

**ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN POBLACION AFECTADA POR
VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO QUE VIVEN CON VIH EN LA CIUDAD
DE SAN JUAN DE PASTO**

(Proyecto de trabajo de grado para optar por el título de Psicólogo)

**CRISTINA AMPARO LÓPEZ RODRÍGUEZ
MARIBELL PAOLA PAREDES GUZMÁN**

**Universidad de Nariño
Facultad de Ciencias Humanas
Programa de Psicología
San Juan de Pasto, Junio de 2013**

**ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN POBLACION AFECTADA POR
VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO QUE VIVEN CON VIH EN LA CIUDAD
DE SAN JUAN PASTO**

(Proyecto de trabajo de grado para optar por el título de Psicólogo)

**CRISTINA AMPARO LÓPEZ RODRÍGUEZ
MARIBELL PAOLA PAREDES GUZMÁN**

Asesor

Mg. Neidy Lorena López Eraso

**Universidad de Nariño
Facultad de Ciencias Humanas
Programa de Psicología
San Juan de Pasto, Junio de 2013**

“La Universidad de Nariño no se hace responsable por las opiniones o resultados obtenidos en el presente trabajo y para su publicación priman las normas sobre el derecho de autor”.

Acuerdo 1. Artículo 324. Octubre 11 de 1966, emanado del honorable Consejo Directivo de la Universidad de Nariño.

Nota de aceptación

Jurado 1

Jurado 2

RESUMEN

La Violencia Basada en el Género es una problemática de salud pública que afecta a todas las esferas de la población; como lo dice Alvarado y Guerra (2012), la violencia de género causa muertes, enfermedad e influye en la calidad de vida de las personas afectadas por tanto es un problema de salud pública. Además, el contagio de VIH/SIDA se presenta como una consecuencia directa de ser víctima de este tipo de violencia.

El presente estudio es de tipo descriptivo, y se trabajó a partir del diseño de entrevistas individuales estructuradas aplicadas a un grupo de mujeres y hombres que viven con VIH y han sido afectadas/os por Violencia Basada en Género. Con el estudio se realizó una descripción de la forma como estas personas han podido superar su condición a partir de la aceptación del diagnóstico y la estructuración de estrategias de afrontamiento adecuadas.

La investigación dio a conocer que aceptar el diagnóstico por VIH se torna complicado para los afectados/as debido a que la noticia trae un sin número de emociones y pensamientos que no permiten en un comienzo aceptar la enfermedad; igualmente los factores de riesgo a los que se vieron expuestos tiene que ver en la manera como asimilan el diagnóstico por VIH. Aceptar la enfermedad se complica aún más cuando deben asumir que han sido contagiadas/os por ser afectadas/os por la violencia de género o en otros casos además de asumir su enfermedad se ven expuestos a violencia de género por su diagnóstico de VIH.

Así mismo las estrategias de afrontamiento juegan un papel decisivo cuando se trata de hacer frente a la violencia de género y al diagnóstico de VIH; se observa cómo las personas en un comienzo tienen pensamientos y comportamientos que no les permiten hacer frente a la problemática, sin embargo, cuando se dan cuenta de los recursos que poseen reestructuran sus pensamientos, emociones y comportamientos en función de salir del ciclo violento.

Palabras claves: VIH/SIDA, Violencia Basada en Género, aceptación del diagnóstico, Estrategias de Afrontamiento, factores de riesgo.

ABSTRACT

The Gender Based Violence is a public health problem that affects all areas of population, as it says Alvarado and War (2012); gender violence causes death, disease and affects the quality of life of people affected by both a public health problem. Moreover, the spread of HIV / AIDS is presented as a direct result of being a victim of such violence.

This study is descriptive, and worked from the design of structured interviews applied to a group of women and men living with HIV and affected by gender-based violence. In the study, a description of the way how are you people have overcome their condition after the acceptance of the diagnosis and the structuring of appropriate coping strategies.

The investigation revealed that accept HIV diagnosis becomes complicated because the news brings countless emotions and thoughts that do not allow at first accept the disease, also risk factors to which they were exposed must see how assimilated in diagnosing HIV. Accept the disease is further complicated when they assume that they have been infected being affected by gender violence or in cases other than assuming their disease are exposed to domestic violence by their HIV diagnosis.

Also coping strategies play a decisive role when it comes to dealing with gender violence and HIV diagnosis, observing how people initially have thoughts and behaviors that are not allowed to address the problem without But when they realize the resources they have restructured their thoughts, emotions and behaviors according to exit the cycle of violence.

Keywords: HIV / AIDS, gender-based violence, acceptance of the diagnosis, coping strategies, risk factors.

TABLA DE CONTENIDO

LISTA DE TABLAS.....	6
LISTA DE FIGURAS.....	7
RESUMEN.....	8
ABSTRACT.....	9
INTRODUCCIÓN.....	10
Factores biológicos.....	14
Factores sociales.....	14
Factores económicos.....	14
Rechazo o negación.....	15
Rebeldía.....	16
Negociación o pacto.....	16
Depresión.....	16
Aceptación o consentimiento.....	16
Objetivos.....	20
Objetivo general.....	20
Objetivos específicos.....	21
Paradigma metodológico.....	21
Enfoque metodológico.....	21
Tipo de estudio.....	21
Participantes.....	22
Universo.....	22
Unidad de análisis.....	22
Unidad de trabajo.....	22
Técnicas de recolección de la información.....	23

Cuestionario.....	23
Entrevista individual estructurada.....	23
Categorías.....	24
Procedimiento.....	26
Plan de análisis de datos.....	27
Consideraciones bioéticas y deontológicas.....	28
Resultados.....	29
Análisis categorial.....	29
Discusión.....	47
Conclusiones.....	56
Limitaciones.....	59
Recomendaciones.....	60
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	61
ANEXOS.....	68
Anexo 1. Distribución porcentual de la manera como se enteraron del diagnóstico y el motivo para practicarse la prueba del VIH.....	69
Anexo 2. Distribución porcentual sobre adherencia al tratamiento y cambios en su vida sexual después del diagnóstico de VIH.....	70
Anexo 3. Distribución porcentual sobre pensamientos, sentimientos y conductas al momento de darse cuenta que son afectados/as por VBG.....	71
Anexo 4. Distribución porcentual sobre fortalezas y dificultades para salir de la situación de violencia de género.....	72
Anexo 5. Distribución porcentual sobre modificaciones en pensamientos, emociones y comportamientos después de salir de la situación de violencia.....	73

Anexo 6. Cuestionario población afectada por VBG que viven con VIH.....	74
Anexo 7. Entrevista población afectada por VBG que viven con VIH.....	74
Anexo 8. Entrevista a expertos.....	77
Anexo 9. Formato de validación por jueces.....	78
Anexo 10. Consentimiento informado.....	86

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Factores para desarrollo de estrategias de afrontamiento 18

Tabla 2. Categoría de estudio: asimilación del diagnóstico..... 24

Tabla 3. Categoría de estudio: estrategias de afrontamiento, valoración primaria..... 25

Tabla 4. Categoría de estudio: estrategias de afrontamiento, valoración secundaria.....25

Tabla 5. Categoría de estudio: estrategias de afrontamiento, modificaciones cognitivas, afectivas y conductuales.....26

Tabla 6. Categoría de estudio: asimilación del diagnóstico.....29

Tabla 7. Categoría de estudio: estrategias de afrontamiento, valoración primaria.....36

Tabla 8. Categoría de estudio: estrategias de afrontamiento, valoración secundaria.....40

Tabla 9. Categoría de estudio: estrategias de afrontamiento, modificaciones cognitivas, afectivas y conductuales.....43

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. <i>Formula para obtener el tamaño muestral</i>	22
Figura 2. <i>Fases del proceso de investigación</i>	26
Figura 3. <i>Taxonomía asimilación del diagnóstico</i>	45
Figura 4. <i>Taxonomía Violencia Basda en Género</i>	46

INTRODUCCIÓN

A pesar de las dificultades existentes para realizar una definición clara y unitaria de la violencia, debido a la complejidad de la problemática, la OMS (1996, citado por Organización Panamericana de la Salud [OPS] & Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud, 2002) la define como “el uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones” (p. 5). El Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia, La Dirección Nacional de Salud de Bolivia, el Programa Nacional de Género y Violencias, la OMS y la OPS (2004) establecen que existen tres tipos importantes de violencia, los cuales son: la violencia autoinflingida, la violencia interpersonal y la violencia colectiva.

Ahora bien, la relación entre violencia y cultura es incuestionable, solo el hombre en comunidad es capaz de producir y tolerar violencia. La violencia deshumaniza y arruina la sociedad (López, 1996). Se habla de una cultura de violencia cuando las acciones violentas constituyen las respuestas al problema. Según Aguilar (2000), la cultura de violencia resulta ser el elemento aplicado y aceptado para la resolución de los problemas y al tiempo conserva conflictos, es decir que por medio de los conflictos se perpetúa la desigualdad, favoreciéndose algunos grupos y deteriorando a otros.

