 1988; Mardones, 1991) elaboró "Impacto Psicológico del SIDA: Modelo de Distrés Situacional", estudio en el cual describió las diferentes reacciones por las que pueden pasar las PVVIH, considerando variaciones dependientes de sus características de personalidad y experiencias previas con otras enfermedades graves o si el resultado positivo del test es esperado o no por la persona.

De manera de complementar las etapas propuestas por Kübler-Ross, a continuación se describen las etapas del Modelo de Distrés Situacional de Nichols:

1. *Estado de Crisis*: el paciente muestra gran tensión y se encuentra en un estado de negación y culpa.
2. *Estado Transicional*: la persona requiere de cambios y de un reordenamiento de la vida y de sus relaciones personales. Siente angustia, ansiedad, depresión y culpa. Presenta un desarraigo social y a veces, alejamiento de las personas cercanas.
3. *Estado de Déficit/aceptación*: el paciente reconoce sus limitaciones físicas y comienza a adaptarse a su situación. Hay un nuevo sentido del yo y a menudo crece el interés por actividades altruistas.
4. *Estado de Preparación para la Muerte*: se aprecia el miedo a la dependencia y la necesidad de apoyo en la definición de asuntos pendientes.

Al comparar las propuestas de ambos autores se observa que existen características descritas en las etapas de Nichols que no se encuentran en el modelo de Kübler-Ross. Esta última autora desarrolló su trabajo con pacientes que se encontraban a punto de morir, lo cual podría explicar que sus etapas se encuentren orientadas hacia el *buen morir* en tranquilidad y paz. Esto se ve reflejado en la descripción que Kübler-Ross hace de la vivencia de la enfermedad desde el estado de depresión hasta el de aceptación y preparación para la muerte, sin mencionar en ninguna de las etapas que la tranquilidad lograda por el enfermo le facilitará no sólo el buen morir sino también el buen vivir. Por el contrario, Nichols al referirse a personas que viven con VIH sí señala este aspecto. Se refiere a la necesidad de cambios, sostiene que existe la necesidad de un reordenamiento personal y que luego de esto, en lugar de prepararse para la muerte, la persona se orienta hacia actividades altruistas y hacia un nuevo sentido del yo. Como lo expresa Margarita Reyes, “los pacientes que encuentran un nuevo

sentido a su vida tienen un mejor ajuste psicosocial y parecen prolongar sus años de vida” (1996, p. 6).

Esta fase tiene relación con la teoría propuesta por Frankl, en la cual sostiene que el ser humano intrínsecamente busca el sentido; y la presencia de una enfermedad incurable en su vida es uno de los factores determinantes para contactarse con su propio deseo de sentido y movilizarse hacia un objetivo.

2.2.4. La Búsqueda de Sentido

Víctor Frankl entiende al ser humano como un ser espiritual y plantea que como tal, su orientación primera se encuentra dirigida hacia la búsqueda de un sentido de vida. El autor sostiene que el ser humano se encuentra intrínsecamente orientado al encuentro y realización de un sentido para su vida, lo que constituye la esencia de la existencia humana. En la medida que el hombre encuentra un fundamento para vivir y se orienta hacia éste, puede llegar a lograr la autorrealización y como efecto concomitante, la felicidad. Como plantea Frankl “lo que el ser humano quiere realmente no es la felicidad en sí, sino un *fundamento* para ser feliz” (Frankl, 1992, p. 254). Este fundamento es lo que constituye el sentido que Frankl propone.

Frankl considera su propuesta como una teoría motivacional y plantea que existe una necesidad primordial en el individuo llamada *deseo de sentido* que lo orienta primariamente a la búsqueda de un fundamento para su vida. Frankl entiende este concepto como un principio originario, ya que sostiene que el deseo de sentido es una motivación *sui generis* y como tal, no se reduce a otra motivación ni puede derivarse de ella. Según esto, el deseo de sentido se constituye como el objetivo y móvil de la acción: “el deseo de sentido es la motivación primaria, base de la conducta humana” (Frankl, 1994, p. 59). En virtud de su deseo de sentido el hombre busca concretamente tareas cargadas de fundamento, es decir, se orienta a una meta u objetivo determinado y realiza acciones en ese respecto.

El autor afirma que al existir deseo de sentido, es la conciencia la que guía al hombre en esta búsqueda, constituyéndose como un *órgano de sentido* que “se puede definir como la facultad de intuir el sentido único y peculiar que late en cada situación” (Frankl, 1994, p. 19).

Existen diferentes vías que permiten al ser humano conectarse con su deseo de sentido. Una de ellas es la experiencia de una enfermedad que atente contra la vida. Afirma que el padecer una enfermedad sin cura sitúa a la persona en una situación desesperada, ante un destino que no está en sus manos. Frente a esta situación, el sufrimiento y dolor que experimente le capacitará para dominar la enfermedad desde dentro, transportando al individuo del plano de lo fáctico –la enfermedad- al plano existencial –el sentido- (1992).

Frankl entiende la enfermedad como una oportunidad y sostiene que “la enfermedad me es dada como una tarea: me encuentro con la responsabilidad de lo que voy a hacer con ella” (Frankl, 1994, p. 254). Afirma que poseer una enfermedad de características terminales corresponde a una de las circunstancias de las cuales se puede *extraer* sentido. En términos concretos, esto se ve reflejado en la persona en tanto ésta se orienta a un objetivo determinado. Al encontrar un sentido, la persona es capaz de determinar un propósito según el cual definir su conducta, es decir, el sentido le permite distinguir un objetivo que guíe sus acciones.

Según esto, Frankl concibe la enfermedad como una situación de la vida en que, lejos de verse enfrentada a un designio fatal, la persona tiene la oportunidad de movilizarse en pos de encontrar un sentido a su vida, lo que le permite ubicar la propia existencia en un plano superior de consciencia y autorrealización.

2.3. DOMINIOS DE CO-EXISTENCIA

Para revisar el concepto de dominios de co-existencia se comenzará por enmarcarlo epistemológica y ontológicamente dentro de la Biología del Conocimiento, teoría creada por Humberto Maturana a fines de la década de los 80 que orientará la presente investigación. La parte de la teoría que concierne a la investigación permite posicionar al observador en la configuración de su realidad, eligiendo uno de los dos caminos ontológicos que él propone³, desde donde es posible explicar sus conceptos. Luego se revisará el concepto de Lenguaje como pilar fundamental para poder asentar finalmente el concepto de Dominios de Co-existencia. Tal concepto se abordará primero desde su aproximación conceptual, para luego desarrollar su aplicación práctica en la situación de entrevista relacionada con el motivo de consulta.

2.3.1. El Observador y el Observar: Mirada Epistemológica

Para poder entender el concepto de Dominios de Co-existencia acuñado por Humberto Maturana, primero se hace necesario contextualizarlo epistemológicamente dentro de la biología del conocer, para lo cual se comenzará desde la perspectiva de quién conoce, es decir, desde el observador.

Maturana propone que tanto el observador como el observar no necesitan ser explicados, ya que el observador constituye una condición inicial constitutiva a priori en el momento de reflexionar, explicar o conversar. Representa la instancia primaria de experiencia, es decir, el observador configura la experiencia al encontrarse observando, conversando o actuando y cualquier explicación o descripción de lo que haga es secundaria a la experiencia de encontrarse a sí mismo en el hacer. A partir de esto Maturana sostiene que “el observador surge en la praxis del vivir en el lenguaje y él o ella se encuentra a sí mismo o a sí misma

³ Se explicarán en el acápite “Dominios Ontológicos Explicativos”

en la experiencia de ocurrir como un hecho, anterior a cualquier reflexión o explicación” (Maturana, 1997, p. 39).

Lo que sí puede ser descrito son las explicaciones que el observador efectúa para entender la realidad y que constituyen un dominio ontológico primordial a la hora de reflexionar acerca del conocer y acerca de la realidad sobre la cual este observador opera. En este contexto, “la realidad no es una experiencia, es un argumento en una explicación” (Ibíd., p. 40).

2.3.2. Dominios Ontológicos Explicativos

Desde esta perspectiva, la realidad surge como una proposición explicativa de nuestra experiencia, donde esta última se define según el criterio de validación que el observador utilice para aceptar tal proposición explicativa. Este criterio se sustenta en dos caminos explicativos básicos entendidos como dominios ontológicos fundamentales:

El *dominio de ontologías trascendentales* se basa en explicaciones validadas por referencias a entidades que el observador asume que existen independientemente de lo que él haga: “materia, energía, Dios, naturaleza, mente, conciencia..., pueden ser tales entidades” (Maturana, 1997, p. 26) y pueden existir tantas entidades como observadores validándolas. En este dominio existe una realidad objetiva que se puede señalar y analizar con independencia del observador. Maturana llama *objetividad sin paréntesis* a este camino explicativo.

Por otra parte, en el *dominio de ontologías constitutivas* o de la *objetividad entre paréntesis*, el observador acepta que la realidad es lo que él mismo hace al validar sus explicaciones acerca de su experiencia, según el criterio de aceptación que él mismo aplica. Dentro de este camino explicativo, un observador no tiene base operacional para afirmar la existencia de objetos, entidades o relaciones como si ellas existieran con independencia de él, sino que “la existencia es constituida con lo que el observador hace, y el observador trae a la mano los objetos que él o ella distingue con sus operaciones de distinción” (Ibíd., p. 24). Es

decir, “al poner la objetividad entre paréntesis nos damos cuenta que lo real está especificado por una operación de distinción y que existen tantos dominios de realidad como tipos de operación de distinción” (Maturana, 1995, p. 165).

Al hacer esto “él o ella trae a la mano varios dominios diferentes de realidad como varios dominios diferentes de entidades que están constituidos en su explicar” (Maturana, 1997, p. 41). Aún cuando todos los dominios de realidad son diferentes en términos de las explicaciones de cada observador, todos son igualmente legítimos ya que surgen de la misma forma al ser generados por el observador a través de la aplicación de operaciones de distinción.

Es en este último camino explicativo, el de la objetividad entre paréntesis, donde se enmarca la teoría de Humberto Maturana y donde se encuentra el concepto de dominio de co-existencia que se utilizará en esta investigación. Para explicar este concepto, el autor recurre a la experiencia del lenguaje en tanto pilar fundamental de la constitución del ser humano.

2.3.3. Lenguaje

A pesar de lo contrapuesto de los dos caminos explicativos mencionados anteriormente, por lo general en la vida cotidiana el observador se mueve de uno a otro dependiendo de la manera como argumente para validar sus explicaciones. Esto dependerá de su flujo emocional: “si un observador opera en un dominio de explicaciones o en otro, depende de su emoción de aceptación para la premisa básica que constituye el dominio en el cual él o ella opera” (Ibíd., p.29).

Al mismo tiempo, cada dominio de explicaciones constituye un dominio de acciones. Por ende, será esta misma emoción la que a su vez determine el dominio de acciones que dicho dominio explicativo especifique.

Por tanto, la emoción presente en el observador especificará un determinado dominio de explicaciones y a su vez, según estas explicaciones, el observador realizará determinadas acciones. Es decir, es la emoción la que determina el dominio de acciones y como afirma Maturana, “cuando hablamos de emociones

hacemos referencia al dominio de acciones en que un ser humano se mueve (...) por esto digo que lo que connotamos cuando hablamos de emociones son distintos dominios de acciones posibles en las personas” (Maturana, 1989, p. 23).

Como consecuencia de esto, el vivir humano se da en un continuo entrelazamiento de emociones y coordinaciones de acciones, definido por el autor como *conversar*. Él explica esta *conversación* como “un flujo de coordinaciones de acciones y emociones que nosotros, observadores, distinguimos como ocurriendo entre seres humanos que interactúan recurrentemente en el lenguaje” (Ibíd., p. 60).

De este modo, de acuerdo al flujo de su emocionar, las personas van viviendo y creando su realidad a través de las explicaciones que se revelan en las conversaciones que establecen: “es nuestra emotividad lo que determina cómo nos movemos en nuestras conversaciones. Al mismo tiempo, debido al trenzado consensual de nuestro emocionar con nuestro lenguaje, nuestras conversaciones determinan el flujo de nuestro emocionar” (Maturana, 1997, p. 58).

El lenguaje según Maturana, es constitutivo del ser humano y éste, como sistema viviente, acontece en el lenguaje. Así, “aún para referirnos a nosotros mismos como entidades no lenguajeantes, debemos estar en el lenguaje. De hecho, la operación de referencia existe sólo en el lenguaje y estar fuera de éste es, para nosotros como observadores, sin sentido” (Maturana, 1997, p. 48).

El ser humano por tanto, existe como tal en el lenguaje. En este sentido, Maturana afirma que “estamos inmersos en un vivir que nos sucede en el lenguaje, en la experiencia de ser observadores en el lenguaje” (Maturana, 1990 p. 43). En este marco, el lenguaje no se define como un sistema simbólico de comunicación como se podría entender corrientemente, sino que para Maturana tiene que ver con “coordinaciones de acción, pero no con cualquier coordinación de acción, sino con coordinaciones de acciones consensuales”, es decir, se reconoce que dos personas conversan cuando el curso de sus interacciones se constituye en un fluir de coordinaciones de acciones consensuadas.

Resulta por tanto, que el ser humano se constituiría como tal en el entrecruzamiento de muchas conversaciones, las cuales configuran diversos dominios de co-existencia en que el ser humano opera.

2.3.4. Dominios de Co-existencia

En el lenguajear⁴ el individuo establece diversas redes de conversaciones acerca de diversas temáticas, las cuales refieren diferentes dimensiones de relación en las que el individuo interactúa con otros individuos en distintos ámbitos. Estas dimensiones en las que co-existe con otros individuos describen los diferentes *dominios de co-existencia*, los que se entienden como ámbitos del operar de un individuo y a los cuales éste se refiere en la conversación (Maturana, 1997).

Los dominios de co-existencia se definen en el espacio de interacciones dentro del dominio conversacional, vale decir, se distinguen en la conversación al referirse a un ámbito determinado del mundo de interacciones del individuo.

De esta manera, la realidad que el ser humano construye en la conversación acerca de los diferentes ámbitos en que interactúa -sus diferentes dominios de co-existencia- no cuenta con una coherencia en el espacio físico, sino que tiene relación con su dinámica de interacciones. Por ejemplo, el dominio de co-existencia laboral de un individuo no se encuentra en su lugar de trabajo, ni en el accionar de su trabajo, sino que tiene que ver con las conversaciones que este individuo establece acerca de su situación laboral.

Para Maturana, el ser humano existe en el lenguaje al configurarse a sí mismo en la conversación. Frente a esto, afirma que “la identidad de cada ser humano como miembro de una red particular de conversaciones, se constituye en la medida que se realiza en su participación en esa red, entonces cada ser humano existe en el flujo de su vivir como una configuración particular de

⁴ “Lenguajear: neologismo que hace referencia al acto de estar en el lenguaje sin asociar tal acto al habla, como sería con la palabra hablar” (Maturana, 1995, p.87).

identidades que se intersectan en su corporalidad” (Maturana, 1997, p. 96). Para el autor por tanto, el *yo* se constituiría como la corporalidad que realiza la intersección de las diferentes identidades que configuran las redes de conversación en que el individuo participa. De esta forma, según el ámbito en que el individuo opere, se pueden distinguir distintos aspectos de su identidad. Maturana sostiene que “esto se nota en la vida diaria en las diferentes identidades que adoptamos en diferentes circunstancias” (Ibíd., p. 97).