Por otra parte, se encuentra que existe la transmisión generacional de la violencia, donde los niños y niñas que viven en contextos violentos aprenden diferentes creencias en torno a estereotipos de género, la desigualdad entre hombre y mujer, la forma como se relacionan con las personas y el uso de la violencia para resolver sus problemas, todo esto constituye la base de conductas inapropiadas y agresivas en sus futuras relaciones de pareja. A la vez se encuentra una predisposición por parte de las niñas a identificarse con un rol materno, asumiendo comportamientos sumisos, pasivos y de subordinación; los niños adoptan un rol paternal, con una posición de poder y privilegio (Sepúlveda, 2006).

Es importante observar que la violencia es un ejercicio de poder no consensuado (Álvarez & Sánchez, 2007), por lo tanto se relaciona directamente con la discriminación, entendida como la violación a los derechos fundamentales de hombres y mujeres, como en el caso de la Violencia Basada en Género [VBG].

Hasta este momento se ha realizado una exploración en torno a la definición y características de la violencia, se hace necesario profundizar sobre VBG, la cual es entendida como aquella que se ejerce en función de pertenecer a un género, femenino o masculino. Por lo general, el concepto se asocia directamente con la violencia contra la mujer, donde el sujeto pasivo es la persona del género femenino, sin embargo, la VBG incluye también las agresiones físicas y psicológicas que una mujer puede ejercer sobre un hombre (United States Agency for International Development [USAID], 2008).

Dentro de la VBG se encuentra la violencia contra la mujer, la cual hace referencia al maltrato que sufren tanto mujeres y niñas simplemente por su condición de género, se ven sometidas al maltrato no solamente físico sino también psicológico, pone en riesgo su salud sexual y reproductiva, en la mayoría de los casos la violencia es ejercida por su pareja, pero también se encuentra discriminación en el ámbito social y laboral donde las mujeres ganan menos que los hombres y se ven expuestas a humillaciones por parte de los que están en un rango superior. A consecuencia de las diferentes violaciones a los derechos de la mujer, se han creado reformas que ayuden a proteger el bienestar de las mujeres, es así como se puede encontrar que según la ONU (1993), “es una manifestación de relaciones de poder históricamente desiguales entre el hombre y la mujer, que han conducido a la dominación de la mujer y la discriminación en su contra por parte del hombre e impedido el adelanto pleno de la mujer” (p. 1).

Aunque los hombres también son víctimas de VBG, es más común que las denuncias se presenten por parte de las víctimas del sexo femenino, al contrario de los hombres, que no denuncian el abuso en muchos casos por temor o prejuicios referentes a ser juzgados. Según, Olmo (2009), los hombres maltratados son objeto de denuncias falsas, de malos tratos o reciben de la mujeres maltrato psicológico o físico. Las denuncias por parte de los hombres no se presentan en su mayoría por

vergüenza de que se sepa que son agredidos por la pareja, además de ser disuadidos debido a que la mujer puede asegurar que es el hombre quien inicia los actos de violencia, siendo éste juzgado por ello.

Según Ehrenreich, (citado por Trujano, Martínez & Benítez, 2002), la incursión de la mujer en el campo laboral ha provocado reformas en el hogar, produciendo que más familias estén sostenidas económicamente por ellas, por lo que se observa que el machismo ya no es tan predominante como en otras épocas, por el contrario muchos hombres aceptan sus sentimientos sin prejuicios, y adoptan un papel diferente en sus hogares, haciéndose responsables igualmente del cuidado de sus hijos.

Dentro de la VBG, Pinzón (2008), identifica tres tipos de violencia: El primer tipo se relaciona con la violencia familiar y doméstica, el segundo tipo de violencia se refiere a la negación de las preferencias sexuales y finalmente, el tercer tipo de violencia se centra en que según el género de una persona está destinada a realizar cierto tipo de labores.

En Colombia, se presenta diariamente VBG, lo cual se evidencia en las cifras. De acuerdo con el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (2010), entre el 2004 y el 2008, 6603 mujeres murieron víctimas de homicidio, de ellas 4000 fueron asesinadas con arma de fuego. Por otra parte, se encuentra que 811 de estos casos se dieron por venganzas, peleas o delitos de tipo sexual, 694 por acción de guerrilleros, paramilitares, terroristas o militares, y 238 por atraco callejero, robo a residencias o a vehículos. Se destaca que en el 2008 se registró un alto porcentaje de violencias contra las mujeres con 73395 casos reportados, de los cuales 15894 corresponden a delitos sexuales.

En cuanto a la violencia cometida en contra de los hombres, el instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (2010) identificó que en el año 2008 se reportaron 5742 casos de maltrato de pareja en los cuales la víctima es el hombre. De acuerdo con El tiempo (2007), en Colombia los hombres presentan maltrato físico evidenciado en arañazos, mordiscos y apuñalamientos y quienes realizan la denuncia solicitan protección y asesoría psicológica.

Como se puede observar la VBG aumenta cada vez más tanto en mujeres como en hombres, lo que ocasiona diferentes consecuencias en su salud física como psicológica. Dentro de dichas consecuencias se encuentra que existe una relación importante entre la VBG y el VIH. Por una parte hay personas que son víctimas de VBG en función del diagnóstico de VIH positivo; otras personas se han infectado con VIH producto de ser víctimas de VBG.

Para Vera (2003), las pautas de género interfieren en el conocimiento y prevención del VIH tanto en los hombres como en las mujeres, sumadas a las actitudes y comportamientos que aumentan el riesgo individual de contagio de VIH. Dichas pautas llevan a construir estereotipos de moral sexual en desigualdad de condiciones para los hombres y mujeres, estableciendo conductas distintas hacia la enfermedad por VIH. La VBG se ha convertido en un fenómeno frecuente en todas las sociedades, los hechos violentos incrementan la vulnerabilidad por VIH, sobre todo en las mujeres y de los Hombres que tienen Sexo con Hombres [HSH] (International Council of AIDS Service Organizations, 2011). La interacción entre VIH y VBG es múltiple y trae secuelas para la salud física y mental de las personas. En diferentes estudios se ha encontrado una relación positiva entre la violencia sexual y doméstica y el contagio por VIH, de igual manera se encuentra un aumento de la violencia en las personas que viven con VIH (Unidad de Género, Etnia y Salud, 2004).

Muchas mujeres víctimas de violencia, se ven expuestas a agresiones sexuales que afectan su salud sexual y reproductiva. León (2006), identifica que el ejercicio de la violencia “coarta la autonomía sexual de la mujer, incrementa el número de embarazos no deseados y dificulta su protección contra el VIH” (p. 229).

Se conoce que la transmisión del VIH de hombre a mujer es entre dos a tres veces más probable que la transmisión de mujer a hombre (Marcovici, 2002). La vulnerabilidad se acrecienta, por la inequidad de género, donde la mujer es vista como un ser pasivo, subordinada a los deseos sexuales del hombre (Marcovici, 2002).

Los factores de vulnerabilidad que exponen a la mujer al VIH/SIDA, según Marcovici (2002) son:

Factores biológicos

Las mujeres por su biología tienen un riesgo mayor de ser contagiadas, el tejido blando del aparato reproductor femenino se desgarrar fácilmente, produciendo una vía de transmisión para el virus. Hay mayor probabilidad de que una mujer tenga contacto sexual así ella no lo quiera, por un coito forzado, es decir, puede ser violada o no cuenta con el poder para negarse a los deseos sexuales de su pareja.

Factores sociales

Las creencias en cuanto a la virginidad y sexualidad de las mujeres, evita que asistan a servicios de salud y prevención contra el VIH. Además, se piensa que el fin de las relaciones sexuales de las mujeres es exclusivamente para la reproducción, obstaculizando los programas de salud y la protección contra el VIH.

Factores económicos

Las condiciones laborales de la mujer son muy inestables y ellas ganan mucho menos que los hombres, lo cual aumenta la vulnerabilidad ante el VIH en dos sentidos, en primer lugar las mujeres que no cuentan con un trabajo, tienen menor acceso a programas de salud y dependen económicamente de los hombres. Lo cual hace que las decisiones sobre las relaciones sexuales, la salud, el uso de preservativos, entre otros, sean tomadas por sus parejas. En segundo lugar, las mujeres que están empleadas en la economía informal, tienen un menor sueldo, se ven limitadas en cuanto a los servicios sanitarios y no tienen cómo cubrir los medicamentos.

Al igual que la mujer los hombres también se ven expuestos a condiciones especiales que los hacen propensos a contraer VIH. En el hombre, el riesgo de vulnerabilidad se presenta por la poca información que tiene respecto a la sexualidad, además tiene un alto porcentaje en consumo de alcohol y el uso de drogas, por sus labores que son consideradas trabajo masculino, como es la conducción de camiones, la marina y el ejército, hace que estén continuamente viajando y lejos de sus familias. Actualmente, los hombres tienden a tener relaciones sexuales a temprana edad y con más frecuencia, aumentando la vulnerabilidad ante el VIH (ONUSIDA, 2000).

La vulnerabilidad también está relacionada con las normas sociales que definen la identidad masculina. Es común encontrar que muchos hombres heterosexuales asumen conductas de riesgo con el fin de dar a conocer su virilidad y afirmar su masculinidad. Los hombres homosexuales y los Hombres que tienen Sexo con otros Hombres [HSH], tienen comportamientos de riesgo, por el hecho de seguir manteniendo en secreto su orientación sexual dentro de su contexto altamente homofóbico. Tanto los hombres heterosexuales como los HSH, tienen relaciones sexuales casuales con más frecuencia, múltiples parejas, comprar sexo de trabajadores sexuales y el no uso de preservativos (Cuerpo y Derechos, 2010).

Mientras que a nivel mundial las mujeres representan casi el 52% del total de personas que viven con VIH (ONUSIDA, 2011), en Colombia, según un informe del Ministerio de la Protección Social (citado por Ávila, 2010) “por cada dos hombres infectados con el VIH, existe una mujer y hace apenas diez años, por cada 12 hombres había una mujer viviendo con el virus” (p. 1).

En Nariño, hasta el mes de Agosto de 2012 se han reportado un total de 1150 casos de VIH. La mayor parte se presentan entre los 25 y 44 años de edad, siendo Pasto (632 casos), Tumaco (228 casos), Ipiales (81 casos) y Barbacoas (22 casos) los municipios con más alta incidencia (Garzón, 2012).

Las mujeres y hombres no solo se ven enfrentados a aceptar la VBG, sino que a la vez deben asimilar el diagnóstico de VIH/SIDA; recibir la noticia es un proceso que trae consigo un impacto psicológico que afecta su vida familiar y social, por las implicaciones que tiene que asumir ahora que tendrá que vivir con VIH. La forma en que cada paciente reacciona es diferente y está relacionada con su personalidad y la manera en que se infectaron, la fase en la que se encuentra y el grado de acompañamiento tanto social como psicológico.

A nivel psicológico se pueden presentar diferentes fases, según Arias, Estrada, Gómez, Lattuada & Soria (2003), se presentan las siguientes etapas de asimilación:

Rechazo o negación

Después del choque inicial, se desencadena una etapa de bloqueo de sentimientos y una sensación de irrealidad. Los síntomas son, el rechazo a la enfermedad, la no aceptación de la realidad, aparición de interrogantes, dudas y

temores sentimiento de rechazo y abandono de los demás, sentimientos de soledad y miedo a lo desconocido. La negación es esencial para la salud psicológica del paciente y suele desaparecer durante el proceso.

Rebeldía

La rebeldía se da por los cambios en la vida que la persona tendrá que afrontar, es decir los cambios en su aspecto físico, el tener que hospitalizarse, asumir los tratamientos y asistir a las terapias, el tener que dejar de lado sus actividades cotidianas.

Negociación o pacto

Es capaz de reconocer sus propios recursos personales, permitiéndole obtener un equilibrio entre la negación y la aceptación de su enfermedad. En esta fase comienza a valorar a las personas y su entorno, considera el apoyo recibido de quienes lo rodean, busca alternativas para su tratamiento y se involucra en grupos que puedan apoyarlo.

Depresión

La depresión en las personas con VIH, se da por sentimientos de culpa, reproches y la devaluación personal. En esta fase, es necesaria la expresión de sentimientos como el temor que siente de morir.

Aceptación o consentimiento

Si la persona logró pasar las fases anteriores en acompañamiento con sus seres queridos, podrá ser capaz de asumir la aceptación de una forma adecuada. Es una etapa, donde la persona y sus familiares, están en continuo contacto emocional.

No todas las personas que viven con VIH, pasan de la misma manera las etapas, debido a que cada uno con sus diferencias individuales asume el diagnóstico de distinta manera. Lo importante en la asimilación es el contacto con sus seres queridos, la continua comunicación y el afecto que ellos puedan brindarle.

Cada persona tiene una forma de enfrentar situaciones críticas como es la enfermedad, asumiendo comportamientos que le ayuden a asimilar y reconstruir su vida a partir de los nuevos acontecimientos; lo cual se logra debido a las estrategias de afrontamiento que cada persona asume a lo largo de su vida en diferentes situaciones y problemáticas.

Las Estrategias de Afrontamiento son definidas por Lazarus y Folkman (1991, citados por Nava, Ollua, Vega, & Soria, 2010), como: “aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales, constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo” (p. 214). Se considera un proceso dinámico que implica la evaluación y reevaluación continua de los sujetos en ambientes demandantes y su función está relacionada con las estrategias que las personas usan para lograr sus propios objetivos.

Los autores en su modelo enfatizan en la relación persona y ambiente, la base del modelo radica en cómo la situación que la persona vive llega ser estresante por la interpretación que ella le da. Incluyen dos tipos de valoración cognitiva, la primera relacionada con la evaluación que la persona puede realizar del evento en sí, es decir el significado que el sujeto le da a una determinada situación de riesgo, de responsabilidad hacia su propio bienestar y/o supervivencia.

La segunda, está vinculada con los recursos que el sujeto posee tanto personales, sociales, económicos como institucionales para hacer frente al evento demandante, si este representa amenaza para él. Se busca establecer las acciones a ejecutar para afrontar el estresor y la percepción de las habilidades de afrontamiento (Solíz & Vidal 2006).

El sujeto evalúa la situación de acuerdo a cuatro modalidades: a. valoración de la amenaza, que se presenta cuando la persona prevé un potencial peligro; b. valoración de desafío, se presenta ante una evaluación de amenaza en la que también hay una posibilidad de ganancia; c. evaluación de pérdida, cuando existe cierto deterioro o daño como puede ser una enfermedad incapacitante, un quebranto a la estima propia o la pérdida de un ser querido; d. valoración de beneficio, no crea reacciones de estrés. Las dos valoraciones establecen que la situación pueda ser apreciada como desafío o reto, la situación moviliza los recursos de la persona produciendo sentimientos de eficacia y logro. Otra manera de valoración es la amenaza, el sujeto piensa que no cuenta con los recursos para enfrentar la situación.

Nava, et al (2010), al realizar un análisis factorial referente a la validación del Inventario de Estrategias de Afrontamiento, hacen énfasis en ocho factores

principales, los cuales se muestran a continuación y se toman como base conceptual del presente estudio:

Tabla 1. Factores para desarrollo de estrategias de afrontamiento

Factores
Resolución de problemas
Reestructuración cognitiva
Apoyo social
Expresión emocional
Evitación de problemas
Pensamiento desiderativo
Retirada social
Autocrítica

Los dos primeros factores que son resolución del problema y reestructuración cognitiva hacen referencia al manejo adecuado del problema, lo cual indica el afrontamiento adaptativo centrado en el problema ya sea haciendo modificaciones en la situación o en el significado de la misma. Se encuentra también el apoyo social y la expresión emocional las cuales están centradas en el manejo de la emoción en un momento o situación de estrés.

Las sub – escalas evaluación del problema y pensamiento desiderativo se centran en el problema evitando situaciones estresantes. Por último se encuentra la retirada social y autocrítica que reflejan un afrontamiento desadaptativo centrado en las emociones, pero basado en el aislamiento, la autocrítica y la autoinculpación.

Como se ha mencionado anteriormente, la VBG y el VIH/SIDA son problemáticas de alto impacto en el mundo. Por tanto, organizaciones como el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo [PENU], ONUSIDA, USAID, la Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas [UNGASS], Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados [ACNUR], Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer [UNIFEM], y la Organización Mundial de la Salud [OMS], entre otras, han venido trabajando en diferentes

investigaciones que aporten en el conocimiento de nuevos hallazgos que sean de utilidad tanto para las diversas entidades como para la comunidad en general.

La Asociación Venezolana para una Educación Sexual Alternativa [AVESA] (2007), realizó un proyecto de tipo descriptivo sobre la vulnerabilidad de la mujer víctima de la violencia ante el VIH/SIDA en Venezuela durante el periodo 2006-2007. Bayes, Comellas, Lorente, y Viladrich (1998), realizaron una investigación en España acerca de la relación existente entre nivel de información, grado de preocupación y comportamiento discriminatorio ante la presencia de un niño seropositivo al VIH en la misma aula escolar que un familiar próximo. Por su parte, Girón (2009), realiza un estudio sobre género y VIH/SIDA en las ciudades de Lima y Trujillo en el Perú. En esta investigación se analizan los elementos de vulnerabilidad en mujeres jóvenes de barrios pobres de estas dos ciudades.