A estas diferentes circunstancias es que hacen alusión los dominios de co-existencia al entenderlos como ámbitos del operar del individuo. Por lo tanto, según el dominio de co-existencia en que el individuo se encuentre al participar de una conversación, desplegará una identidad particular asociada a tal dominio de co-existencia. Vale decir, los dominios de co-existencia constituyen diferentes ámbitos en que el individuo se desenvuelve, por lo que es posible mirar al individuo desde diferentes dimensiones según el dominio de co-existencia en que se encuentre.

Sin embargo, a pesar de que los dominios de co-existencia constituyen dimensiones diferentes, se encuentran interrelacionados, ya que existiría una “interdependencia recíproca de todos los dominios de co-existencia en los cuales participamos (...) [Esto] es más evidente en nuestra vida diaria, en el hecho que mientras cambiamos nuestra conducta en un dominio de co-existencia a través de un cambio emocional, nos encontramos también cambiando nuestra conducta en otros” (Ibíd., p. 98).

Según esto, el individuo desplegaría una identidad particular según la red de conversaciones en la que participe y ya que en cada red de conversaciones se especifica un determinado dominio de co-existencia, éstos permitirían describir al individuo desde diferentes dimensiones de su operar.

2.3.5. Dominios de Co-existencia y Motivo de Consulta

La situación de entrevista psicológica es una instancia compuesta por diferentes conversaciones entre el terapeuta y el paciente. Es en esta conversación donde el paciente revela la conflictiva que en definitiva lo llevó a consultar, la cual luego de un procedimiento determinado por el terapeuta se constituye en el motivo de consulta. El motivo de consulta contiene por tanto la principal problemática que el paciente presenta al momento de la entrevista psicológica. Esta problemática se encuentra en algún área de la vida del paciente, y como se despliega en la conversación, esta área es llamada dominio de co-existencia.

En la Unidad de Salud Mental de la Fundación Arriarán, el trabajo terapéutico con los pacientes de la muestra se realizó en base al paradigma sistémico constructivista centrado en narrativas, por lo que el motivo de consulta no es establecido solamente por el terapeuta, sino también se incluye en esta construcción al paciente, es decir, el motivo de consulta se *co-construye* entre ambos. Según esto, el motivo de consulta es el resultado de un acuerdo entre terapeuta y paciente acerca de la conflictiva que este último presenta. Se establece un motivo de consulta co-construido debido a que la visión constructivista cuestiona la noción de un mundo compuesto por propiedades estables que existen con independencia del observador, por tanto, la co-construcción del motivo de consulta no es posible sin la inclusión del paciente y del terapeuta ya que ambos forman parte del sistema terapéutico donde se provoca el cambio de significación de las vivencias.

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GENERAL:

- Determinar a qué dominio(s) de co-existencia corresponden los motivos de consulta psicológica de pacientes varones que viven con VIH, atendidos en la Fundación Arriarán durante el año 2003.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Determinar si en los motivos de consulta de los sujetos de la muestra existen dominios de co-existencia que no estén relacionados con el VIH.
- Describir la frecuencia de aparición de los dominios de co-existencia a determinar, correspondientes a las temáticas de los motivos de consulta co-construidos de los pacientes.
- Describir la frecuencia de aparición de los dominios de co-existencia según las variables de estratificación de la muestra.

4. METODOLOGÍA

4.1. DEFINICIÓN DE VARIABLES

4.1.1. Variable en Estudio:

Debido a que la presente investigación intenta estudiar las temáticas que se vinculan con los motivos de consulta de 55 pacientes varones atendidos en la Unidad de Salud mental de la Fundación Arriarán durante el año 2003, la variable en estudio emergerá del análisis de dichos motivos. De este modo, la variable emergente corresponderá a los dominios de co-existencia que se determinen, los que se mencionarán en detalle en el acápite "resultados".

4.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

La población utilizada para la investigación fue extraída de la Unidad de Salud Mental de la Fundación Arriarán, dependiente del Hospital San Borja Arriarán, ubicado en la comuna de Santiago, en la misma ciudad. La población fue constituida por 89 pacientes que viven con VIH, con edades que fluctúan entre los 15 y 63 años y que asistieron a dicha Unidad durante el período comprendido entre enero y diciembre de 2003.

La muestra extraída es de tipo no probabilística y de carácter intencionado, ya que los casos se escogieron con la condición de que todos los sujetos hayan consultado a la Unidad de Salud Mental de la Fundación Arriarán durante el período comprendido entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2003, que vivan con VIH y que hayan construido un motivo de consulta con su terapeuta.

De este modo se descartaron 29 fichas en las que no se consignaba un motivo de consulta, por lo que no era posible identificar el ámbito de las problemáticas de dichos sujetos, lo cual generaba la imposibilidad de reconocer el indicador de la variable en estudio. También se excluyó del análisis las únicas 5

fichas correspondientes a pacientes mujeres, ya que no permitían una revisión exhaustiva del fenómeno a evaluar, ni trabajar de forma apropiada las variables de estratificación debido a que el tamaño de dicha muestra (sólo 5 sujetos) limita el alcance de las conclusiones.

Finalmente, la muestra de la investigación se compuso de 55 sujetos varones viviendo con VIH, con edades entre los 15 y 54 años y que asistieron a la Unidad de Salud Mental de la Fundación Arriarán durante el período comprendido entre el 1 de enero y el 31 de diciembre 2003.

La unidad de análisis de esta investigación corresponde a cada uno de los sujetos evaluados.

4.2.1. Variables de Estratificación de la Muestra:

Con el objeto de realizar un análisis detallado de los dominios de co-existencia, las características de la muestra se constituirán como *variables de estratificación de la muestra*, cuya influencia en los resultados se desea observar. En la presente investigación éstas corresponden a:

- **Edad:** tiempo transcurrido desde el momento del nacimiento del paciente hasta la entrevista psicológica. La clasificación que CONASIDA (2001) propone para el criterio de edad se compone de las siguientes categorías: jóvenes (entre 15 y 24 años); adultos-jóvenes (entre 25 y 34 años); adultos (de 35 a 64 años) y adultos mayores (de 65 años y más). Debido a que la mayor tendencia de infección del virus se encuentra actualmente en los jóvenes, CONASIDA ha establecido esta clasificación con el propósito de vigilar dicha tendencia.

Los sujetos de la muestra no superan los 54 años, por lo que se eliminó la última categoría. Además, la categoría “adultos” alcanzó una frecuencia notoriamente más alta que las demás categorías (70,9% del total de los casos), por lo que fue separada en dos: “adultos” (entre 35 y 44 años) y “adultos-medios”

(45 años o más), para obtener una descripción más profunda de la población. Por lo tanto, para efectos de esta investigación, se definieron las siguientes categorías:

- ♦ Jóvenes: entre 15 y 24 años
 - ♦ Adultos-Jóvenes: entre 25 y 34 años
 - ♦ Adultos: entre 35 y 44 años
 - ♦ Adultos-Medios: 45 años o más
-
- Estudios: nivel académico del paciente, considerando el último curso aprobado en alguna instancia educativa autorizada por el Ministerio de Educación, no existiendo la necesidad de finalizar la totalidad de tal instancia. Las categorías definidas para efectos de esta investigación son:
 - ♦ EB: sujetos que han cursado Educación Básica
 - ♦ EM: sujetos que han cursado Educación Media
 - ♦ ET: sujetos que han cursado Educación Técnica
 - ♦ EP: sujetos que han cursado Educación Profesional

 - Ocupación: situación laboral del paciente, referida a si el paciente se encuentra con o sin trabajo remunerado. Esta situación se definió según dos categorías para efectos de esta investigación:
 - ♦ CO: con trabajo remunerado
 - ♦ SO: sin trabajo remunerado

 - Orientación Sexual: percepción del paciente, referida en el momento de la entrevista psicológica, respecto a su orientación sexual, según la cual se han definido tres categorías:
 - ♦ HE: Heterosexual, cuyas preferencias sexuales se refieren al sexo opuesto.
 - ♦ HO: Homosexual, cuyas preferencias sexuales se refieren a su mismo sexo.
 - ♦ BI: Bisexual, cuyas preferencias sexuales se refieren a ambos sexos.

- Pareja: reporte del paciente con respecto a poseer o no una relación sentimental en el momento de la entrevista psicológica, para lo que se han definido dos categorías:
 - ♦ CP: Con pareja
 - ♦ SP: Sin pareja

- Tiempo de Notificación: período transcurrido desde el momento de la notificación del VIH hasta la entrevista psicológica. Según el tiempo transcurrido, se utilizaron las siguientes categorías:
 - ♦ I: desde 0 hasta 6 meses de notificación
 - ♦ II: desde 6 meses y 1 día hasta 1 año de notificación
 - ♦ III: desde 1 año y 1 día o más tiempo de notificación

- Etapa del VIH: nivel de desarrollo de la infección por VIH, determinada según reporte del paciente. Las etapas del desarrollo de la enfermedad se definen en las siguientes categorías:
 - ♦ Etapa A: Etapa asintomática de la enfermedad.
 - ♦ Etapa B: Aparición de enfermedades oportunistas.
 - ♦ Etapa C: Alteración funcional severa del sistema inmunológico: múltiples enfermedades oportunistas.

4.3. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

En ciencias sociales, los estudios de VIH se han desarrollado en su gran mayoría orientados al control de la pandemia a través de la prevención del contagio. En cuanto a los aspectos psicológicos, se han realizado investigaciones en psiconeuroinmunología. Si bien existen estudios acerca de la vivencia de las PVVIH, éstos se han enfocado hacia los efectos de la discriminación y hacia la promoción de sus derechos. Sin embargo, las áreas de las conflictivas psicológicas de la PVVIH son un tema o problema de investigación poco estudiado, por lo que el presente estudio se constituye como *exploratorio* (Hernández, Fernández y Baptista, 2000).

Además, la presente investigación permitirá familiarizarse con fenómenos relativamente desconocidos, como lo es el estudio de la vivencia de personas con VIH, a través del análisis de sus conflictivas psicológicas asociadas a dominios de co-existencia.

Por otra parte, esta investigación es de tipo *descriptivo*, ya que busca especificar las propiedades importantes de personas que viven con VIH, intentando medirlas de manera más bien independiente ya que el objetivo no es indicar cómo se relacionan las variables sino medir con la mayor precisión posible (Ibíd.).

Por lo tanto, la investigación realizada es de tipo exploratorio-descriptivo. El diseño de investigación es propio de un estudio no experimental o ex-post facto, ya que no se realiza una manipulación intencionada de la variable escogida para trabajar (Ibíd.).

Por último, se debe señalar que para el análisis se propone el uso de una metodología mixta. En otras palabras, para el análisis de los datos y la determinación de la variable en estudio se utilizó una metodología cualitativa y para expresar los resultados, se utilizaron técnicas cuantitativas como tablas de doble entrada, matrices de frecuencias, gráficos de barra y porcentajes, las que se explicarán en las fases del proceso de análisis.

4.4. INSTRUMENTOS

Para la recolección de los datos se utilizaron como instrumento las **fichas psicológicas** pertenecientes a la Unidad de Salud Mental de la Fundación Arriarán de los pacientes atendidos entre el 1 de enero y el 31 de diciembre 2003. Estas fichas contienen datos de información personal y psicológica del paciente. Un ejemplo de estas fichas se adjunta en el anexo N°1.

Esta ficha psicológica es el soporte físico con que el equipo de psicólogos de la Unidad de Salud Mental de la Fundación Arriarán cuenta para registrar la información obtenida durante la situación de entrevista psicológica y eventualmente, durante una futura terapia.

La entrevista psicológica que se realiza al ingreso de cada uno de los pacientes a la Fundación Arriarán se constituye como una entrevista en profundidad, ya que se orienta a “focalizar progresivamente el interrogatorio hasta cuestiones cada vez más precisas y ayudar a que el entrevistado se exprese y aclare pero sin sugerir sus respuestas” (Rodríguez, Gil y García, 1996, p. 168), para luego, a través de la interacción terapeuta-paciente, co-construir el motivo de consulta.

Por otra parte, para ordenar la información obtenida en relación a la variable en estudio se diseñó una **matriz de datos**. Dicha matriz incluyó los datos referentes a las variables de estratificación y cada uno de los motivos de consulta co-construidos de cada sujeto. Esta matriz ordenó las variables de estratificación y la variable en estudio en un eje y los sujetos en el otro, con el fin de lograr especificar propiedades de los sujetos a partir de las variables, sin que éstas se relacionen entre sí.

4.5. PROCEDIMIENTOS

La primera actividad relacionada con el logro de los objetivos consistió en la visita a la Fundación Arriarán el día 25 de mayo del 2003. En dicha oportunidad, se entregó una carta explicativa (ver anexo N°2) acerca de la investigación a realizar y a la vez se solicitó una reunión con la Jefa de la Unidad de Salud Mental Ps. Jimena Medina Lastra, de manera de dar a conocer el proyecto de investigación y coordinar las visitas. La reunión fue realizada el día 1 de septiembre de 2003, momento en el cual se obtuvo la autorización para asistir a la Fundación durante los meses de septiembre a diciembre del año 2003.

Durante ese período se realizó la recolección de los datos, la cual se desarrolló en base a la revisión de fichas psicológicas. Se recogieron los datos biográficos y de estratificación (nombre, edad, sexo, estado civil, ocupación, estudios, con quien vive, pareja, orientación sexual, tiempo de notificación, mecanismo de contagio, etapa de VIH, dirección, teléfono, fuente de derivación, fecha de la entrevista y nombre del terapeuta) y el motivo de consulta co-construido de cada uno de los pacientes.

Posteriormente, se elaboró una matriz con los datos de cada sujeto con el fin de ordenar la información obtenida. En las columnas se ubicaron las variables de estratificación social que se utilizaron y los motivos de consulta; en las filas se colocó a cada uno de los pacientes (ver anexo 3). A continuación, cada motivo de consulta co-construido fue clasificado en un determinado grupo según el ámbito de la vida en que éste se insertara. Luego, se intentó establecer correspondencia de dichos grupos con la teoría de Humberto Maturana, para de este modo, determinar los dominios de co-existencia⁵.

La clasificación de los motivos de consulta co-construidos en cada uno de los dominios de co-existencia corresponde al análisis cualitativo de resultados y se llevó a cabo entre el mes de noviembre de 2003 y abril de 2004. Este proceso contó con la colaboración de la Jefa de la Unidad de Salud Mental de la Fundación Arriarán, Ps. Jimena Medina Lastra.

⁵ Este procedimiento se explicará en el acápite "Análisis de Datos".

Durante los meses de mayo, junio y julio de 2004 se realizó el análisis cuantitativo: los datos se transformaron en porcentajes, los cuales, dispuestos en tablas de doble entrada y representados en gráficos de barra, mostraron las frecuencias con que se presentó cada dominio de co-existencia. Luego, los dominios se analizaron según cada una de las variables de estratificación propuestas, de manera de obtener las conclusiones pertinentes para identificar y describir el ámbito de las problemáticas que aquejan a los pacientes de la muestra.