En México, Théodore, Gutiérrez, Torres y Luna (2004), realizan un estudio exploratorio de tipo cualitativo respecto al sexo recompensado (entendido como prácticas sexuales ejercidas a cambio de alguna retribución o beneficio de tipo social o material) como un factor que incrementa la vulnerabilidad de las jóvenes entre 15 a 25 años frente a ETS y VIH/SIDA. Finalmente, Noboa y Serrano (2006), realizaron un estudio sobre la auto eficacia en la negociación sexual como un factor de prevención de VIH/SIDA en mujeres puertorriqueñas entre los 17 y 22 años de edad, con un nivel educativo entre primer y tercer año de estudios de pregrado.

En cuanto a los estudios realizados en el contexto nacional se puede encontrar que Arrivillaga, Alzate y Useche (2009), realizaron un estudio acerca de las políticas públicas y los componentes del sistema de salud relacionados con el VIH/SIDA que afectan a las mujeres colombianas. Ospina, Jaramillo, Uribe y Cabarcas (2006), construyeron una escala para identificar las etapas de cambio conductual en mujeres en una relación conyugal violenta. Pastor, Ruiz, Vargas & Jaimes (1999), realizaron un estudio sobre el análisis de factores biopsicosociales de pacientes portadores de VIH atendidos en la clínica Reina Sofía de Bogotá. Arrivillaga, Correa, Varela, Holguín y Tovar (2006), investigaron acerca de variables psicológicas que se presentan en mujeres diagnosticadas con VIH/SIDA. Yepes y Hernández (2010), realizaron un estudio titulado “Haciendo visible lo invisible. Violencia de género y

entre generaciones en una comunidad indígena colombiana”, realizado en una comunidad Embera del departamento de Antioquia, Colombia.

A nivel regional se han venido desarrollando estudios como los de Bastidas, Narváez y Ortiz (2007), realizaron una investigación sobre la caracterización psicosocial de mujeres víctimas de violencia física ocasionada por sus parejas en la unidad de urgencias del Hospital Universitario Departamental de Nariño en el municipio de Pasto. Pantoja, Calvachi y Ceballos (2002), realizaron un estudio titulado “Autoconcepto en las áreas afectiva, familiar, social y laboral en una mujer víctima de violencia conyugal atendida en el servicio de consulta externa del Hospital Mental Perpetuo Socorro de San Juan de Pasto”.

De acuerdo a lo anterior se puede observar que se han trabajado diferentes investigaciones que tratan de ayudar la población con VIH y por ende a la problemática, sin embargo, no se encuentran estudios que identifiquen las estrategias usadas por las personas para afrontar su situación. Se ha podido observar que aún no existe un método de recopilación y análisis sistemático de la forma como se presenta la asimilación del diagnóstico, la valoración primaria, valoración de recursos y modificaciones cognitivas, afectivas y conductuales que realizaron las personas para poder llevar a cabo la estructuración de todo su proceso de afrontamiento. Por tanto, se realizó un análisis descriptivo que permitió conocer como afrontaron la problemática de VIH y VBG.

Además ante la problemática de la VBG y las consecuencias psicológicas y físicas que trae para las víctimas como las ETS y el VIH, fue fundamental profundizar en las características cognitivas de la población que pudo afrontar de forma exitosa la VBG y además que vive con VIH.

Objetivos

Objetivo general

Comprender el proceso de afrontamiento de personas que fueron afectadas/os por Violencia Basada en Género y que además viven con VIH en la ciudad de San Juan de Pasto.

Objetivos específicos

Identificar cómo realizaron el proceso de asimilación del diagnóstico las personas que viven con VIH, que fueron afectadas/os por VBG.

Describir la valoración primaria respecto a la situación de violencia que hicieron las personas que viven con VIH, que fueron afectadas/os por VBG.

Establecer los recursos personales, sociales, económicos e institucionales que identificaron las personas que viven con VIH, para enfrentar la situación de violencia.

Reconocer las modificaciones cognitivas, afectivas y conductuales que realizaron para enfrentar la problemática.

MÉTODO

Paradigma metodológico

La presente investigación está planteada bajo el método de investigación mixto; constituye un conjunto de procesos sistemáticos, empíricos y críticos. Permite la recolección y análisis de datos tanto cualitativos y cuantitativos, así como su integración y discusión conjunta, para realizar conclusiones y conseguir una mejor comprensión del fenómeno de estudio (Hernández, Fernández, & Baptista, 2007). El propósito de la presente investigación es conocer y describir las estrategias de afrontamiento de las personas afectadas por la VBG que viven con VIH.

Enfoque metodológico

La presente investigación se fundamentó en un enfoque Histórico – Hermenéutico, el cual intenta interpretar y comprender los motivos internos de la acción humana, por medio de procesos libres, no estructurados; se originan en la filosofía humanista y permite el estudio de los hechos históricos, sociales y psicológicos del ser humano (Aristizabal, 2008). Su intención es la de acrecentar la comprensión de otras culturas, grupos, individuos, condiciones y estilos de vida, sobre una perspectiva de presente y pasado (Sandoval, 1996).

Tipo de estudio

Esta investigación es de tipo descriptivo. Los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a análisis (Danhke 1989, citado por Hernández, et al., 2007), en este caso, se pretende describir

las estrategias de afrontamiento que desarrollaron las personas que sufrieron VBG y que viven con VIH.

El diseño de la investigación es Fenomenológico, su objetivo es describir como ciertos tipos de fenómenos son experimentados y percibidos por las personas, es decir, ayuda a comprender como es la experiencia de los sujetos dentro de su propio contexto (Driessnack, Sousa, & Costa, 2007). En este caso se pretende conocer cómo afrontaron la situación de violencia de género y la asimilación del diagnóstico por VIH.

Participantes

Universo

Población que vive con VIH en la ciudad de San Juan de Pasto, es decir 632 casos reportados hasta el mes de agosto del 2012 (Garzón, 2012).

Unidad de análisis

Población que viven con VIH en la ciudad de San Juan de Pasto y que además fueron afectadas por VBG.

Unidad de trabajo

La muestra se estableció inicialmente a partir de un muestreo aleatorio simple. Para ello se aplicó la siguiente fórmula:

$$n = \frac{0.25N}{\left(\frac{\alpha}{z}\right)^2 (N-1) + 0.25}$$

Figura 1. *Fórmula para obtener el tamaño muestral*

Donde Z es el valor del número de unidades estándar para una prueba de dos colas con una zona de rechazo igual a alfa. El valor de alfa es de 5%. Se tomará como referencia un error estándar de 0.5, es decir, un nivel de confianza de 95%. De esta forma, para el presente estudio se tuvo en cuenta una muestra de 32 participantes.

Posteriormente, se establecerá un muestro por bola de nieve, se recurre a esta técnica teniendo en cuenta las características de la población, porque, permite escoger un conjunto de personas, al azar, a los cuales después de consultar se les pide identificar a otros sujetos que hagan parte de la población de interés. Este método es de utilidad para el seguimiento de comunidades pequeñas, diversas o poblaciones muy grandes (Gather Estudios, 2011). Por las características de la población, no es

fácil que la población se concentre en un solo lugar, el personal encargado tiene sus reservas para poder acceder a la comunidad debido al respeto con el que tratan a los pacientes.

Igualmente se aplicó una entrevista a expertos, Según Heinemann (2003), la entrevista a expertos (Ver anexo 13) se centra en conocer información relevante, indagar sobre experiencias específicas y actitudes, establecer prototipos de comportamiento y estrategias para la resolución de problemas. El experto se caracteriza por su capacidad profesional, por su experiencia de vida y situacional.

Técnicas de recolección de información

Cuestionario

El cuestionario es una técnica donde se hace uso de la interrogación como una forma de adquirir información. Como interrogatorio tiene una importancia extensa y se refiere a un grupo de preguntas que se desarrollan sin orden específico, como guía para la entrevista es un instrumento que ayuda para las formas de comunicación dialogales (Pulido, Ballén & López, 2007). En la investigación se realizó un cuestionario (Ver anexo 11) que ayudara a orientar la entrevista individual.

Entrevista individual estructurada

En este tipo de entrevista se realiza anticipadamente un cuestionario guía que se sigue de manera exacta, el cual cumple distintas funciones entre ellas, cerciorarse de que se abarque todo el tema en el orden indicado. Otra función es permitir al investigador tener toda su atención puesta en el testimonio de su entrevistado. Lo que se busca es cuidar la organización y objetivos de la entrevista de tal manera que no se pierda el sentido de la conversación (Sandoval, 1996). La entrevista individual (Ver anexo 12) se realizó con el propósito de establecer la evaluación primaria, la evaluación secundaria y las modificaciones conductuales, cognitivas y emocionales que realizaron los participantes de la investigación. A la vez que permitió conocer la asimilación del diagnóstico por VIH.