4.6. ANÁLISIS DE DATOS

Como se mencionó anteriormente, para el trabajo con los datos se eligió una metodología mixta. En lo que respecta a la recolección de datos y su posterior análisis para la determinación de la variable en estudio, se utilizó una metodología cualitativa y para expresar y representar los resultados obtenidos, se utilizaron técnicas cuantitativas como tablas de doble entrada, matrices de frecuencias, gráficos de barra y porcentajes. Ambos procedimientos se explicarán en detalle en la fase del proceso de análisis.

La utilización de una metodología cualitativa resultó pertinente para el trabajo con los datos ya que como señalan Taylor y Bogdan “la metodología cualitativa se refiere en su más amplio sentido a la investigación que produce datos descriptivos: las propias palabras de las personas, habladas o escritas y la conducta observable” (2000, p. 20). Como ya se señaló, en este caso se trabajará con datos que reflejan las propias palabras de las personas registradas en forma escrita.

Como parte de un estudio cualitativo, esta investigación se propone informar con objetividad, claridad y precisión acerca de las experiencias de los sujetos, aproximándose de este modo a un sujeto real que está presente en el mundo y que puede, por medio de técnicas de análisis, ofrecernos información sobre los significados de sus comportamientos, como lo es en este caso el acercarse a consultar por un determinado problema (Rodríguez, Gil y García, 1996).

Por otro lado, es característico de este estudio un trabajo inductivo. Esto se refiere a que el desarrollo de conceptos se realizó a partir de las pautas que los datos fueran presentando. Por este motivo la presente investigación no cuenta con hipótesis, sino que ha seguido un diseño de investigación más bien flexible, guiado por los objetivos propuestos (Taylor y Bogdan, 2000).

Para el análisis de los datos, se utilizó el enfoque procedimental planteado por Miles y Huberman (1994, en Rodríguez, Gil y García, 1996), el cual contempla un proceso de análisis con un esquema definido que consta de “determinadas tareas u operaciones que constituyen el proceso analítico básico” (Rodríguez, Gil y García, 1996). Los autores proponen un esquema compuesto por tres fases, las cuales son: *reducción de datos; disposición y transformación de datos; y obtención de resultados y conclusiones.*

A continuación se describirán, desde una perspectiva teórica, las tres fases que constituyen el proceso de análisis de datos⁶:

- 1) Reducción de Datos:** Esta fase corresponde al análisis cualitativo de los datos. Para comenzar el proceso de reducción de datos, Rodríguez, Gil y García proponen “descartar o seleccionar para el análisis parte del material informativo recogido” (1996, p. 206), sosteniendo que no todos los datos sirven para el análisis.

Una vez seleccionado el material, la reducción de los datos se realiza en base a tres tareas:

- i) Separación de Unidades:** El conjunto global de datos se divide en unidades según un criterio elegido por el investigador.

⁶ El análisis de los datos desde los procedimientos prácticos realizados en esta investigación, se detallan en el acápite “Resultados”

ii) Identificación y Clasificación de Unidades (Categorización): En esta fase las unidades de datos definidas anteriormente se constituyen como categorías. Al establecer las categorías, se deben determinar criterios y reglas para especificar “los aspectos del contenido que deben tomarse como criterio para decidir sobre la pertenencia a una categoría” (Ibid., p. 210).

Si bien para efectos de descripción teórica esta fase se ha constituido como una etapa diferente a la primera, en la práctica “la categorización es una tarea simultánea a la separación de unidades cuando ésta se realiza atendiendo a criterios temáticos” (Op. Cit., p. 208), lo cual corresponde a este caso.

iii) Síntesis y Agrupamiento: Las actividades de síntesis y agrupamiento dicen relación con la definición de un metacódigo que agrupe a un conjunto de códigos distinguidos durante el proceso de categorización, ya que “cuando categorizamos estamos ubicando diferentes unidades de datos bajo un mismo tópico o concepto teórico” (Rodríguez, Gil y García, 1996, p. 212).

2) Disposición y Transformación de los Datos: Esta fase constituye el análisis cuantitativo de los datos. Miles y Huberman sostienen que algunas de las dificultades del análisis cualitativo surgen al momento de extraer las conclusiones, ya que los datos cualitativos pueden aparecer dispersos y dificultar el examen de las variables. Para esto, plantean, es preciso disponerlos “en un conjunto organizado de información, presentada en alguna forma espacial ordenada, abarcable y operativa de cara a resolver las cuestiones de investigación” (1994, en Rodríguez, Gil y García, 1996, p. 212).

Los autores han descrito diferentes procedimientos para la presentación de la información seleccionada, contemplando entre ellos el diseño de matrices y tablas de doble entrada. Sostienen que “es frecuente

construirlas para sintetizar los fragmentos codificados en una misma categoría [columna] para diferentes sujetos [filas]" (Ibíd., p. 213). Los gráficos que también se utilizan "permiten no sólo presentar los datos, sino advertir relaciones y descubrir su estructura profunda" (Ibíd. p. 213). Todos los procedimientos antes descritos fueron utilizados en esta investigación.

3) Obtención de las Conclusiones: Esta fase implica "ensamblar de nuevo los elementos diferenciados en el proceso analítico para reconstruir un todo estructurado y significativo" (Ibíd., p. 213). Aquí se presentan las conclusiones de la investigación. Éstas se realizarán a partir de las interpretaciones de los resultados como productos de la investigación: "los resultados o conclusiones de esta investigación englobarán, por tanto, toda una serie de decisiones del investigador sobre el significado de las cosas" (Ibíd. p., 214). Esta tercera fase se constituye como la etapa final de la investigación (y será desarrollada en el acápite llamado "*Conclusiones*").

Finalmente, se analizará la presencia de las categorías determinadas según cada una de las variables de estratificación. Esta información se expresará en tablas de frecuencia y gráficos de barra, ambos acompañados por los porcentajes de cada categoría. Este último procedimiento constituye el análisis cuantitativo de los datos.

5. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados arrojados del análisis de datos en el siguiente orden: primero, los resultados producto del análisis cualitativo, donde se determinaron los dominios de co-existencia. Esto corresponde al primer punto, *Análisis Exploratorio Cualitativo*.

Posteriormente se presentará el análisis cuantitativo, compuesto primero por el *Hallazgo Principal* de la investigación, en donde se mostrarán las frecuencias de aparición de los dominios determinados. Más adelante, los dominios de co-existencia se analizarán según cada una de las variables de estratificación de la muestra.

Finalmente, se hará una síntesis con los resultados más relevantes de la investigación.

5.1. ANÁLISIS EXPLORATORIO CUALITATIVO: Análisis de los Motivos de Consulta

Los datos utilizados en esta investigación se extrajeron de la revisión de 88 fichas psicológicas de cada uno de los pacientes atendidos en la Fundación Arriarán durante el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2003. La ficha que registra la información recabada por el profesional durante la entrevista consta de dos partes: la primera consiste en un cuestionario de preguntas biográficas y de estratificación, que entrega información descriptiva común y presenta una forma estructurada. A través de este cuestionario se obtienen los siguientes datos: nombre, edad, sexo, estado civil, ocupación, estudios, con quien vive, pareja, orientación sexual, tiempo de notificación, mecanismo de contagio, etapa de VIH, dirección, teléfono, fuente de derivación, fecha de la entrevista y nombre del terapeuta. La otra parte de esta ficha consta de preguntas predeterminadas que sirven de guía para la realización de la entrevista psicológica y son preguntas de experiencia/conducta, sentimientos y preguntas de opinión/valor. Uno de los ítems

de esta segunda parte contiene el motivo de consulta, explicitado como una sección independiente y escrito según la redacción elaborada por el psicólogo que realiza la entrevista.

Luego del proceso de revisión de fichas, se obtuvo 2 clases de datos, ambos de tipo textual, es decir, que se encuentran escritos en las fichas: unos fueron los datos de estratificación obtenidos del cuestionario, los otros los motivos de consulta consignados en cada ficha.

En el análisis se trabajó con los datos obtenidos de la revisión de los Motivos de Consulta, con el propósito de ver a qué dominios de co-existencia correspondían. A continuación se presenta en forma detallada la *reducción de los datos*, correspondiente a los Motivos de Consulta. Como ya se mencionó, ésta se constituye como la fase cualitativa en el análisis de los datos y está compuesta por tres tareas: separación en unidades, categorización y síntesis y agrupamiento.

Para comenzar el proceso de reducción de datos, primero se seleccionó el material recogido. Según lo anterior, se desestimaron 34 fichas en las que no se consignó un motivo de consulta -como se explicó anteriormente en "Población y Muestra"-, por lo que se contó finalmente con 55 fichas para el análisis.

Las actividades planteadas por Rodríguez et al. para reducir los datos se presentan a continuación y en cada una se detallará el procedimiento realizado:

i) Separación en Unidades:

Para la separación de los 55 motivos de consulta en diferentes grupos se utilizó un criterio temático, es decir, la división de la información según el tema abordado. En este caso, el criterio temático corresponde al ámbito de vida en el cual se inserta el motivo de consulta de cada paciente. La utilización de este criterio se debe a que el marco conceptual en que se basa esta investigación distingue ámbitos en el operar de las personas, según el tópico de su lenguaje.

Del conjunto global de datos se pudieron diferenciar diversas unidades temáticas, las cuales se distinguieron por la repetición de los motivos de consulta.

ii) Identificación y Clasificación de Unidades (Categorización):

Una vez obtenidas las diferentes unidades cubiertas por tópicos similares, éstas se clasificaron en 5 grupos de motivos de consulta.

El criterio temático utilizado permitió determinar categorías que fueran exhaustivas y excluyentes, las cuales se constituyeron como tales luego de una segunda revisión de los datos, tal como indican Rodríguez, Gil y García (1994). Se determinó que eran exhaustivas ya que cada uno de los motivos de consulta pudo ser ubicado en alguna categoría. En el momento de verificar si las categorías eran excluyentes se detectó membrecía, es decir que tres motivos de consulta se podían clasificar en más de una categoría. Para garantizar que cada motivo de consulta perteneciera sólo a una categoría, se determinó clasificarlo dentro de la temática que se trabajó más profundamente durante la entrevista, ya que lo que se buscaba era la conflictiva principal, es decir, aquella que movilizó al paciente a consultar. Para esto se contó con la asesoría de la Jefa de la Unidad de Salud Mental de la Fundación Arriarán, ya que ella fue quien realizó las entrevistas de ingreso, por lo que pudo determinar cuál fue la temática más trabajada en los tres casos de membrecía.

Luego de este análisis, se determinó que efectivamente las categorías son exhaustivas y excluyentes y se constituyeron de la siguiente manera:

- Primera categoría: En esta se agruparon todos aquellos motivos de consulta en que se hiciera referencia al VIH/SIDA, donde esta enfermedad fuera el movilizador del conflicto que trae a consultar la persona. Se presenta aquí una relación conflictiva de la persona con su enfermedad, la cual se refleja en emociones de displacer que la vivencia de la enfermedad le provoca.

- Segunda categoría: Ésta categoría estuvo compuesta por aquellos motivos de consulta en que el problema hacía referencia a la familia, a algún miembro de ésta, a las relaciones entre ellos o bien, a problemas generados en la interacción del paciente con miembros de su familia.
- Tercera categoría: La conformaron aquellos motivos de consulta cuya problemática estaba relacionada con el ámbito laboral. Para esto, el motivo de consulta debía hacer referencia al trabajo, lugar de trabajo, compañeros de trabajo, relaciones entre ellos o situación laboral.
- Cuarta categoría: Fue conformada por todos aquellos motivos de consulta cuya problemática se relacionara con aspectos intrapsíquicos, es decir, pensamientos, sentimientos, emociones, cogniciones referidas a la autoconsciencia y no mostrara relación con ningún aspecto específico del dominio relacional en que la persona opera, es decir con ninguno de los diferentes ámbitos en que unos individuos interactúan con otros.
- Quinta categoría: Finalmente se encontró un motivo de consulta que no pertenecía a ninguno de los ámbitos señalados anteriormente y correspondió a *aceptación de la homosexualidad*. Si bien correspondió a un solo motivo de consulta, éste constituyó un quinto grupo, ya que como sostienen Glaser y Strauss “un único incidente es suficiente para desarrollar una categoría conceptual” (1968, en Taylor y Bodgan, 1984; p.170).

iii) Síntesis y Agrupamiento:

Como metacódigo se determinó el concepto de *Dominios de Co-existencia*, que se refiere a los diferentes ámbitos de la experiencia de un individuo en que se desarrollan sus diversos quehaceres.

Bajo este tópico se pueden agrupar y sintetizar los diferentes ámbitos a los cuales corresponden las 5 categorías distinguidas durante el proceso de categorización.

De esta forma se determinaron 5 dominios de co-existencia que pasaron a constituir la variable en estudio. A continuación se presenta una explicación detallada de cada uno de los dominios de co-existencia determinados:

- Dominio VIH:

El dominio de VIH corresponde al ámbito definido por la enfermedad. Se constituye como las contradicciones emocionales de la persona con respecto a su co-existencia con la enfermedad, es decir, las conflictivas psicológicas que tengan relación con la enfermedad corresponderán a este dominio. El dominio de co-existencia VIH correspondió la primera categoría.

Dentro de este grupo se incluyeron temáticas como: *adherencia al tratamiento farmacológico* (regularidad en el régimen del tratamiento farmacológico, el cual refleja el grado de compromiso con su tratamiento (Merino, 2002)), *información sobre VIH/SIDA* (cualquier inquietud del paciente acerca de las causas o el curso de la enfermedad, las expectativas de vida, prevención, tratamiento médico, progresión y etapas de la enfermedad, precauciones en la vida sexual) y *terapia de apoyo* (necesidad de integrar la enfermedad a su vida, elaboración de la pérdida de la salud, preparación para la muerte).

- Dominio Familiar:

Ámbito que hace referencia al mundo familiar de la persona. Según Maturana es un “dominio de interacción de apoyo mutuo en el vivir juntos, (...) en proximidad física o emocional, generado por dos o más personas ya sea a través de un acuerdo explícito o porque viven inmersos en él, en el suceder de su vivir” (1995, p.174). Es decir, la interacción entre personas que viven bajo un mismo techo o bien, personas que sin vivir juntas sienten una cercanía emocional, ya sea a través de un lazo consanguíneo o por la voluntad de considerarse familia.

Se agruparon en este dominio motivos de consulta que contuvieran temáticas como: *trabajo de límites a hijo* (apoyo en los métodos de crianza de los hijos), *terapia de pareja* (elaboración de problemáticas en la relación de pareja) y *terapia familiar* (elaboración de conflictivas al interior de la familia, o relacionadas con cualquiera de sus miembros).

- Dominio Laboral:

Ámbito referido a la experiencia de la persona con respecto a su situación laboral, o bien en el quehacer o en las interacciones que establece en su ambiente de trabajo.

Aquí se incluyeron motivos de consulta que presentaran temáticas como: *cesantía* (preocupación por la falta de trabajo), *discriminación laboral* (denigración, marginación o tratamiento diferenciado en el trabajo) y *conflictos interpersonales en el trabajo* (problemas de jerarquías o dificultades en la interacción con sus compañeros de trabajo u otras personas en dicho ambiente).

- Dominio de Autoconsciencia:

Ámbito que hace referencia al mundo intrapsíquico de la persona. Maturana plantea que “el sí mismo surge en el lenguaje como distinciones en autoconsciencia” (Maturana, 1997, p. 70), vale decir, el dominio de autoconsciencia se revelaría en la conversación cuando la persona hace referencia a aspectos de su mundo interno. Es a través de un proceso de darse cuenta que un sujeto se encuentra dentro del dominio de Autoconsciencia; de

hecho “todo el dominio de autoconsciencia surge como un dominio (...) en el darse cuenta de uno mismo” (Ibid.).

Dentro de este dominio se encontrarán conflictivas relacionadas con aspectos intrapsíquicos que tengan relación con temáticas de desarrollo interno, más que con conflictivas asociadas a relaciones interpersonales. De este modo, se encuentran motivos de consulta como: *trabajo de autoestima* (valoración de la autoimagen), *desarrollo de perspectivas y proyectos de vida*, *manejo de la agresividad*, *trabajo en la expresión de las emociones* y *cambio de hábitos*.

- Dominio de Orientación Sexual:

Este ámbito se encuentra referido a las conflictivas del sujeto que tengan relación con su orientación sexual, es decir, con su condición de hetero, homo o bisexual, referida por su lenguaje.

Una vez determinada la variable en estudio por medio del análisis cualitativo y seleccionadas las variables de estratificación de la muestra, el modelo de análisis descrito por Rodríguez, Gil y García (1996) propone como siguiente paso la *transformación y disposición de los resultados*, lo que corresponde a la segunda etapa: el análisis cuantitativo de los datos. Éstos se organizaron en tablas de frecuencia y gráficos y se presentan en el siguiente acápite junto con sus respectivas descripciones.

5.2. HALLAZGO PRINCIPAL

Según los resultados obtenidos y en relación al objetivo general de la investigación, se pudo determinar que la variable en estudio se distribuye en forma variada en los diferentes dominios de co-existencia. Es decir, a pesar de que las 55 personas que componen la muestra viven con VIH, sus principales problemáticas no pertenecen al ámbito de su enfermedad; más bien, presentan conflictivas diversas, ubicadas en diferentes ámbitos del vivir. Se puede apreciar que un 70,9% de los pacientes del estudio han consultado por problemáticas pertenecientes a diferentes ámbitos de su vida y no necesariamente a temáticas relacionadas con el VIH. Llama la atención que sólo un 29,1% de la muestra se encuentra dentro del dominio de la enfermedad, es decir, menos de un tercio de ellos han consultado por problemas relacionados con el VIH. Esto se expresa a continuación, en la tabla 1:

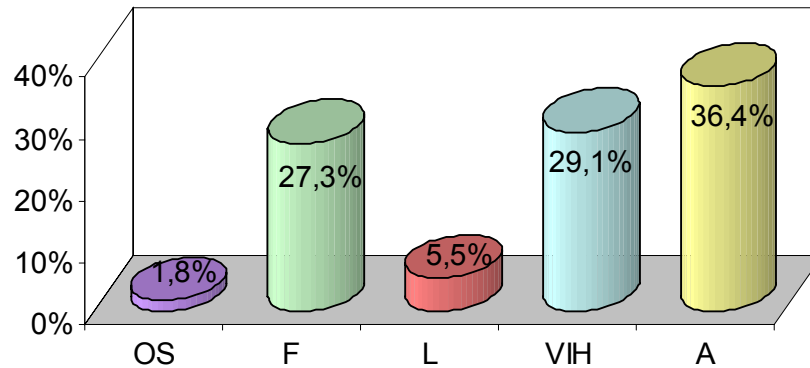
Tabla 1: Frecuencia y Porcentajes de los Dominios de Co-existencia

DOMINIOS DE CO-EXIST.	OS	F	L	VIH	A	TOTAL
Total	1	15	3	16	20	55
Porcentaje Total	1,8%	27,3%	5,5%	29,1%	36,4%	100,0%

OS: Orientación Sexual F: Familiar L: Laboral
VIH: VIH/SIDA A: Autoconsciencia

Como se puede apreciar en el gráfico 1, también resulta interesante el que los sujetos de la muestra presentan problemáticas relacionadas principalmente con el ámbito de la Autoconsciencia, resultando éste el dominio más frecuente. Vale decir, en un 36,4% la conflictiva principal se encontró asociada a aspectos relacionados con su mundo interno y su desarrollo personal. Frente a esto, se aprecia una necesidad importante de elaborar ciertos aspectos del ser interno, lo que revela un contacto movilizador con su autoconsciencia, el cual los ha hecho asistir a consulta psicológica y ubicarse dentro de este dominio.

Gráfico 1: Porcentaje de los Dominios de Co-Existencia



El Dominio Familiar correspondió a la tercera mayoría con un 27,3%, lo cual denota la importancia que los pacientes de este estudio otorgan a la familia en sus vidas: casi un tercio de la muestra presenta una necesidad importante por expresar las problemáticas que experimenta dentro del ámbito familiar. La familia se constituye por tanto en un factor relevante en las preocupaciones de las PVVIH.

En resumen, los tres principales ámbitos donde se encontraron las conflictivas de los pacientes del estudio corresponden, en orden de frecuencia, a los dominios de Autoconsciencia, VIH y Familiar, cada uno con casi un tercio del total: 36,4%, 29,1% y 27,3%, respectivamente. Así mismo se encontró un gran porcentaje de pacientes (63,7%) que consultaron por problemáticas relacionadas con ámbitos tanto personales como familiares.

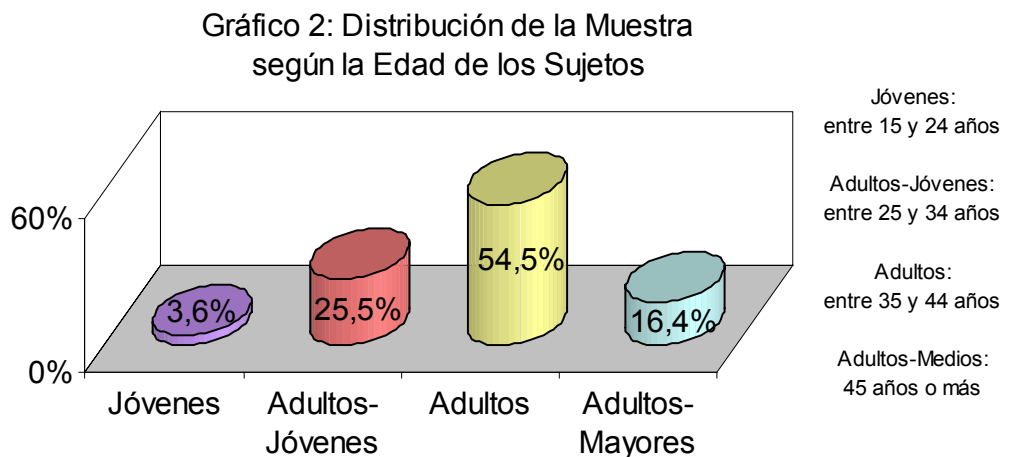
Cabe destacar también lo que se aprecia en el gráfico 1 con respecto a los dominios de co-existencia Laboral y Orientación Sexual, los cuales presentan las más bajas frecuencias. El dominio Laboral con un 5,5% del total, muestra que sólo tres sujetos presentaron problemáticas pertenecientes al ámbito del trabajo. El dominio de Orientación Sexual presentó el más bajo porcentaje con un 1,8%, encontrándose sólo un sujeto con una conflictiva perteneciente a este dominio.

Para un análisis más profundo, a continuación se presentan los dominios de co-existencia descritos según las variables de estratificación de la muestra.

5.3. ANÁLISIS DE LOS DOMINIOS DE CO-EXISTENCIA SEGÚN LAS VARIABLES DE ESTRATIFICACIÓN

5.3.1. Edad

El análisis según la edad permite determinar que de las personas de la muestra, quienes más consultaron por atención psicológica fueron Adultos, es decir, sujetos cuyas edades fluctúan entre los 35 y 44 años de edad, los que constituyeron más de la mitad de la muestra con un 54%. Esto se expresa en el gráfico 2.



La siguiente proporción importante de sujetos que componen la muestra son Adultos-jóvenes, entre 25 y 34 años, ocupando éstos un 25,5% de ésta. Ambas categorías, Adultos y Adultos-jóvenes constituyen una considerable mayoría, con un 80% del total. El predominio de personas entre estas edades es representativo de la realidad nacional puesto que la distribución presentada por CONASIDA (2004) en el último estudio epidemiológico publicado, muestra que ambas

categorías constituyen los principales grupos de edad afectados y concentran el 85% de los casos.

Además, la baja frecuencia de consultas psicológicas tanto de Adultos-medios (16,4%), sujetos de 45 años de edad o más, como de Jóvenes (3,6%), sujetos entre 15 y 24 años de edad, se debería en gran parte al tamaño de estas categorías en la población total, que en Chile cuentan, según CONASIDA, con un 12,7% y 2,3% respectivamente (Ibíd.).

Se puede observar que los sujetos Adultos de la muestra se interesan por consultar por temáticas relacionadas principalmente con su Autoconsciencia. Es este el dominio que más casos presenta con un 20% del total, constituyéndose, al igual que en la muestra total, como el dominio de co-existencia más frecuente. Estos datos se expresan a continuación en la tabla 2.

Tabla 2: Frecuencia y Porcentaje de los Dominios de Co-existencia según la Edad del sujeto

EDAD		OS	F	L	VIH	A	TOTAL
Jóvenes	frecuencia	0	1	0	1	0	2
	% del total	0,00%	1,82%	0,00%	1,82%	0,00%	3,64%
Adultos-Jóvenes	frecuencia	1	4	0	4	5	14
	% del total	1,82%	7,27%	0,00%	7,27%	9,09%	25,45%
Adultos	frecuencia	0	7	2	10	11	30
	% del total	0,00%	12,73%	3,64%	18,18%	20,00%	54,55%
Adultos-Mayores	frecuencia	0	3	1	1	4	9
	% del total	0,00%	5,45%	1,82%	1,82%	7,27%	16,36%
Total		1	15	3	16	20	55

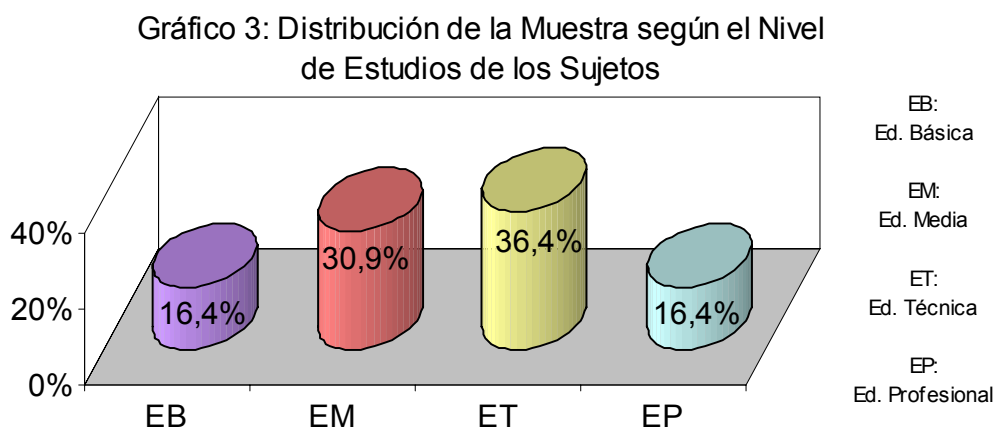
Tanto en los Adultos como en los Adultos-jóvenes, la distribución es similar a la del total de la muestra. Las principales problemáticas que presentaron los sujetos de ambas categorías en el momento de la entrevista psicológica, corresponden al dominio de Autoconsciencia, constituyendo en conjunto casi un tercio del total.

En los Adultos-jóvenes el dominio de VIH y el de Familia ocupan un mismo nivel de frecuencia en sus conflictivas, ambos con un 7,2%; sin embargo al aumentar la edad, en los Adultos-medios, el VIH pierde importancia y se hace más relevante la Familia, aumentando la diferencia en un 3,6% entre ambos dominios. En todas las categorías el dominio de Autoconsciencia aparece como principal ámbito de interés.

Los Adultos y Adultos-medios muestran inquietud por temáticas laborales, ámbito que no produce preocupación en Jóvenes y Adultos-jóvenes. El dominio laboral, a pesar de hacerse relevante en los Adultos y Adultos-medios, se mantiene menos relevante que los dominios de Familia y Autoconsciencia.

5.3.2. Estudios

Esta variable permite determinar que el nivel de escolaridad de los sujetos muestra un predominio de personas con estudios de nivel Técnico (36,4%) y de Educación Media (30,9%), lo cual se representa en el gráfico 3.



En un estudio realizado con hombres notificados, CONASIDA (2004) sostiene que han aumentado las personas en el nivel de Enseñanza Media y han disminuido en la Educación Superior, presentándose las mismas diferencias entre dichos niveles en la presente investigación. En el gráfico 3 se puede observar que además de lo propuesto por CONASIDA, existe una importante diferencia entre los niveles medios -Educación Técnica y Media- y los niveles extremos -Educación básica y Superior-, ambos con 16,4%.

Tabla 3: Frecuencia y Porcentaje de los Dominios de Co-existencia según el Nivel de Estudios del sujeto

ESTUDIOS		OS	F	L	VIH	A	TOTAL
EB	frecuencia	0	3	0	3	3	9
	% del total	0,00%	5,45%	0,00%	5,45%	5,45%	16,36%
EM	frecuencia	1	3	2	7	4	17
	% del total	1,82%	5,45%	3,64%	12,73%	7,27%	30,91%
ET	frecuencia	0	6	0	4	10	20
	% del total	0,00%	10,91%	0,00%	7,27%	18,18%	36,36%
EP	frecuencia	0	3	1	2	3	9
	% del total	0,00%	5,45%	1,82%	3,64%	5,45%	16,36%
Total		1	15	3	16	20	55

En la tabla 3 se observa que disminuye la inquietud por el VIH en la medida que aumenta el nivel educacional, siendo los sujetos con Educación Básica los que presentan como su principal ámbito de conflictivas el VIH, junto a Autoconsciencia y Familia. Entre los sujetos con Educación Media el ámbito que presenta mayor interés es el relacionado con el VIH, en un 12,7%.