Categorías

La categorización permite agrupar datos de contenido similar por lo tanto es de gran importancia en la investigación cualitativa debido a que logra reconocer

estructuras, significados, patrones de la información seleccionada tanto en entrevistas, grabaciones y notas de campo (Galeano, 2004).

En la presente investigación se han identificado las siguientes categorías de estudio:

Tabla 2. Categorías de estudio: Asimilación del diagnóstico

Categoría	Sub-categoría	Preguntas orientadoras
Asimilación del diagnóstico		¿Cómo se enteró de su diagnóstico?
		¿Qué la/lo motivo a practicarse la prueba de VIH?
		¿Sintió algún tipo de discriminación de la persona o institución que le informó sobre su diagnóstico?
		¿Sintió algún tipo de estigmatización de la persona o institución que le informó sobre su diagnóstico?
		¿Qué sintió usted cuando se enteró de su diagnóstico?
		¿Qué hizo usted cuando se enteró de su diagnóstico?
		¿A qué personas o institución recurrió al enterarse de su diagnóstico?
		¿Qué cambios ocurrieron en su ambiente laboral, educativo y/o con su grupo de amigos después de conocer su diagnóstico?
		¿Qué cambios en su estilo de vida tuvo que realizar?
		¿Cómo cambio su proyecto de vida después del diagnóstico?
		¿Cómo fue el proceso de adherencia al tratamiento?
		¿Después de conocer el diagnóstico cómo cambio su vida sexual?
		¿En algún momento asumió su enfermedad como una discapacidad?
	¿Qué conductas de riesgo considera pudo haber tenido para que existiera la posibilidad de contagio?	

Tabla 3. Categorías de estudio: Estrategias de Afrontamiento, valoración primaria

Categoría	Sub-categoría	Preguntas orientadoras
Estrategias de Afrontamiento	Valoración	¿Sabe usted que es la VBG?
	Primaria	¿Usted fue afectada/o por VBG antes o después de su diagnóstico por VIH?
		¿En qué momentos o situación fue afectada/o por VBG?
		¿Quién o quienes ejercieron ejerció VBG?
		¿Cómo se dio cuenta que fue afectada/o por VBG?
		¿Qué pensamientos tuvo cuando se dio cuenta que era afectada/o por VBG?
		¿Qué sintió cuando se dio cuenta que era afectada/o por VBG?
¿Qué hizo cuando se dio cuenta que era afectada/o por VBG?		

Tabla 4. Categorías de estudio: Estrategias de Afrontamiento, valoración secundaria

Categoría	Sub-categoría	Preguntas orientadoras
Estrategia de Afrontamiento	Valoración	¿A quién o a quienes recurrió para buscar ayuda?
	Secundaria	¿Qué la/lo motivó a buscar ayuda ante su situación de VBG?
		¿Qué fortalezas identifico en usted que le ayudaron a enfrentar la situación?
		¿Qué dificultades identifico en usted que le ayudaron a enfrentar la situación?
		¿Cómo acepto su condición como afectada/o por VBG?

Tabla 5. Categorías de estudio: Estrategias de Afrontamiento, modificaciones cognitivas, conductuales y afectivas

Categoría	Sub-categoría	Preguntas orientadoras
Estrategia de Afrontamiento	Modificaciones	¿Cómo cambiaron sus pensamientos en relación a su condición de ser afectada/o por de VBG?

cognitivas, conductuales y afectivas	¿Cómo cambiaron sus sentimientos y emociones en relación a su condición como afectada/o por VBG? ¿Qué cambios considera que ha realizado en su forma de actuar hasta este momento en relación a su condición como afectada/o por VBG?
--	--

Procedimiento

Teniendo en cuenta que la función investigativa parte de un problema teórico, y su desarrollo es la construcción de conocimiento a partir de la evidencia empírica, la presente investigación se desarrolló de acuerdo a las siguientes fases:



Figura 2. *Fases del proceso de investigación*

Fase1. Contacto con la población. Se determinó la muestra y se observaron los criterios para conformar el grupo de análisis.

Fase2. Diseño de instrumentos. Con base en la información que se deseaba obtener, se diseñaron dos tipos de instrumentos: el cuestionario y la entrevista individual. Dentro de la construcción de la entrevista, se contó con un proceso de validación de contenido por medio de evaluación interjueces (Ver anexo 14).

Fase 3. Recolección de la información. Se realizó por medio de la entrevista individual, la cual permitió describir la asimilación del diagnóstico y la valoración

primaria y secundaria, además de las modificaciones a nivel cognitivo, conductual y afectivo que experimentaron las personas para superar su condición de víctimas.

Fase 4. Análisis de datos y construcción del informe final. Una vez aplicados los instrumentos se procedió al análisis de los datos con el fin de conocer los resultados obtenidos en la investigación y se procedió a la elaboración del informe final. Se realizó el análisis categórico y la construcción de las taxonomías. Los datos encontrados se clasifican e interpretan por separado para finalmente compararlos y validar los hallazgos. En el presente estudio se hizo uso de la entrevista individual estructurada como metodología cualitativa y para verificar los datos se usó una tabulación para ver cual era la respuesta con mayor frecuencia y así obtener porcentajes de cada una de las preguntas de la entrevista.

Fase 5. Devolución de emergentes. Debido al compromiso ético y bioético de la investigación con la comunidad, y en función de la construcción de nuevas herramientas que optimicen la atención a la población, se realizó esta fase para dar a conocer a la comunidad los resultados de la investigación y sirvan de base para la construcción de nuevos procesos.

Plan de análisis de datos

Para analizar la información recolectada en las entrevistas se tuvo en cuenta el análisis de contenido. Es una técnica que agrupa métodos y procedimientos de análisis de documentos que da relevancia al sentido del texto. Tiene dos tipos de complejidad, descriptivo e inferencial y hace uso de técnicas tanto cuantitativas como cualitativas (Amezcuca & Gálvez, 2002). Para este proceso se ha determinado como muestra los diferentes tipos de comunicación verbal y no verbal identificados en el proceso de entrevista, relacionados con las fases del proceso de aceptación del diagnóstico y las estrategias de afrontamiento.

Consideraciones bioéticas y deontológicas

Según el Congreso de Colombia (2006) el ejercicio profesional del psicólogo se encuentra regulado por estatutos que guían su desempeño profesional y laboral. El psicólogo como investigador, aporta su saber en el contexto de forma ética favoreciendo a la población, los grupos e instituciones en su desarrollo social.

Teniendo en cuenta el Art.1 del Código Deontológico y Bioético (Congreso de Colombia, 2006), en el presente estudio se empleó de manera responsable las normas de dicho código con la población con la que se trabajó.

También tiene como lineamiento la resolución 8430 del Ministerio de Salud (1994), que se estipula las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud; en el estudio prevalece el respeto a la dignidad a los derechos y bienestar de cada uno de las personas (Art. 5). Según la resolución, se tendrán en cuenta las siguientes condiciones:

(a) Se mantendrá en reserva los nombres de la población, (b) el estudio está clasificado dentro de las investigaciones que no implican riesgo, es decir, no habrá ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales (Art. 11); y (c) dentro de la investigación se pretende realizar una descripción del proceso que la comunidad ha llevado a cabo, sin realizar ninguna intervención que pueda afectar su integridad personal.

Por lo tanto, se cumple con el Parágrafo 6 del Artículo 2 (Congreso de Colombia, 2006), al garantizar que los investigadores respetarán la dignidad y el bienestar de las personas que participaron en el estudio.

Así mismo, la información recolectada sólo podrá ser revelada con el consentimiento de los participantes o su representante legal (Congreso de Colombia, 2006). Se firmó un consentimiento informado (Ver anexo 15), donde la población tuvo conocimiento de la investigación.

Finalmente, terminado el estudio, los participantes conocieron los resultados del proceso, en concordancia con el Parágrafo 8 del Artículo 2 del Código ético y Deontológico para el ejercicio de la psicología en Colombia (Congreso de Colombia, 2006), donde se establece este derecho.

Resultados

Análisis Categorical

Para la presente investigación se tuvieron en cuenta las siguientes categorías de estudio.

Tabla 6. Categorías de estudio: Asimilación del diagnóstico por VIH

Objetivo específico: recolectar información en caminata a conocer la asimilación del diagnóstico				
Categoría: asimilación del diagnóstico				
Instrumento: entrevista individual estructurada				
Población: 32 personas que viven con VIH y además son afectadas/os por la VBG				
Categoría	Sub - categoría	Pregunta orientadora	Vaciado de información	Proposición
Asimilación del diagnóstico		¿Cómo se enteró de su diagnóstico?	✓ Por exámenes médicos	Las personas en su mayoría se enteran de su diagnóstico por medio de exámenes médicos realizados en el centro de salud, en otros casos son remitidos directamente al psicólogo/a donde se encarga de dar la noticia a los pacientes con el fin de brindar un acompañamiento adecuado. Los expertos afirmaron que durante su experiencia los y las pacientes se enteran de su diagnóstico por los exámenes médicos entregados por las personas encargadas de hacer la prueba, es decir el medico calificado y/o psicólogo/a.
			✓ Por psicología	
			“Mi ex - pareja resulto ser positivo”	
			“En el centro de salud me mostraron los riesgos de contagiarse y es cuando me sentí vulnerable por cosas que hice en mi pasado”	
			“El haber tenido varias parejas”	
	“La muerte de un amigo el cual murió por SIDA”	Los entrevistados deciden practicarse la prueba al sentir que se encuentran en situación de vulnerabilidad ante la enfermedad, por ejemplo, se enteraron que sus ex parejas contrajeron VIH, por amigos que viven con la enfermedad, por campañas gubernamentales, por haber tenido varias parejas sexuales, estar en embarazo y estar constantemente enfermos/as.		
	“Una campaña universitaria”			

	<p>En las entrevistas realizadas a expertos en el tema, en este caso a médicos, enfermeras/os y psicólogas/os, expresaron que los motivos para realizarse la prueba, se debe ante todo a los factores de riesgo ante la enfermedad; en este momento tanto médico como paciente tienen sospechas de un posible contagio. Comentan que se vienen realizando campañas que sensibilicen a la comunidad a practicarse el examen, lo que ha dado resultado en algunos de los casos.</p>
<p>¿Sintió algún tipo de discriminación o estigmatización de la persona o institución que le informaron sobre su diagnóstico?</p>	<p>✓ Si “Sentí como la enfermera me miraba como si estuviera juzgándome” “El trato fue muy brusco, sus miradas eran acusadoras como si fuera la peor persona del mundo”</p> <p>✓ No “Mi familia al enterarse me brindaron todo su amor y se preocuparon por mi salud” “Donde me dieron la noticia manejaron muy bien la situación ya que inmediatamente me remitieron con el psicólogo”</p> <p>En su mayoría no sintieron discriminación ni estigmatización por la privacidad con que se maneja la situación, en los centros de diagnóstico hay personal calificado, donde el médico y/o el psicólogo/a se encarga de dar la noticia. En la entrevista con expertos, manifiestan que el manejo de la información como del trato hacia las personas que reciben la noticia es de mucho cuidado, debido a la experiencia que tienen en este tipo de situaciones. Algunos de los entrevistados/as se sintieron discriminados y estigmatizados por miradas, comentarios o actitudes poco agradables. La estigmatización la sintieron con personas allegadas a ellas como en sus hogares o lugar de estudio.</p>

¿Qué sintió y que hizo usted cuando se enteró de su diagnóstico?	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Miedo ✓ Tristeza ✓ Rabia ✓ Culpa 	<p>Los entrevistados manifestaban tener sentimientos de miedo debido a que asociaban la enfermedad con la muerte, pensando que su vida terminaría y no podrían realizar los proyectos que se habían planteado. Por otro lado, el miedo estaba acompañado de tristeza y rabia, al no saber cómo sobrellevar la enfermedad y sobre todo el tener que tomar la decisión de contar o no su diagnóstico a sus seres queridos.</p>
	<p>“Tenía mucho miedo porque pensé que mi vida se había terminado”</p>	
	<p>“Me dio mucha tristeza por mi familia, pensé que los estaba decepcionando”</p>	
	<p>“Qué rabia tenía en ese momento por qué eso no tenía porque pasarme a mí”</p>	<p>Los expertos comentan que las personas en un comienzo se deprimen sobre todo por su temor a morir, también se presenta negación, dudas y temores.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Llorar ✓ Aislarse ✓ Llamar aun amigo/a 	<p>En el momento inicial la primera reacción es el llanto, debido a la angustia por un futuro incierto. Por las diversas emociones que enfrentan se aíslan del mundo con el fin de alejarse por un momento de su realidad. En otros casos es común que recurran a un amigo/a, así sienten respaldo y compañía durante el proceso de asimilación del diagnóstico por VIH.</p>
	<p>“No podía parar de llorar”</p>	
	<p>“Cuando me enteré estaba muy deprimido, así que me aleje de todo el mundo hasta de mis amigos y mi familia”</p>	
	<p>“Me sentía tan deprimido que ya no quería salir de mi habitación”</p>	
	<p>“Estaba tan desesperada, me sentía sola así que lo único que se me ocurrió fue llamar a mi mejor amiga”</p>	

¿A quién o a quienes recurrió?	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Amiga/o ✓ E.P.S ✓ Familia ✓ Ninguno 	Se recurre con frecuencia a los amigos/as por la confianza y el apoyo que sienten les puede brindar. En cuanto a las E.P.S, acuden a ellas al ser remitidos por el lugar donde les dieron a conocer el diagnóstico por VIH, con el fin de comenzar inmediatamente con el tratamiento.
“Llamé a mi mejor amiga para contarle lo que me dijeron”		En algunos casos los entrevistados van con sus familiares ellos son las personas con las que conviven y tienen lazos afectivos más fuertes.
“Asistí a mi seguro, ellos me indicaron lo que debía hacer”		
“Solo pensé en mis dos amigas que siempre están a mi lado así que se lo dije de inmediato”		Otra parte de los participantes no recurren a nadie por el miedo a lo que les puedan decir o reprochar, se debe tener en cuenta que el VIH en nuestra sociedad es aún considerado como una enfermedad que es adquirida por personas que tienen un estilo de vida poco convencional.
“Fui a la institución a donde me remitieron por parte del centro de salud”		
“No fui con nadie pero sí me remitieron a una institución para que me orientaran”		
¿Qué cambios ocurrieron en su estilo de vida?	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ningún cambio “No ocurrieron cambios porque hasta este momento nadie sabe de mi diagnóstico” ✓ Dejar de frecuentar algunas amistades “Me aleje de mis amigos y de las salidas continuas” 	La mayoría de las personas no presentaron ningún cambio, debido al apoyo de sus amigos y familiares y en otros casos porque no comentaron nada de su situación, además se encontraban en asesoría psicológica y médica. En los casos en los que sí hay cambios en su estilo de vida, lo hacen alejándose de ciertas amistades, esto ocurre cuando dejan de frecuentar lugares a los que asistían con mucha frecuencia antes de saber su diagnóstico por VIH; así toman la decisión de llevar una vida enfocada a cuidar su salud.

	<p>✓ Adherencia al Tratamiento “El mayor cambio fue el tener que asistir al tratamiento ya que al comienzo no quería saber nada de asistir al médico”</p> <p>✓ Mayor cuidado en la salud “El mayor cambio fue el cuidado de mi salud ya que antes no me preocupaba tanto de eso, después del diagnostico tuve que cuidarme mas”</p> <p>✓ Proyecto de vida “Seguí con mi carrera motivada para después trabajar y seguir cuidándome”</p> <p>“Antes solo pensaba en divertirme pero después de mi diagnóstico comencé a pensar más en mi vida y en como aprovechar el tiempo que esté en este mundo y con mi familia”</p>	<p>Uno de los mayores cambios en su estilo de vida fue la dificultad hacia la adherencia al tratamiento, debido a que no están acostumbrados/as a los constantes chequeos médicos y psicológicos, ni tampoco a la reacción de los medicamentos.</p> <p>La mayoría de las personas continuaron con su proyecto de vida, sólo en algunas casos lo modificaron con la finalidad de proyectarse con mejores metas, algunos recibieron el apoyo de sus familiares por lo tanto procuran pasar más tiempo de calidad con ellos.</p>
<p>¿Cómo fue el proceso de adherencia al tratamiento?</p>	<p>✓ Dificultad por la continua asistencia al control médico “No me gustaba tener que asistir a los chequeos médicos, era mucha la información que se me daba en ese momento”</p> <p>✓ Efectos negativos de medicamentos “Muy difícil no quería tomar esos medicamentos eran muy fuertes para mí al inicio mi organismo los</p>	<p>En un comienzo se presentan dificultades por la continua asistencia a los controles médicos, debido a que al inicio no desean acudir al tratamiento, sin embargo, cuando asimilan la situación y se dan cuenta de la importancia del control médico y psicológico, acuden con mayor frecuencia. Igualmente señalan que es complicado continuar con su tratamiento por los medicamentos, en algunos casos pueden causar reacciones fuertes en su salud, hasta que su organismo logra adaptarse a la medicina.</p>