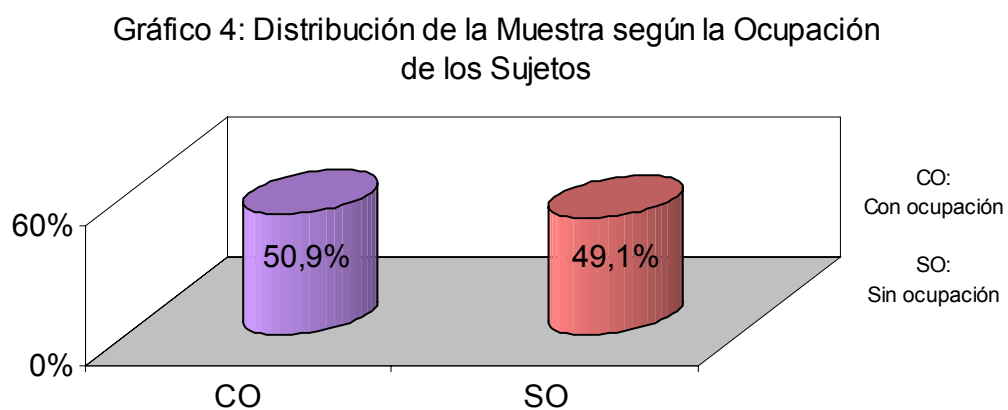
Sin embargo, entre los sujetos con Educación Técnica las problemáticas se encuentran principalmente en el dominio de la Autoconsciencia, constituyendo un 18,1% del total. La presencia del dominio de VIH en las conflictivas de los sujetos con estudios Técnicos disminuye considerablemente a un 7,2%, ocupando esta categoría el tercer lugar de importancia entre las preocupaciones de estos sujetos, después de la Autoconsciencia y la Familia, este último con un 10,9%.

Los sujetos con Educación Superior presentan problemáticas relacionadas principalmente con ámbitos referidos a la Autoconsciencia o al dominio Familiar. El dominio de VIH se encuentra en menor presencia en las conflictivas de los sujetos que cuentan con el más alto nivel educacional de la muestra.

Por otro lado, pareciera que a pesar de no contar con una educación mayor que la del nivel Básico, los sujetos de esta categoría no presentan mayores preocupaciones por el aspecto Laboral en sus vidas, sino que sus inquietudes se encuentran relacionadas con dominios como Autoconsciencia, VIH y Familiar. Lo mismo ocurre con sujetos Profesionales, entre los cuales resulta más importante el desarrollo de su ámbito interno, las preocupaciones por su familia o por último su enfermedad. Si bien se presentan preocupaciones relacionadas con el aspecto Laboral entre los sujetos con Educación Media, éstas constituyen un pequeño porcentaje de 3,6% del total.

5.3.3. Ocupación

En cuanto a esta variable, es posible apreciar que la distribución resultante se expresa en dos grupos de tamaño similar. Es decir, si bien la mayoría de los sujetos, 50,9%, cuentan con un trabajo remunerado, ésta no difiere considerablemente de aquellos sujetos que no cuentan con un trabajo remunerado, quienes representan el 49,1% de la muestra, hecho que se aprecia a continuación en el gráfico 4.



Resulta relevante observar que a pesar del alto porcentaje de sujetos que no cuenta con una ocupación remunerada (49,1%), sus principales conflictivas no pertenecen al ámbito Laboral, el cual sólo alcanzó un 3,6%. La situación de desocupación pareciera no constituir una conflictiva tan importante para estos pacientes como para llevarlos a consultar por este motivo. Más bien, la conflictiva principal para los sujetos desocupados se ha volcado al ámbito de la Autoconsciencia y la Familia, con un 16,3% en ambos dominios. Esto se puede observar en la tabla 4.

Tabla 4: Frecuencia y Porcentaje de los Dominios de Co-existencia según si el sujeto cuenta o no con Ocupación Remunerada

OCUPACIÓN		OS	F	L	VIH	A	TOTAL
CO	frecuencia	0	6	1	10	11	28
	% del total	0,00%	10,91%	1,82%	18,18%	20,00%	50,91%
SO	frecuencia	1	9	2	6	9	27
	% del total	1,82%	16,36%	3,64%	10,91%	16,36%	49,09%
Total		1	15	3	16	20	55

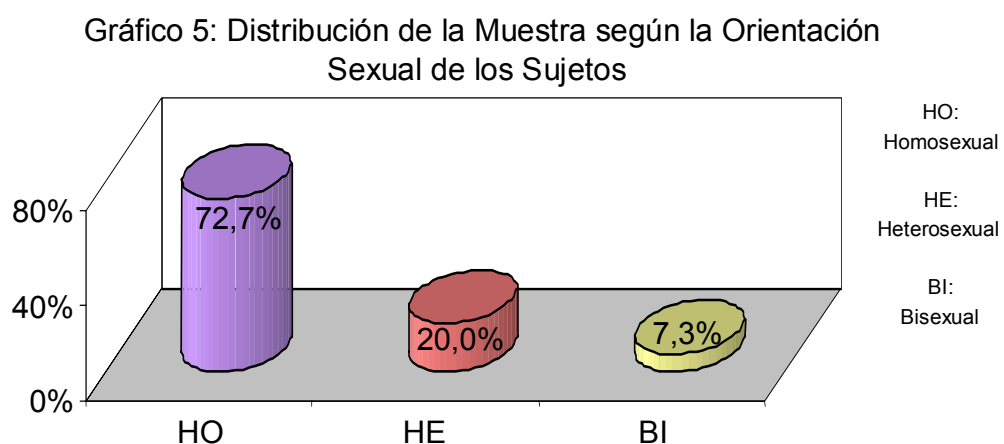
Se puede determinar que en ambos casos (Con Ocupación y Sin Ocupación) la principal conflictiva para los sujetos de la muestra se encuentra en el ámbito de la Autoconsciencia. Por otro lado, para los sujetos con ocupación remunerada, las problemáticas pertenecientes al dominio del VIH se hacen más relevantes que para los desocupados. Pareciera que el VIH se hace más difícil de vivenciar al tener una ocupación que al no contar con ésta, ya que dentro de los sujetos con trabajo, se presentaron más problemáticas pertenecientes a este dominio, con un 18,1%. Mientras que en los sujetos Sin Ocupación dichas conflictivas se presentaron sólo en un 10,9%.

En la categoría Con Ocupación disminuye la preocupación por la temática familiar presentando un 10,9% del total, en comparación con el 18,1% de problemáticas familiares para los sujetos Sin Ocupación.

Lo anterior muestra que el no tener ocupación remunerada no incide mayormente en las conflictivas de los sujetos de este estudio (no discrimina), ya que esta categoría presenta una distribución similar a la del total de la muestra.

5.3.4. Orientación Sexual

Una importante proporción de la muestra, equivalente al 72,7% del total de los sujetos, reportó en el momento de la entrevista psicológica tener una orientación sexual Homosexual. Como se muestra en el gráfico 5, el 20% de los sujetos dijo tener una orientación sexual Heterosexual, y en menor proporción, con un 7,3%, se encuentran los sujetos que dicen tener una orientación sexual Bisexual.



Las conflictivas correspondientes a temáticas relacionadas con la Autoconsciencia cobran una gran relevancia para los sujetos que sienten tener una orientación sexual Homosexual, presentando un considerable porcentaje de 29%, con casi un tercio del total de la muestra. Es en esta categoría donde el dominio de Autoconsciencia cobra mayor importancia al compararla con las otras categorías, incluso con el resto de las variables de estratificación. Pareciera que los cuestionamientos acerca de su vivencia interna reflejados en una alta frecuencia de conflictiva relacionada con la Autoconsciencia, constituyen un

ámbito de gran relevancia para sujetos que sienten tener una orientación Homosexual. Lo antes mencionado se expresa a continuación en la tabla 5.

Tabla 5: Frecuencia y Porcentaje de los Dominios de Co-existencia en relación a la Orientación Sexual del sujeto

ORIENTACIÓN SEXUAL		OS	F	L	VIH	A	TOTAL
HO	frecuencia	1	12	2	9	16	40
	% del total	1,82%	21,82%	3,64%	16,36%	29,09%	72,73%
HE	frecuencia	0	3	1	5	2	11
	% del total	0,00%	5,45%	1,82%	9,09%	3,64%	20,00%
BI	frecuencia	0	0	0	2	2	4
	% del total	0,00%	0,00%	0,00%	3,64%	3,64%	7,27%
Total		1	15	3	16	20	55

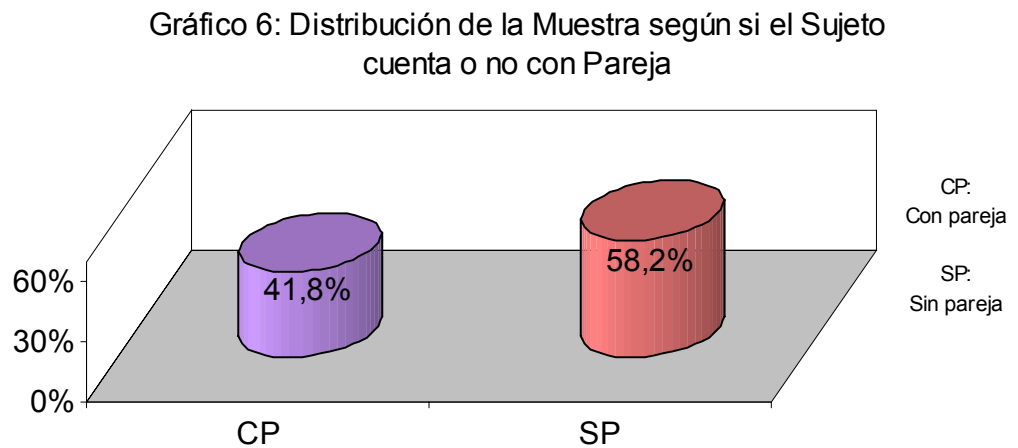
Resulta interesante observar que a pesar de existir en la muestra un 72,7% de sujetos que manifiestan tener una orientación Homosexual y presentar el nivel de conflictivas señaladas anteriormente, éstas no tengan relación con la temática de orientación sexual. Tan solo un sujeto del total de la muestra presentó en el momento de la entrevista psicológica una conflictiva relacionada con su Orientación Sexual.

El dominio del VIH no constituye una conflictiva primordial en las vivencias de los sujetos que reportan tener una orientación Homosexual correspondiendo a este dominio la tercera mayoría –luego de Autoconsciencia y Familia- con un 16,3%. Sin embargo, para los sujetos que manifiestan tener una orientación Heterosexual, el VIH se constituye como el principal ámbito de sus conflictivas.

Cabe destacar que dentro de la categoría Homosexual, el segundo ámbito de preocupación lo constituye el dominio Familiar, con un 21,8% del total de la muestra.

5.3.5. Pareja

En cuanto a esta categoría, es posible indicar que la mayoría de los sujetos de la muestra manifiestan no contar con una relación de pareja. En el momento de la entrevista psicológica, un 58,2% de ellos manifestó no tenerla, mientras que el 41,8% de los sujetos del estudio afirmó sí tener pareja. Esto se representa a continuación en el gráfico 6.



Los sujetos que no tienen pareja, presentan una importante preocupación acerca de temáticas relativas a la Autoconsciencia, equivalente a un cuarto de la muestra. El dominio Autoconsciencia presenta un 25,4% de sujetos que consultaron por estas conflictivas, constituyéndose de este modo como el ámbito que más problemáticas presentó. Esto se puede observar a continuación en la tabla 6.

Tabla 6: Frecuencia y Porcentaje de los Dominios de Co-existencia según si el sujeto cuenta o no con pareja

PAREJA		OS	F	L	VIH	A	TOTAL
CP	frecuencia	1	9	2	5	6	23
	% del total	1,82%	16,36%	3,64%	9,09%	10,91%	41,82%
SP	frecuencia	0	6	1	11	14	32
	% del total	0,00%	10,91%	1,82%	20,00%	25,45%	58,18%
Total		1	15	3	16	20	55

El siguiente ámbito de preocupaciones para los sujetos Sin Pareja lo constituye el dominio de VIH, con un 20% de consultas relacionadas con la enfermedad. No obstante, para los sujetos que tienen Pareja, la preocupación por la enfermedad disminuye a un 9% del total.

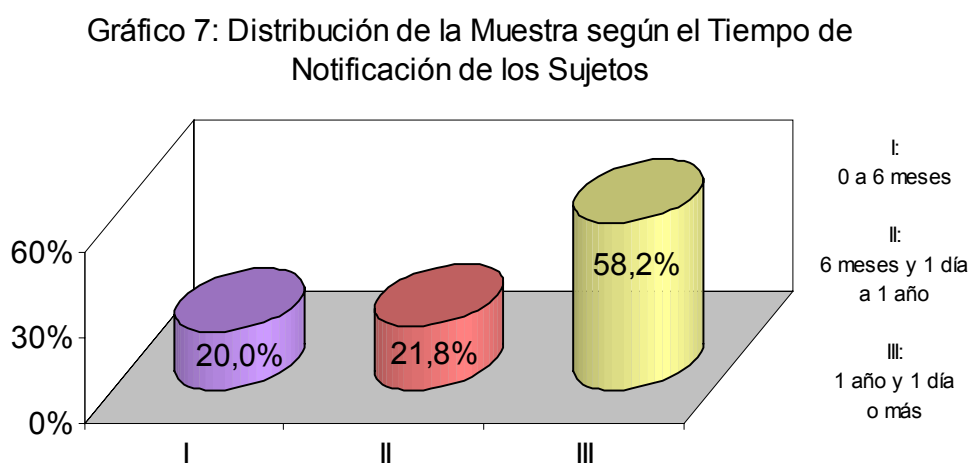
En la categoría Sin Pareja, el dominio familiar presenta una frecuencia más bien baja en relación a los otros dominios (10,9%); sin embargo, para los sujetos que sí tienen pareja, el ámbito familiar se ha constituido en la principal temática de sus consultas con un 16,3%, desplazando incluso a la Autoconsciencia, dominio que para los sujetos sin pareja resultó ser la temática más frecuente.

5.3.6. Tiempo de Notificación

En cuanto al tiempo transcurrido desde el momento en que los sujetos de la muestra fueron notificados de la presencia del virus en su organismo hasta el momento de la entrevista psicológica, la muestra se encuentra compuesta principalmente por sujetos que fueron notificados hace más de un año.

El 42,8% restante fue notificado en un período inferior a un año, de los cuales los sujetos que en el momento de la entrevista psicológica manifestaron haber recibido la noticia en los últimos 6 meses corresponden a un 21,8% del total. Y con una frecuencia similar de un 20%, se encuentran los sujetos que fueron notificados entre 6 meses y un día, y un año y un día al momento de la entrevista psicológica.

Esto se representa en el gráfico 7.



Como se puede observar en la tabla 7, los sujetos de la categoría I, como los de la categoría II, no difieren en las temáticas de sus problemáticas y se concentran en ámbitos como el VIH principalmente, con un 9% y la Familia con un 7,2% del total.

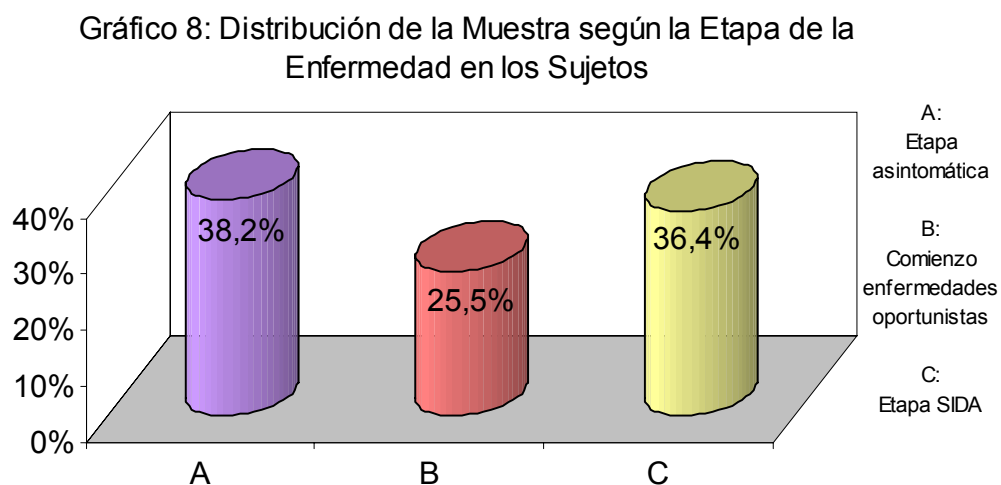
Tabla 7: Frecuencia y Porcentaje de los Dominios de Co-existencia en relación al Tiempo de Notificación del sujeto

TIEMPO NOTIFICACIÓN		OS	F	L	VIH	A	TOTAL
I	frecuencia	0	4	0	5	2	11
	% del total	0,00%	7,27%	0,00%	9,09%	3,64%	20,00%
II	frecuencia	0	4	1	5	2	12
	% del total	0,00%	7,27%	1,82%	9,09%	3,64%	21,82%
III	frecuencia	1	7	2	6	16	32
	% del total	1,82%	12,73%	3,64%	10,91%	29,09%	58,18%
Total		1	15	3	16	20	55

Los sujetos de la categoría III consultan principalmente por conflictivas relacionadas con aspectos de la Autoconsciencia, constituyéndose éste como el principal ámbito de problemáticas para los sujetos que fueron notificados hace más tiempo, con un 29% del total. Muy por el contrario, el dominio Autoconsciencia en las categorías I y II presentó un reducido porcentaje de 3,6% en cada una, por lo que se puede determinar que a mayor tiempo de notificación, la muestra presenta una mayor preocupación por temáticas relacionadas con la Autoconsciencia.

5.3.7. Etapa VIH/SIDA

Al analizar la muestra según la etapa de la enfermedad en que los sujetos se encuentren, se puede determinar que ésta se distribuye mayoritariamente entre las etapas A y C de la enfermedad, correspondiendo a un 38,2% y un 36,4% respectivamente. La etapa B en cambio, presenta menor cantidad de sujetos con un 25,5% del total de la muestra. Lo anterior se aprecia en el gráfico 8.



La progresión de las etapas del VIH/SIDA presenta una distribución de la muestra muy particular, en donde la frecuencia de los dominios Autoconsciencia y VIH se invierte, lo cual se observa principalmente en la etapa A y C, lo que se puede ver en la tabla 8.

Tabla 8: Frecuencia y Porcentaje de los Dominios de Co-existencia de acuerdo a la Etapa VIH/SIDA en que se encuentre el sujeto

ETAPA VIH/SIDA		OS	F	L	VIH	A	TOTAL
A	frecuencia	0	6	1	2	12	21
	% del total	0,00%	10,91%	1,82%	3,64%	21,82%	38,18%
B	frecuencia	1	5	0	4	4	14
	% del total	1,82%	9,09%	0,00%	7,27%	7,27%	25,45%
C	frecuencia	0	4	2	10	4	20
	% del total	0,00%	7,27%	3,64%	18,18%	7,27%	36,36%
Total		1	15	3	16	20	55

En la etapa A de la enfermedad, los sujetos de la muestra consultan por conflictivas correspondientes preferentemente al dominio de la Autoconsciencia, en un 21,8% del total. Esta tendencia cambia en las etapas siguientes de la enfermedad –B y C- en donde este ámbito disminuye a un 7,2%.

A medida que las etapas de la enfermedad se hacen más avanzadas, las problemáticas de la muestra se vuelcan al ámbito del VIH, alcanzando en la etapa C un 18,1%. Esto difiere considerablemente con el 3,6% de conflictivas relacionadas con el VIH que presentan los sujetos pertenecientes a la etapa A.

Cabe destacar que la progresión de las etapas de la enfermedad no es correspondiente con el tiempo de notificación, ya que por ejemplo, un sujeto puede haber sido recién notificado y encontrarse en la etapa C de su enfermedad. A este respecto se puede observar que el VIH constituye la principal temática en las conflictivas de los sujetos en la etapa C, sin embargo, para los sujetos que fueron notificados hace más tiempo –más de un año-, la importancia por la enfermedad disminuye considerablemente, siendo el VIH el dominio menos presente entre los tres principales en dicha categoría. En estos sujetos las problemáticas se centran en el ámbito de la Autoconsciencia, opuesto a la etapa C en que éste se relega a un pequeño 7,2%.

Si bien las conflictivas relacionadas con el dominio Familiar presentan una baja presencia en las tres etapas, muestran también una disminución en proporción inversa al avance de las etapas de la enfermedad, desde un 10,9% en la etapa A, a un 7,2% en la etapa C.

Se podría determinar que a mayor etapa de la enfermedad, mayor conflictiva relacionada con el VIH y menor con la Autoconsciencia.

5.4. SÍNTESIS DE RESULTADOS

Los resultados de la investigación expuestos anteriormente, se presentarán resumidos a continuación, destacando los hallazgos principales de acuerdo a cada uno de los objetivos propuestos:

De acuerdo al Objetivo General:

- *Determinar a qué dominio(s) de co-existencia corresponden los motivos de consulta psicológica de pacientes varones que viven con VIH, atendidos en la Fundación Arriarán durante el año 2003.*

En función de este objetivo, se determinó que los pacientes de la Fundación atendidos durante el año 2003 presentaron motivos de consulta correspondientes a los dominios: de Autoconsciencia, VIH, Familiar, Laboral y de Orientación Sexual.

Objetivos Específicos:

- *Determinar si en los motivos de consulta de los sujetos de la muestra existen dominios de co-existencia que no estén relacionados con el VIH.*

Los resultados permitieron determinar que las conflictivas plasmadas en el motivo de consulta de los sujetos de la muestra están relacionadas con diversos ámbitos de vida, existiendo de este modo dominios de co-existencia que no están relacionados con el VIH.

- *Describir la frecuencia de aparición de los dominios de co-existencia a determinar, correspondientes a los motivos de consulta co-construidos de los pacientes.*

El dominio de co-existencia que se presentó con mayor frecuencia fue el correspondiente al de Autoconsciencia, luego se encontraron el dominio de VIH y Familiar con frecuencias similares; constituyéndose estos tres como los dominios más frecuentes. Finalmente, con las menores frecuencias dentro de la muestra se presentaron los dominios Laboral y de Orientación Sexual.

- *Describir la frecuencia de aparición de los dominios de co-existencia según las variables de estratificación de la muestra*

El análisis de los dominios de co-existencia en función de las variables de estratificación de la muestra permitió, a partir de la descripción de la frecuencia de cada uno de los ámbitos según las diferentes variables, determinar aspectos importantes en el comportamiento de los sujetos de la muestra, de los cuales los más relevantes se presentan a continuación:

Edad: Se determinó que, independientemente de la edad de los sujetos, las conflictivas de éstos se encuentran principalmente en el dominio de Autoconsciencia.

Nivel Educativo: Se observó que en la medida que aumenta el nivel educativo, disminuye la inquietud por el VIH en las consultas de los sujetos de la muestra.

Ocupación: Resulta interesante observar que a pesar de encontrarse sin ocupación, los sujetos de la muestra que corresponden a esta categoría, no presentan conflictivas relacionadas con el dominio del trabajo. La temática laboral pareciera no constituirse como un ámbito importante de conflictiva para los sujetos de la muestra.

Orientación Sexual: A pesar de que el 72,7% de la muestra refiere tener una orientación sexual homosexual, las conflictivas de estos sujetos no se encuentran dentro de este dominio. Es decir, la orientación sexual homosexual de los sujetos de la muestra no se constituye como un ámbito de conflictivas para ellos.

Pareja: Se determinó que los sujetos de la muestra que sienten contar con una pareja a su lado presentan menos conflictivas relacionadas con el ámbito de su enfermedad.

Tiempo de Notificación: En cuanto al tiempo de notificación de los sujetos de la muestra, se observó que a mayor tiempo desde el momento de su notificación, mayor preocupación por el ámbito de Autoconsciencia.

Etapa VIH/SIDA: Con respecto al análisis de los dominios según la etapa de la enfermedad, se observó que a medida que ésta evoluciona, existe mayor presencia de conflictiva relacionada con el VIH y menor con la Autoconsciencia.

6. CONCLUSIONES

Ante la carga de preconcepciones sociales asociadas al VIH/SIDA y considerando que es una enfermedad que presenta aún muchos aspectos por conocer, se consideró necesario investigar acerca de la vivencia de esta enfermedad según cómo es experimentada por las personas que viven con el virus del SIDA. En este marco, la presente investigación intenta entregar mayores conocimientos sobre las personas que viven con esta enfermedad, explorando en qué ámbitos se encuentran sus problemáticas psicológicas.

De este modo se determinó que las personas evaluadas presentan conflictivas psicológicas que se ubican en diferentes ámbitos de sus vidas. La mayoría de estas conflictivas (70,9%) se encuentran relacionadas con aspectos diferentes a su enfermedad, lo que permite suponer que la presencia del VIH no es una condición determinante para que exista una conflictiva asociada a este virus. Pareciera que el foco de preocupaciones no se centraría en el hecho de vivir con la enfermedad sino que en la vida, en el continuar viviendo y preocupándose de los problemas que en ella se presenten.

El presentar conflictos en diferentes dominios de co-existencia da cuenta de una vivencia que contiene problemas cotidianos asociados a diferentes ámbitos de la vida y que a pesar de la carga social atribuida al VIH/SIDA, las personas que lo padecen pueden vivir la enfermedad más allá de las preocupaciones que ésta implica, ya que para la mayor parte de los sujetos de la muestra sus problemas giran en torno a otros ámbitos. Es decir, la vivencia del VIH parece no encontrarse definida a partir de la enfermedad, dado que el dominio VIH no constituyó la conflictiva más frecuente entre los sujetos evaluados, lo que reflejaría que este dominio no se identifica necesariamente como más importante que los conflictos vividos en otros planos de la vida.

La baja presencia del dominio VIH en comparación con el resto de los dominios difiere de lo que se esperaría tras la revisión de la representación social de la vivencia del VIH/SIDA. Esto puede dar cuenta de una enfermedad que está siendo vivida más que desde una significación fatal cuya problemática constituyera

la temática central, como una enfermedad crónica que permite temáticas poseedoras de conflicto diferentes a la enfermedad. Vale decir, la baja frecuencia del dominio VIH en comparación con los demás dominios, da cuenta de una vivencia que presenta preocupaciones asociadas a temáticas cotidianas al desplegar diferentes problemáticas, trascendiendo de este modo el dominio de la enfermedad y mostrando, desde la vivencia, que el VIH/SIDA puede estar experienciándose como una enfermedad con características crónicas, como sostiene la medicina actual. Por el contrario a lo que se propone desde el imaginario social, en que se ha posicionado al VIH en un lugar protagónico en las preocupaciones de las personas que lo portan y se lo representa como el responsable de sus problemas y preocupaciones psicológicas, en la presente investigación los resultados muestran que la mayor parte de los sujetos evaluados presentan preocupaciones diferentes a la enfermedad.

La divergencia entre lo que la representación social plantea para la vivencia del VIH y lo que los resultados han mostrado en esta investigación se explica debido a que la construcción social de la vivencia del VIH/SIDA se puede haber establecido basándose en la vivencia de la etapa "C" –fase SIDA-, sin considerar la vivencia en las otras etapas. Es decir, ya que la enfermedad del SIDA presenta un particular curso compuesto por dos etapas radicalmente diferentes (la etapa de portador asintomático y la etapa SIDA), la vivencia de cada una de ellas también es diferente. En la etapa asintomática el individuo se encuentra clínicamente sano, por lo que puede seguir viviendo tal como una persona que no poseyera el virus; en la etapa SIDA en cambio, la persona se encuentra clínicamente enferma ya que en esta etapa se manifiestan los síntomas producto del deterioro del sistema inmunológico, constituyendo la fase terminal de la infección por VIH/SIDA.

La representación social de la vivencia de personas con VIH parece haberse construido en base a la etapa SIDA, extrapolándose posteriormente esta misma representación a la etapa asintomática, por lo que la sola presencia del virus en el organismo se constituiría socialmente como una condición para que exista una conflictiva asociada a la enfermedad, lo cual no ocurrió en esta investigación. Además, al revisar los resultados de los sujetos pertenecientes a la etapa "C", se

puede apreciar que para ellos el dominio de VIH efectivamente fue el más popular, presentando esta categoría la más alta frecuencia del dominio VIH en comparación con las demás categorías, lo que muestra que la representación social anteriormente explicada tiene relación con lo que los sujetos en la etapa SIDA reportaron acerca de sus problemáticas y por el contrario, no tiene relación con las conflictivas de los sujetos de la etapa A ni de la etapa B.

De esta manera, la alta presencia del dominio VIH en los sujetos de la muestra que se encontraban en la etapa "C" no es extraña, pues las múltiples enfermedades que se manifiestan en esta etapa efectivamente pueden interferir diferentes aspectos de la vida de estos sujetos, lo que explicaría que el VIH se haya presentado como la conflictiva principal. La diferencia observada entre la percepción social, que asigna al VIH como el ámbito central de conflicto en la vivencia de las PVVIH y los ámbitos diversos en que los sujetos evaluados ubican sus conflictivas permitiría reposicionar la percepción social del estatus que el virus ocupa en las conflictivas de una persona infectada al no considerarlo como un elemento central en el sufrimiento del sujeto sino hasta que se constituya como una problemática para éste, lo que según los resultados, no sería sino hasta la fase SIDA.

Otra explicación ante el resultado que muestra que el dominio VIH no fue el más presente entre los sujetos evaluados tiene relación con propuestas de Frankl (1992), Kübler-Ross (1975) y Nichols (1985 en Tomasevic, 1988) quienes sostienen que en la vivencia de una enfermedad crónica que atente contra la vitalidad, como lo es el VIH/SIDA, la temática poseedora de conflicto en el sujeto que la vive, muchas veces no tiene relación con la enfermedad misma sino que ésta viene a develar conflictos psicológicos inconclusos. Entonces, la vivencia de la enfermedad podría haber generado en los sujetos evaluados una necesidad de elaboración de conflictivas psicológicas ubicadas en dominios diferentes al de VIH. Esto también explicaría que el dominio VIH no se haya presentado como el más frecuente, puesto que frente a una situación de amenaza vital habría surgido en estos sujetos una necesidad de solucionar diferentes conflictivas vitales y asimismo desplazaría al VIH como la conflictiva central.