	rechazaba y me sentía muy mal” Sin complicación ✓ Fácil por el apoyo de amigos y familiares “Con el apoyo de mi hermana y mi amigo fue mas fácil porque ellos me acompañaron en todo el proceso ”	En los casos en que existió una adecuada adherencia al tratamiento se logró por el apoyo y acompañamiento de sus familiares, ellos los rodearon de afecto y comprensión. Se debe recordar que el asimilar un tratamiento médico no solo requiere de la disposición del paciente si no de la red de apoyo que lo acompañe en este proceso.
¿Después de conocer el diagnóstico cómo cambio su vida sexual?	✓ No tener contacto sexual “Totalmente ahora no quiero estar con nadie, me da mucho miedo contagiarse a alguien” ✓ Mejorar medidas de protección “Al conocer mas sobre el tema comencé a tomar medidas de protección que antes no las había tomado en cuenta”	Al saber sobre su diagnóstico los entrevistados/as prefirieron no tener contacto sexual ni tampoco involucrarse en una relación sentimental por el temor a ser rechazados o contagiarse a otras personas. También mejoran las medidas de protección, en algunos de los casos deciden tener contacto sexual después de asimilar la enfermedad, ya que el hecho de tener VIH no es un impedimento para no volver a tener una vida sexual.
¿En algún momento asumió su enfermedad como una discapacidad?	✓ No “No, ahora tenía que trabajar más fuerte por mis dos hijos” “No lo miré de esa forma, pude continuar estudiando” “Seguí con las cosas que realizaba antes” ✓ Si “Antes podía hacer más deporte”	En la mayoría de los casos no toman la enfermedad como discapacidad, continuaron con sus actividades diarias, ya sea trabajando o estudiando. Las personas que asumen su enfermedad como una discapacidad lo hacen argumentando que el rendimiento físico no es igual al que tenían antes de la enfermedad. Para los expertos, en algunos casos los pacientes que viven con VIH, toman la enfermedad como discapacidad por los síntomas que pueden tener o para dejar actividades diarias.

	<p>“Me canso mucho en mi trabajo”</p> <p>“Pasa más tiempo cansado y sin ganas de hacer nada, antes no era así”</p>	
<p>¿Qué conductas de riesgo considera pudo haber tenido para que existiera la posibilidad de contagio?</p>	<p>✓ No uso de preservativo “En varias ocasiones tuve relaciones sin protegerme”</p> <p>“No me protegía con preservativo porque estaba casada”</p> <p>✓ Varias parejas sexuales “El haber tenido varias parejas”</p> <p>“Yo vivía una vida donde no tenía una pareja estable tenía sexo sin compromiso”</p> <p>✓ Uso de drogas “En ese tiempo bebía mucho alcohol y en ocasiones tenía sexo casual sin protección”</p>	<p>Se puede observar que la mayoría de los entrevistados/as no hicieron uso de protección al momento de mantener relaciones sexuales, en algunos de los casos porque tenían una pareja estable o eran casados/as, lo que hacía que consideraban que no fuera necesario hacer uso del preservativo.</p> <p>También se encontró que sostenían relaciones sexuales con varias parejas, es decir que no tenían una sola relación estable lo que aumentaba considerablemente el riesgo de contraer el VIH, sumado a lo anterior no contaban con las medidas de protección necesarias para prevenir la enfermedad.</p>

Tabla 7. Categorías de estudio: Estrategia de afrontamiento, valoración primaria

Objetivo específico: recolectar información en caminata a conocer valoración primaria				
Categoría: descripción valoración primaria				
Instrumento: entrevista individual estructurada				
Población: 32 personas que viven con VIH y además son afectadas/os por la VBG				
Categoría	Sub - categoría	Pregunta orientadora	Vaciado de información	Proposición
Estrategia de Afrontamiento	Evaluación primaria	¿Sabe usted que es la VBG?	✓ Si	En la mayoría de los casos sí saben que es la violencia de género, debido a que en este momento ellos y ellas ya salieron de su situación de violencia, todo gracias al proceso realizado en terapia y en organizaciones que contribuyeron a su salud mental.
		¿Usted fue afectada/o por VBG antes o después de su diagnóstico por VIH?	<p>✓ Antes</p> <p>“Antes, durante todo mi matrimonio”</p> <p>“Antes, él siempre fue violento”</p> <p>“Antes, mi padre siempre me humillaba”</p> <p>✓ Después</p> <p>“Después, en mi casa me rechazaban y me gritaban e intentaban golpearme”</p> <p>“Después, él se enojó porque me echó la culpa y él fue quien contagió”</p> <p>“Después, aunque la pareja no</p>	<p>La mayoría de los casos sufrieron violencia de género antes de su diagnóstico por VIH, ya sea por su pareja o por algún familiar, es común que las personas contraigan la enfermedad estando dentro de una relación violenta, debido a que se encuentran en un entorno donde el otro/a ejerce el poder.</p> <p>Las demás personas sufrieron VBG después del diagnóstico por VIH, por sus parejas que tomaban el control de la relación y de sus vidas o por sus familiares que los discriminaban y rechazaban.</p>

	sabía de la enfermedad, bajo mi autoestima y me metí con alguien violento”	
¿En qué momentos o situación fue afectada/o de VBG y quién la ejerció?	<p>✓ Discusiones “Siempre con mi esposo discutíamos por el dinero y se alteraba demasiado conmigo”</p> <p>✓ Estado de Embriaguez “Mi ex novio siempre que llegaba borracho me hacía reclamos y era donde comenzaba la discusión y terminaba golpeada”</p> <p>✓ En el Hogar “Mis hermanos me humillaban, decían que por ser mujer no valía nada y tenía que hacer lo que ellos dijeran”</p> <p>✓ Ex – pareja “Un anterior novio siempre que se molestaba por cualquier cosa comenzaba a gritarme e intentaba golpearme”</p>	<p>En las situaciones en las que predomina la violencia es durante las discusiones ya sea por dinero, por los hijos/as, celos, entre otras, lo que hace que se desate una situación violenta. Es común que este tipo de situaciones se de cuando quien ejerce violencia se encuentra en estado de embriaguez, presentándose tanto maltrato físico como psicológico.</p> <p>La persona que ejecutó violencia en la mayoría de los casos fue la ex pareja, siendo una de las razones por las cuales se separaron. Otro de los casos es en la familia donde uno de los miembros ejerce violencia por su condición de género.</p>
¿Cómo se dio cuenta que era afectada/o por VBG?	<p>“Mis amigos se daban cuenta de los malos tratos cuando llegaba golpeada o llorando a contarles lo que me pasaba”</p> <p>“Ya no podía soportar mas golpes ni humillaciones así que</p>	<p>En muchos casos los amigos son testigos de las discusiones de la pareja, orientando a la persona afectada para que busque ayuda. Debido a los crecientes casos de violencia de género se realiza Campañas gubernamental contra VBG tanto en la televisión como en los medios radiales,</p>

	<p>decidí asistir con una psicóloga”</p> <p>“Supe del tema por la televisión y en el centro de salud, ahí me explicaron que es la violencia”</p> <p>“Mis papas se dieron cuenta de lo que me pasaba y me dijeron que debía buscar ayuda”</p>	<p>dando las características de una persona en dicha situación. La familia de los afectados a menudo se dan cuenta de lo que está sucediendo, es en este momento cuando los aconsejan pedir ayuda</p>
¿Qué pensamientos tuvo cuando se dio cuenta que era afectada/o por VBG?	<p>✓ Culpabilidad “yo fui la culpable de lo que me sucedió”</p> <p>✓ Resignación “No podía hacer nada para cambiar mi situación”</p> <p>✓ Inferioridad “No soy lo suficientemente buena como mujer”</p> <p>✓ Buscar Ayuda “Que tal vez debería dar aviso a la policía y haber buscado ayuda desde un inicio”</p>	<p>Se pudo observar que las personas en su mayoría piensan que son culpables por no tomar las medidas necesarias para su protección física y psicológica.</p> <p>Otro porcentaje de la población se reasignaron a los que les estaba pasando, justificando la situación por el amor que sentían ante su agresor, por tanto, no buscaron ayuda.</p> <p>Algunos tuvieron pensamientos de inferioridad por no tener la valentía de enfrentar la situación y salir de ella.</p> <p>Al darse cuenta de que estaban muy mal física y psicológicamente deciden buscar ayuda ya sea con su familia o las autoridades pertinentes.</p>
¿Qué sintió cuando se dio cuenta que era afectada/o por VBG?	<p>✓ Rabia “Sentí mucha rabia por no haber parado la situación antes”</p> <p>✓ Tristeza “Estaba muy triste porque lo</p>	<p>Las personas sintieron mucha rabia no solamente con la persona que ejerció violencia sino consigo mismo/a por permitir ser maltratados/as.</p> <p>Al no encontrar una solución inmediata se</p>