Por lo tanto, para estas personas, el VIH/SIDA no constituiría un problema como tal, sino se conformaría como una herramienta que podría colaborar en reconocer y enfrentar conflictivas psicológicas no resueltas, jugando de este modo un rol gatillador que permite develar la conflictiva primordial de los sujetos. En este marco, para estos sujetos la vivencia de la enfermedad puede haberse convertido en una oportunidad, ya que el cuestionarse e intentar elaborar las temáticas que los aquejaban psicológicamente les ha otorgado la posibilidad de crecer más allá de la dolencia, trascender la sintomatología fisiológica. En consecuencia, es posible que para los sujetos evaluados, la enfermedad haya constituido, como plantea Frankl (1992), una oportunidad de desarrollo interno.

Siguiendo esta línea de reflexión se podría postular que las conflictivas no resueltas de los sujetos evaluados, que la vivencia de la enfermedad les habría permitido reconocer y enfrentar y que se repitieron con mayor frecuencia, tienen relación, principalmente, con temáticas de su mundo interno y se encuentran orientadas a la autorrealización, ya que corresponden al dominio de la Autoconsciencia.

La alta frecuencia de personas cuya mayor problemática se encontró relacionada con aspectos del dominio de Autoconsciencia se podría explicar desde el origen infeccioso y no orgánico del VIH/SIDA, lo que en muchos casos implica la responsabilidad de la persona en su propio contagio. Esto genera culpa y vergüenza por las conductas de exposición que ella misma llevó a cabo para facilitar la infección, además de la posibilidad de haber contagiado a otras personas (Mardones y Reyes, 1991). La culpa y la vergüenza se constituyen como sentimientos que generan en el paciente una reflexión interna importante ya que, como plantean Miller y Green (1986) y Nichols (1984, en Rubio y Cobarrubias, 1991), la culpa es una respuesta particularmente destructiva para la persona que la vive, lo cual provoca un desajuste a nivel interno y una consecuente necesidad de ajuste personal. Esto se ve reflejado en la alta frecuencia de conflictivas pertenecientes al dominio de autoconsciencia.

Por otro lado, la alta presencia de este dominio permite determinar que los sujetos evaluados han centrado sus preocupaciones y conflictivas psicológicas

principalmente en temáticas relacionadas con su desarrollo interno, identificando que existen aspectos que quisieran mejorar de sí mismos, lo cual trasciende la utilidad práctica de solucionar conflictivas producidas en la interacción con otros – como ocurre en las conflictivas pertenecientes a otros dominios de co-existencia-. Es decir, la intención de trabajar aspectos del dominio de la Autoconsciencia revela una motivación hacia el cambio interno, una necesidad de desarrollo interior que muestra una orientación activa hacia el crecimiento personal.

En relación con esto, Frankl (1993) propone que ante la vivencia de una enfermedad incurable, luego de una sensación de vacío existencial, la persona se orienta en la búsqueda de un sentido para su vida. Afirma que esto se ve reflejado en la necesidad de elaborar temáticas orientadas al desarrollo interno y la autorrealización. Por lo tanto, dado que la orientación hacia la autorrealización y el crecimiento interno que se advierte en los sujetos que consultaron por temáticas relativas al dominio de Autoconsciencia, es para Frankl un efecto de la búsqueda de sentido, es posible postular que los sujetos que centraron sus problemáticas en el dominio de la Autoconsciencia se encuentran orientados hacia un sentido en sus vidas.

En la misma línea, Nichols (1985, en Tomasevic, 1988) expone una descripción del proceso psicológico orientado a la elaboración de herramientas a partir del vivenciar el VIH/SIDA. El autor plantea que cuando las personas con VIH comienzan a adaptarse a la situación de vivir con el virus, suelen desorientarse existencialmente y como respuesta a ello surge en ellas un nuevo sentido del yo, un cambio en la perspectiva con la cual miran el mundo, por lo cual se genera una necesidad de ajuste interno. Asimismo, cobra relevancia la necesidad de trabajar aspectos que tengan relación con temáticas intrapsíquicas orientadas a la autorrealización.

Por lo tanto, la vivencia del VIH/SIDA se puede haber conformado como una oportunidad al permitirles enfocarse en la búsqueda de un sentido para sus vidas, reflejada en la orientación hacia la autorrealización, lo cual habría movilizó a los sujetos a consultar por temáticas relacionadas con el dominio de Autoconsciencia.

La alta frecuencia de conflictivas ubicadas en dicho dominio es un hallazgo que no deja de llamar la atención. El que haya aparecido como el dominio más frecuente podría permitir a la Psicología replantear la significación que otorga a la enfermedad y revisar desde qué mirada se está abordando a la persona enferma.

A juicio de las autoras se propone abordar la enfermedad desde una perspectiva de aprendizaje y situar al sujeto enfermo más que desde la necesidad de suprimir los síntomas, dentro de un proceso de cambio y crecimiento en el cual la enfermedad pareciera ser más que un mal físico, una oportunidad de mejorar la calidad de vida emocional, una posibilidad de comprender aspectos de la vida que de otro modo no se habían enfrentado.

No obstante, lo llamativa que resulta la alta presencia de conflictivas relacionadas con temáticas de la Autoconsciencia revela que aún queda mucho por conocer acerca de la vivencia de las personas que viven con VIH/SIDA, ya que la presente investigación no indagó acerca de las problemáticas específicas, por lo que se perfila necesaria una profundización acerca de las temáticas básicas de dicho dominio.

El hallazgo de diferentes dominios de co-existencia entre las conflictivas de los sujetos evaluados permite mirar más integralmente al ser humano que se encuentra tras la notificación de VIH/SIDA ya que según ellos mismos reportaron, sus conflictivas se encuentran asociadas principalmente a otras áreas vitales. Esto además, podría orientar programas de mejoramiento de la calidad de vida de las PVVIH al utilizar estos hallazgos como antecedentes para apoyarlos desde áreas diferentes a la enfermedad.

Además, la determinación de temáticas poseedoras de conflicto permite entregar a la Psicología antecedentes acerca de las conflictivas de las PVVIH, para de este modo orientar intervenciones en áreas diferentes a la de la enfermedad, por ejemplo, en la realización de terapéuticas grupales que tiendan a la elaboración de aspectos internos orientados al crecimiento personal y la autorrealización.

En vista de que esta investigación fue desarrollada sólo con pacientes que vivieran con VIH/SIDA, para profundizar en los datos y las conclusiones obtenidas

sería recomendable la realización de un estudio comparativo que incluyera un grupo conformado por sujetos que presenten alguna otra enfermedad crónica que lleve a la muerte, por ejemplo personas con cáncer. De esta manera se podría investigar si los ámbitos de las conflictivas de las personas difieren entre personas que viven con VIH/SIDA y personas que viven con otras enfermedades terminales. Así mismo, se podría incluir un grupo control, de personas que no presentan alguna enfermedad de ese tipo, de manera de comparar los ámbitos de la vida en que se encuentran sus conflictivas.

Por otra parte, la muestra utilizada en este estudio estuvo conformada sólo por pacientes varones, por lo que la influencia del género en la vivencia del VIH/SIDA no pudo ser investigada. Es por esto que un estudio comparativo con población femenina también sería interesante para determinar si la vivencia del VIH/SIDA presenta diferencias considerables entre hombres y mujeres.

También se podría realizar un estudio acerca de la vivencia de las personas que viven con VIH/SIDA de acuerdo a diferentes variables de estratificación que arrojaran un mayor conocimiento acerca de los motivos que gatillan las diferentes problemáticas de los sujetos. Así, por ejemplo, se podría realizar una investigación que considerara el grado de conocimiento de la persona acerca del VIH/SIDA para determinar la importancia de la educación y la información en las conflictivas que el VIH/SIDA pueda provocar. O se podría incluir el dato “quien lo cuida” de manera de ver cómo el hecho de ser cuidado por una persona cercana o por un trabajador de la salud, por ejemplo, afectan el ámbito en que se encontrarán sus conflictivas. Este tipo de datos sería de gran utilidad para tener conocimientos acerca de las mejores condiciones de vida que estos pacientes requieren y acerca de la mejor manera de atenderlos y apoyarlos para lograr en ellos una mejor calidad de vida.

Finalmente, de manera de complementar los resultados de la presente investigación, resultaría interesante estudiar en mayor profundidad las conflictivas pertenecientes al dominio de VIH, de manera de conocer en qué ámbitos específicos el VIH está interfiriendo y generando conflictivas psicológicas. En la medida que sea posible determinar las áreas específicas de sus vidas que los sujetos consideran mayormente afectadas por su vivencia del VIH, se podrían

otorgar antecedentes relevantes para la elaboración de programas o políticas de apoyo para estos pacientes. Es decir, dicha información podría tener utilidad en cuanto a la temática y a las áreas en que se debieran enfocar los programas y las políticas de apoyo.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ahumada, M.E., 1997, "SIDA y Derecho a la No Discriminación", Programa de Investigación, Corporación de Promoción y Defensa de los derechos del Pueblo (CODEPU), Santiago, Chile.
2. Álvarez, M., Godoy, I. y Montiel F., 1988, "SIDA, Fundamentos Básicos y Clínica", Ediciones Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.
3. Arancibia, M. C. y Pérez, G., 1993, "Estudio Exploratorio-Descriptivo de Quince Pacientes Infeccionados por el VIH, en Etapa de Portadores Asintomáticos, que Concurren a Instituciones que Brindan Atención Especializada en VIH/SIDA", Memoria para optar al título de Psicólogo, Universidad de Chile, Departamento de Psicología, Santiago, Chile.
4. Barbero, J., Conde, J., Gafo, J., Perez, D., 1989, "El SIDA: Un Reto a la Sanidad, las Sociedad y la Ética", Publicaciones de la Universidad Pontificia Comillas, Madrid, España.
5. Bartlett, J. G. y Finkbeiner, A. K., 1996, "Guía para Vivir con VIH/SIDA", Editorial Diana, México.
6. Bayés, R., [s.a.], "SIDA y Psicología", Editorial Martínez Roca, Barcelona, España.
7. Benavente, C., Mundaca, O., 1995, "Determinación de Aspectos Biospiciosociales en el paciente VIH positivo, favorecedores de la Comunicación del Diagnóstico a su Familia", Memoria para optar al Título de Enfermera-matrona, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.

8. Bernal, J. y Bonacic, H., 1992, "Cómo Amar en la Era del SIDA", Fundación Nacional Contra el SIDA, Santiago, Chile.
9. Biedermann, N., 1995, "Antropología del Duelo", Revista del Instituto Chileno de Terapia Familiar, año 3, N°5.
10. Blanco, C. y Giacosa, J. L., 1996, "Sida: Buenas Noticias", Editorial Era Naciente SRL, Buenos Aires, Argentina.
11. Carvajal, C., 1994, "Estrés, Depresión e Inmunología", Revista de Psiquiatría Clínica, Vol. 31, N°1, P. 57-68, Santiago, Chile.
12. Castro, P. y Vásquez, P., 2003, "Percepción de Apoyo Social de los Usuarios VIH/SIDA", Memoria para optar al título de Asistente Social, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.
13. Comisión Nacional del SIDA (CONASIDA), 1994, "Manual de Información para la Educación: SIDA", Gobierno de Chile, Santiago, Chile.
14. CONASIDA, noviembre 1997, "NotaSida" N°2, Gobierno de Chile, Santiago, Chile.
15. CONASIDA, diciembre 2000, "Resumen Epidemiológico SIDA" N°13, en www.conasida.cl
16. CONASIDA, diciembre 2001, "Resumen Epidemiológico SIDA" N°15, en www.conasida.cl
17. CONASIDA, 2002, "Estrategia de Atención Integral a Personas que Viven con VIH/SIDA", Gobierno de Chile, Ministerio de Salud.

18. CONASIDA, 2003, "NotaSida" N°2, en www.conasida.cl
19. Consejo holandés de la investigación en el marco de la cooperación para el desarrollo (RAWOO), septiembre 2002, "Hacer que las Ciencias Sociales Importen en la Lucha contra el VIH/SIDA", La Haya, Holanda.
20. Cornejo De Luigi, M., 1986, "Efectos del Estrés en el Sistema Inmunológico", Revista Médica de Valparaíso, Vol. 35, N°4, P. 178-185.
21. Cortés, A., 2003, "Psiconeuroinmunología: Relación entre Factores Psicológicos, el Nivel de Carga Viral y el Estado del Sistema Inmunológico de Personas Viviendo con VIH/SIDA", Memoria para optar al título de Psicólogo, Universidad de Chile, Departamento de Psicología, Santiago, Chile.
22. Covarrubias, S. y Rubio, F., 1991, "SIDA: Un desafío para el Trabajo Social: Propuesta de Intervención para personas contagiadas por VIH/SIDA", Memoria para optar al título de Asistente Social, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.
23. Chomalí Garib, F., 2003, "Aspectos Científicos y Éticos de la Epidemia del VIH y el SIDA", Facultad de Medicina, Centro de Bioética, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.
24. De Hennezel, M., 1995, "La Muerte Íntima", Editorial Sudamericana, Buenos Aires, Argentina.
25. De Vita V., Hellman S., Rosenberg, S., 1986, "Sida: Etiología, Diagnóstico, Tratamiento y Prevención", Editorial Salvat, Barcelona, España.
26. Epstein, Ch., 1975, "Nursing the dying Patient: Learning process for Interaction", Reston Publishing Company Inc., Virginia, Estados Unidos.

27. Feixas, G., junio, 2003, "Constructivismo y Psicoterapia: Significados Personales y Análisis de Familias e Individuos", Seminario, Universidad Central, Santiago, Chile.
28. Fernández-Liria, A. y Rodríguez Vega, B., 2001, "La Práctica de la Psicoterapia: construcciones narrativas terapéuticas", Editorial Descleé de Brower, Bilbao, España.
29. Fuentes, D., Morales, A. y Ravanales P., 2003, "Toma de Decisiones en Salud: personas con VIH/SIDA", Memoria para optar a título de Enfermera-matrona, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.
30. Frankl, V., 1988, "La Voluntad de Sentido", Ed. Herder, Barcelona, España.
31. Frankl, V., 1992, "Teoría y Terapia de las Neurosis", Ed. Herder, Barcelona, España.
32. Frankl, V., 1993, "El Hombre en Busca de Sentido", Ed. Herder, Barcelona, España.
33. Frankl, V., 1994, "El Hombre Doliente", Ed. Herder, Barcelona, España.
34. Garfield, Ch. A., 1978, "Psychosocial Care of the Dying Patient", Mc Graw-Hill, Inc., Nueva York, Estados Unidos.
35. Godoy, M., 2002, "Constructivismo, cognición y psicoterapia", Asociación Argentina de Psiquiatras, www.aap.org.ar
36. Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P., 1998, "Metodología de la Investigación", Ed. Mc Graw Hill, México.

37. Jádrecic, A., 1993, "Interacciones Inmuno Neuro Endocrinas", Revista Chilena de Neuropsiquiatría, Vol. 31, N°3, P. 305-315.
38. Kastenbaum, R., 1986, "Death, Society and Human Experience", Charles E. Merrill Publishing Company, Ohio, Estados Unidos.
39. Kübler-Ross, E., 1975, "Death, the Final Stage of Growth", Prentice-Hall, Inc., Nueva Jersey, Estados Unidos.
40. Kübler-Ross, E., 1978, "On Death and Dying", Macmillan Publishing Co., Inc., Nueva York, Estados Unidos.
41. Kübler-Ross, E., 1993, "On Children and Death", Collier Books Macmillan Publishing Company, Nueva York, Estados Unidos.
42. Kübler-Ross, E., 1997, "Living with Death and Dying",
www.dailycelebrations.com
43. Mardones, V. y Reyes, M., 1991, "Factores Psicosociales que Influyen en los Comportamientos de Rechazo hacia los Pacientes con Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida", Tesis presentada a la Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica de Chile para optar a título profesional de Psicólogo y al grado académico de Licenciado en Psicología, Santiago, Chile.
44. Maturana, H., 1989, "Emociones y Lenguaje en Educación y Política", Dolmen Ediciones, Santiago, Chile.
45. Maturana, H., 1992, "El Sentido de lo Humano", Editorial Universitaria, Santiago, Chile.

46. Maturana, H., 1994, "Amor y Juego", Editorial Instituto de Terapia Cognitiva, Santiago, Chile.
47. Maturana, H. y Varela, F., 1995, "El Árbol del Conocimiento", Editorial Universitaria, Santiago, Chile.
48. Maturana, 1997, "La Objetividad un Argumento para Obligar", Dolmen Ediciones, Santiago, Chile.
49. Medina, X. y Fantin M., 1996, "Personas que viven con el virus del VIH/SIDA ¿Viven con él o son vividas por él? Una mirada desde el Lenguaje", Memoria para optar a Título de Psicólogo, Universidad Central, Santiago, Chile.
50. Mehre, D., 1998, "Resúmenes Acerca de la Enfermedad Terminal", Universidad Las Condes, Escuela de Psicología, Santiago, Chile.
51. Mena, I. y Yañez L., 2000, "Percepción que tienen los Familiares y no Familiares del paciente VIH hospitalizado en la Clínica Familia respecto al cuidado que ellos, como personas cercanas, reciben en enfermería", Memoria para optar a título de Enfermera-matrona, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.
52. Merino, L., 2002, "Adherencia: Cómo Mantenerse al Día con los Medicamentos", tomado de Project Inform en www.projectinform.org
53. Miller, D. y Green, J., octubre de 1986, "Counselling for HIV infection and AIDS", Clinics in Immunology and Allergy, vol. 6, N°3, p. 661-682.
54. Ministerio de Salud (MINSAL), Ley N° 19.779, " Establece normas relativas al virus de inmuno deficiencia humana y crea bonificación fiscal para enfermedades catastróficas", Gobierno de Chile.

55. Mittag, O., 1996, "Asistencia Práctica para Enfermos Terminales. Consejos para la Familia y para la Hospitalización", Editorial Herder, Barcelona, España.
56. Montagnier, L., 1993, "Sida los Hechos la Esperanza", Edición Instituto Pasteur, Barcelona, España.
57. Moreno, C. y Schellman, M., 2002, "La Construcción Femenina del Riesgo Sexual para el VIH/SIDA Estudio Exploratorio desde un Enfoque Biográfico y una Perspectiva de Género en Mujeres Seropositivas", Memoria para optar al título de Psicólogo, Universidad de Chile, Escuela de Psicología, Santiago, Chile.
58. Nuland, Sh., 1995, "Cómo Morimos", Editorial Alianza, Madrid, España.
59. Oficina Internacional del Trabajo (OIT), 8 de junio 2000, "VIH/SIDA: Una amenaza para el trabajo decente, la productividad y el desarrollo", Ginebra, Suiza.
60. OIT, noviembre de 2000, "Curso que ha de darse a la resolución relativa al VIH/SIDA y el mundo del trabajo, adoptada por la Conferencia Internacional del Trabajo en su 88.ª reunión, Consejo de Administración, Ginebra, Suiza.
61. OIT, 2001, "Repertorio de recomendaciones prácticas de la OIT sobre el VIH/SIDA y el mundo del trabajo", Ginebra, Suiza.
62. Organización Mundial de la Salud (OMS), 1987; "1º Conferencia Panamericana sobre el SIDA", Ecuador.
63. OMS y Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), Diciembre 2003; "Situación de la epidemia de SIDA. Diciembre de 2003"

64. Organización de Naciones Unidas (ONU), 2003, "Población, Derechos Reproductivos y Salud Reproductiva, con especial referencia al VIH/SIDA", Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, Nueva York, Estados Unidos.
65. ONUSIDA, mayo 2001, "Apoyo a las Personas que cuidan de Otras", Colección Prácticas Óptimas, Ginebra, Suiza.
66. ONUSIDA, noviembre 2001, "Protocolo para la identificación de discriminación contra las personas que viven con el VIH", Colección Prácticas Óptimas, Ginebra, Suiza.
67. ONUSIDA, septiembre, 2003, " Informe sobre los progresos realizados en la respuesta mundial a la epidemia de VIH/SIDA", Ginebra, Suiza.
68. Reyes, M., 1996, "Sentido de Vida y Bienestar en Personas que viven con el VIH/SIDA", Universidad de Chile, Facultad de Medicina, Escuela de Salud Pública, Magister de Salud Pública, Mención Salud mental, Santiago, Chile.
69. Reyes C. y Trevisiol C., 2002, "Opiniones de las Enfermeras con respecto al Morir, la Muerte y las Acciones de Enfermería frente al Paciente moribundo Adulto", Tesis para optar a la Licenciatura de Enfermería y al Título Profesional de Enfermera Matrona, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.
70. Ruiz Sánchez, J. J., 1998, "Respuestas a Diversas Críticas al Constructivismo y Terapia Constructivista", en www.psicologia-online.com/ESMUbada/Articulos/constructivismo.htm
71. Sepúlveda, C., 1999, "Sida", Editorial Universitaria, Santiago, Chile.
72. Singer, H., 1989, "La Verdad Sobre las Mujeres y el SIDA", Editorial Planeta Argentina, Buenos Aires, Argentina.

73. Suazo P. y Succo, R., 2002, "Actitud frente a la persona VIH/SIDA de los Trabajadores de la Salud pertenecientes a la Corporación Municipal de la Florida", Memoria para optar a título de Enfermero, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.
74. Taylor S. y Bogdan, R., 1986, "Introducción a los métodos cualitativos de investigación: la búsqueda de significados", Ed. Paidós, Buenos Aires, Argentina.
75. Tomasevic, A. M., 1988, "Consideraciones Psicosociales del Paciente VIH positivo y SIDA", en "Consideraciones en Torno a las Enfermedades VIH positivo y SIDA en Chile", Documento de Trabajo N°38, CEAP, Unidad de Salud Mental, Departamento de Psiquiatría y Salud mental, División Ciencias Médicas Oriente, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Santiago, Chile.
76. Vidal, F.; Zorrilla, S.; Donoso, C.; Hevia, A.; Cordero, V. y Pascal, R., 2002, "Situaciones de Discriminación que Afectan a las Personas Viviendo con VIH/SIDA en Chile", Vivo Positivo, Santiago, Chile.
77. Vidal, F.; Carrasco, M.; Pascal, R., 2004, "Mujeres chilenas viviendo con VIH/SIDA ¿Derechos sexuales y reproductivos? : un estudio de correlaciones en ocho regiones del país", FLACSO, Santiago, Chile.
78. Vernon, G. M., 1970, "Sociology of Death An Analysis of Death-Related Behavior", The Ronald Press Company, Nueva York, Estados Unidos.
79. White, M. y Epston, E., 1993, "Medios narrativos para fines terapéuticos," Paidós, Barcelona, España.
80. Zlachevsky, A. M.; no figura año, "Una Mirada Constructivista en Psicoterapia", apuntes.

81. Revista de la Sociedad Chilena de Psicología Clínica, 1998, "Revista Psicológica", año VII, N°10
82. Asociación por los Derechos de los Usuarios de la Salud, 2002
<http://www.adusalud.org.ar/info/sida.htm>
83. <http://www.aids-sida.org/diccsida.htm#VV>
84. www.ctv.es/USERS/fpardo/vih4.htm
85. <http://www.dpd.cdc.gov/dpdx/HTML/Pneumocystis.htm>
86. <http://www.encolombia.com>
87. <http://www.sfaf.org/espanol/informaciondelvih/inmuno.html>
88. "Temores y Dificultades de Personas que Viven con VIH", 2002,
<http://www.adusalud.org.ar/pro/dic01-temores.htm>

8. ANEXOS

1. Ficha Psicológica
2. Carta explicativa para la Fundación Arriarán
3. Planilla Final de Datos

ANEXO 1

Servicio de Salud Metropolitano
Hospital Clínico San Borja Arriarán
Fundación Arriarán

FICHA PSICOLÓGICA

IDENTIFICACIÓN

NOMBRE :
EDAD :
SEXO :
ESTADO CIVIL :
OCUPACIÓN :
ESTUDIOS :
CON QUIÉN VIVE :
PAREJA :
ORIENTACIÓN SEXUAL :
FECHA NOTIFICACIÓN :
MEC. DE CONTAGIO :
ETAPA DE VIH :
DIRECCIÓN :
TELÉFONO :
DERIVADO POR :
FECHA 1º ENTREVISTA :
NOMBRE TERAPEUTA :

ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

1. QUEJA INICIAL DEL PACIENTE

.....
.....
.....
.....
.....

2. DESDE CUÁNDO

.....
.....
.....
.....
.....

3. POR QUÉ AHORA

.....
.....
.....
.....
.....

4. SOLUCIONES INTENTADAS

.....
.....
.....
.....
.....

5. EXPECTATIVAS DE TRATAMIENTO

.....
.....
.....
.....
.....

ANTECEDENTES BIOGRÁFICOS

1. GENOGRAMA

2. ANTECEDENTES FAMILIARES RELEVANTES

.....
.....
.....
.....
.....

ANTECEDENTES PERSONALES

1. INFANCIA Y ADOLESCENCIA

.....
.....
.....
.....
.....

2. HISTORIA SOCIAL Y DE PAREJA (Amigos, pololos, sexualidad, etc.)

.....
.....
.....
.....
.....

3. CREENCIAS Y VALORES

.....
.....
.....
.....
.....

4. ANTECEDENTES ACADÉMICOS (Antecedentes escolares, estudios superiores)

.....
.....
.....
.....
.....

5. ANTECEDENTES LABORALES (Empleo actual, cambios, dificultades)

.....

.....

.....

.....

.....

6. ANTECEDENTES MÓRBIDOS (Enfermedades actuales)

.....

.....

.....

.....

.....

7. ANTECEDENTES MÓRBIDOS FAMILIARES (Enfermedades psiquiátricas)

.....

.....

.....

.....

.....

8. TRATAMIENTOS ANTERIORES (psicológicos, psiquiátricos, medicamentos)

.....

.....

.....

.....

.....

9. IMPRESIÓN CLÍNICA

.....

.....

.....

.....

.....

10. MOTIVO DE CONSULTA (CO-CONSTRUIDO)

.....
.....
.....
.....
.....
.....

11. HIPÓTESIS DIAGNÓSTICA

.....
.....
.....
.....
.....
.....

12. COMENTARIOS FINALES Y SUGERENCIAS DE TRATAMIENTO

.....
.....
.....
.....
.....
.....

ANEXO 2

25 de mayo de 2003

Ps. Jimena Medina Lastra
Jefa de la Unidad de Salud Mental
Fundación Arriarán
Hospital San Borja Arriarán

Estimada Señora Jimena,

Nuestros nombres son Constanza Berríos y Alejandra Yerkovic, egresadas de Psicología de la Universidad de Chile.

Nos dirigimos a usted para solicitar su autorización para asistir a la Fundación Arriarán entre los meses de septiembre y diciembre 2003, con el objetivo de revisar las fichas psicológicas de los pacientes ahí atendidos. Esto sería de gran utilidad para nosotras en la realización de nuestra memoria para optar al título de Psicólogas, ya que intentamos llevar a cabo un estudio sobre las problemáticas personales de los pacientes que viven con VIH/SIDA.

Confiado recibir su colaboración, acepte Ud. nuestro atento saludo.

Respetuosamente,

Constanza Berríos

Alejandra Yerkovic

ANEXO 3

PLANILLA FINAL DE DATOS								
N°	Edad	Estudios	Ocupación	Orientación Sexual	Pareja	Tiempo Notificación	Etapa VIH/SIDA	Dominio de Co-existencia
1	II	ET	CO	HO	SP	III	C	A
2	III	EM	CO	HO	SP	II	B	VIH
3	II	EP	SO	HO	SP	III	C	F
4	III	ET	CO	HO	SP	I	A	F
5	III	EM	SO	BI	SP	II	C	A
6	III	ET	SO	HO	CP	III	C	A
7	II	ET	SO	HO	SP	III	C	A
8	III	ET	CO	HO	SP	III	A	VIH
9	II	EM	SO	HO	CP	III	B	OS
10	III	EP	SO	HO	CP	II	C	L
11	IV	EM	CO	HE	SP	III	C	L
12	II	ET	SO	HO	CP	III	A	F
13	IV	EB	CO	HO	SP	III	C	VIH
14	II	ET	CO	HO	SP	I	A	F
15	IV	EB	SO	HO	CP	III	C	F
16	II	ET	CO	HO	SP	I	A	VIH
17	II	ET	SO	HO	CP	II	C	VIH
18	III	EP	SO	HE	SP	III	B	VIH
19	III	ET	CO	HO	SP	III	A	A
20	IV	EP	SO	HE	CP	III	A	A
21	III	ET	CO	HO	SP	II	C	VIH
22	III	ET	SO	HO	SP	III	A	A
23	III	EM	CO	HO	CP	III	A	A
24	III	EP	CO	HO	SP	II	A	F
25	II	ET	CO	HO	SP	III	A	A
26	III	EB	SO	HO	SP	III	B	F
27	IV	EM	SO	HO	CP	III	B	F
28	III	EM	SO	HO	SP	III	B	A
29	IV	ET	SO	HE	CP	I	A	F
30	III	EM	SO	HO	CP	III	A	L
31	IV	EP	SO	HE	SP	II	B	A
32	III	ET	CO	HO	SP	III	A	A
33	III	ET	CO	HE	CP	I	C	F
34	II	EM	CO	HE	CP	I	B	VIH
35	III	EB	SO	HE	CP	II	B	F
36	III	EB	CO	HO	SP	I	A	A
37	III	EP	SO	HO	SP	I	C	VIH
38	IV	EM	CO	BI	CP	III	B	A
39	III	EB	CO	HE	CP	III	C	VIH
40	I	ET	SO	HO	CP	II	C	F
41	II	ET	SO	HO	CP	III	B	A
42	II	EB	CO	HO	SP	III	A	A
43	III	EM	SO	BI	SP	II	C	VIH
44	I	EM	CO	HO	CP	I	C	VIH
45	III	EP	CO	HO	CP	III	A	A
46	III	ET	CO	HO	SP	I	A	A
47	III	EB	SO	HE	SP	III	C	VIH
48	III	EM	SO	BI	SP	II	C	VIH
49	II	EM	CO	HE	CP	III	B	VIH
50	III	EM	CO	HO	CP	II	A	F
51	II	EM	CO	HO	CP	III	B	F
52	III	EM	CO	HO	SP	I	C	VIH
53	III	EP	SO	HO	SP	III	B	F
54	III	EB	CO	HO	SP	III	A	A
55	IV	ET	SO	HO	SP	III	A	A