	<p>quería demasiado y no quería que se fuera”</p> <p>✓ Miedo “Me daba mucho miedo por lo que él me pudiera hacer”</p>	<p>sienten muy tristes por el lazo afectivo que les une a la persona que maltrata. Tienen mucho miedo al enfrentar la situación y al pedir ayuda.</p>
<p>¿Qué hizo cuando se dio cuenta que era afectada/o por VBG?</p>	<p>✓ Buscar Ayuda “Le conté a mi amiga mi situación y ella me aconsejó para dejar a mi pareja”</p> <p>✓ Alejarse de la Pareja “Ya no soportaba más así que decidí dejar a mi pareja para siempre”</p> <p>✓ Denunciar ante autoridades “Me decidí a denunciar, ya no podía soportar mas la situación”</p>	<p>Lo primero que hicieron fue buscar ayuda ya sea con sus familiares o amigos, los cuales les aconsejaron alejarse de la pareja. Se puede resaltar que la mayoría acuden con la familia o las personas cercanas por sentir que son un apoyo y no serán juzgadas por ellos/as. En otros casos tomaron la decisión de denunciar con el fin de poder terminar con esa situación. Sabiendo que al colocar la denuncia correspondiente harían valer sus derechos de inmediato.</p>

Tabla 8. Categorías de estudio: Estrategia de afrontamiento, valoración secundaria

Objetivo específico: recolectar información en caminata a conocer valoración secundaria				
Categoría: descripción valoración secundaria				
Instrumento: entrevista individual estructurada				
Población: 32 personas que viven con VIH y además son afectadas/os por la VBG				
Categoría	Sub - categoría	Pregunta orientadora	Vaciado de la información	Proposición
Estrategia de Afrontamiento	Evaluación secundaria	¿A quién o a quienes recurrió para buscar ayuda y qué motivó a hacerlo?	✓ Familia “A mi hermana ella a pesar de que me aleje de mi familia siempre estuvo pendiente de mí y de lo que sucedía”	Es común que busquen ayuda entre sus familiares y amigos, quienes son las personas que se dan cuenta de lo que están pasando y las que siempre muestran cariño y apoyo para que puedan salir de la situación. En otros casos no buscan ayuda dejando que la situación continúe por un tiempo más prolongado. Quienes no cuentan con el apoyo de las personas más cercanas deciden acudir a la comisaria de familia o a psicología donde los orientan sobre una mejor alternativa para salir de la violencia.
			✓ Amigos “Fui directamente con mi mejor amiga ella me oriento y aconsejo”	
			✓ Nadie “No confiaba en nadie así que aguante todo sola”	
			✓ Comisaria de Familia “Me habían contado que hacer en caso de violencia así que decidí acercarme a las autoridades ”	
			✓ Sentirse mal emocionalmente “No aguantaba más esto, estaba muy deprimida y sola sin salida”	
		✓ Maltratos físicos “Ya no soportaba las humillaciones, llegué a un punto en que se hizo insoportable”	Uno de los mayores motivos para buscar ayuda fue el sentirse mal emocionalmente ya que no podían resistir mas estrés, la presión y la tristeza de seguir soportando maltrato físico y psicológico. Las humillaciones constantes por su condición de género la o lo motivara a buscar ayuda, ya que se dieron cuenta	

		de lo que valían como personas y que aspiraban a una vida diferente con mejores condiciones de vida.
	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Cambiar de estilo de vida <p>“Quería mejorar las condiciones de vida en las que estaba no solo por mí si no también por mi familia”</p>	
¿Qué fortalezas y que dificultades identifico en usted que le ayudaron a enfrentar la situación?	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Superación <p>“Mis ganas de salir adelante por mis hijos y por mí”</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Valentía <p>“Cuando me decidí a dejarlo y hablar con él me sentí valiente y fuerte”</p>	Las fortalezas que se identificaron en la mayoría de los casos fueron la superación y la valentía, ayudándolos a salir de la situación.
	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Miedo <p>“Lo más difícil fue dejar el miedo para enfrentar a mis hermanos porque ellos son muy violentos”</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Temor a Estar Sola/o <p>“Para mí era muy difícil dejar la relación porque sin él me sentía muy sola”</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ La Pareja no quiere Alejarse <p>“Por más que le decía que me deje tranquila él seguía buscándome y me hacía promesas como que no me volvería a gritar”</p>	<p>La mayor dificultad que vivieron fue el temor hacía su agresor y a las consecuencias que deberían asumir a mediano plazo.</p> <p>Para la gran parte de las mujeres el tener que estar solas era una de las mayores dificultades para dejar a la pareja, además de ser un apoyo emocional y económico, entorpeciendo el salir de la violencia.</p> <p>Por otra parte era difícil cuando la pareja no quería dejar la relación, insistía en que podía cambiar y las cosas mejorarían. Usando la manipulación y haciendo promesas relacionadas con modificar sus conductas y ser menos</p>

		violento/a.
¿Cómo acepto su condición de afectada/o por VBG?	<p>✓ En Terapia “Cuando estaba con la psicóloga pude aceptar mi condición, ella me hizo entender lo que me había pasado”</p> <p>✓ Cuando se dieron cuenta que no era una relación sana “Mi mamá sabía de la situación y me hizo entender lo que pasaba”</p> <p>✓ Mejor autoestima “Ahora que me respeto más comprendí lo que me había pasado”</p>	<p>La mayoría de las personas aceptaron su situación cuando entraron en un proceso terapéutico, en este momento se dieron cuenta de que fueron afectados y afectadas por violencia y el por qué les sucedió esto.</p> <p>Por el apoyo de sus familiares y amigos se dieron cuenta que el tipo de relación que tenían no era adecuada, que nadie debe soportar maltrato sin importar el amor que sientan.</p> <p>Cuando su autoestima mejoró pudieron aceptar su condición.</p>

Tabla 9. Categorías de estudio: Estrategias de Afrontamiento, modificaciones cognitivas, conductuales y afectivas

Objetivo específico: recolectar información en caminata a conocer las modificaciones cognitivas, afectivas y conductuales				
Categoría: descripción modificaciones cognitivas, conductuales y afectivas				
Instrumento: entrevista individual estructurada				
Población: 32 personas que viven con VIH y además son afectadas/os por la VBG				
Categoría	Sub - categoría	Pregunta orientadora	Vaciado de la información	Proposición
Estrategias de Afrontamiento	Modificaciones conductuales, cognitivas y afectivas	¿Cómo cambiaron sus pensamientos en relación a ser afectada/o por VBG?	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Poseo herramientas para manejar la VBG “En este momento no volvería a dejar controlar mi vida de la misma manera” ✓ Respeto por si mismo/a ✓ Aceptación ✓ Cambio de vida ✓ Valor como persona <p>“En este momento no volvería a dejar controlar mi vida de la misma manera”</p> <p>“Ahora me hago respetar, nadie puede hacerme menos por mi género”</p>	Después del proceso terapéutico y de las situaciones de violencia a las que se enfrentaron, ahora cuentan con herramientas para afrontar la VBG si se llegará a presentara nuevamente en sus vidas
		¿Cómo cambiaron sus sentimientos y emociones en relación a ser afectada/o por VBG?	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Tranquilidad ✓ Felicidad “Asimilo las cosas lo que me hace sentir feliz conmigo mismo” ✓ Fuerte (“Me siento mas fuerte y con ganas de seguir adelante y cumplir mis aspiraciones como lo es entrar a la universidad” ✓ Libre “Me siento libre” “Asimilo las cosas; lo que me hace sentir feliz conmigo mismo” “Me siento más fuerte y con ganas de seguir 	Ahora que superaron su condición se sienten mas tranquilas y tranquilos al poder vivir en un ambiente sin maltrato, donde tienen respeto y como manifiestan son felices por la vida que ahora tienen y cuentan con la fuerza para poder asimilar los problemas que se les puedan presentar en adelante.

	<p>adelante y cumplir mis aspiraciones como lo es entrar a la universidad” “Me siento libre”</p>	
<p>¿Qué cambios considera que ha realizado en su forma de actuar hasta este momento en relación a ser afectada/o por VBG?</p>	<p>✓ Evitación de relaciones violentas “Ahora no me dejo humillar ni maltratar” ✓ Mejoró la toma de decisiones “Cambios buenos para mi vida entendiendo que nadie debe aprovecharse de uno en ningún caso” ✓ Mejoró autoestima “Empecé a quererme mas a mi misma y a dedicarme tiempo para mi a ocuparme de cosas que me gustan y que por el las había dejado” “Ahora no me dejo humillar ni maltratar” “Cambios buenos para mi vida entendiendo que nadie debe aprovecharse de uno en ningún caso” “Empecé a quererme más a mi misma y a dedicarme tiempo para mi a ocuparme de cosas que me gustan y que por él las había dejado”</p>	<p>El mayor cambio es la evitación de relaciones violentas, actualmente analizan muy bien sus relaciones para no caer en los mismos patrones de comportamiento. Las decisiones que toman lo hacen teniendo en cuenta cada una de las situaciones y consecuencias vividas anteriormente. Su autoestima es adecuada, por tanto su calidad de vida mejoró y emocionalmente se siente mas a gusto consigo mismo/a y cuentan con la fortaleza para alcanzar las metas propuestas.</p>

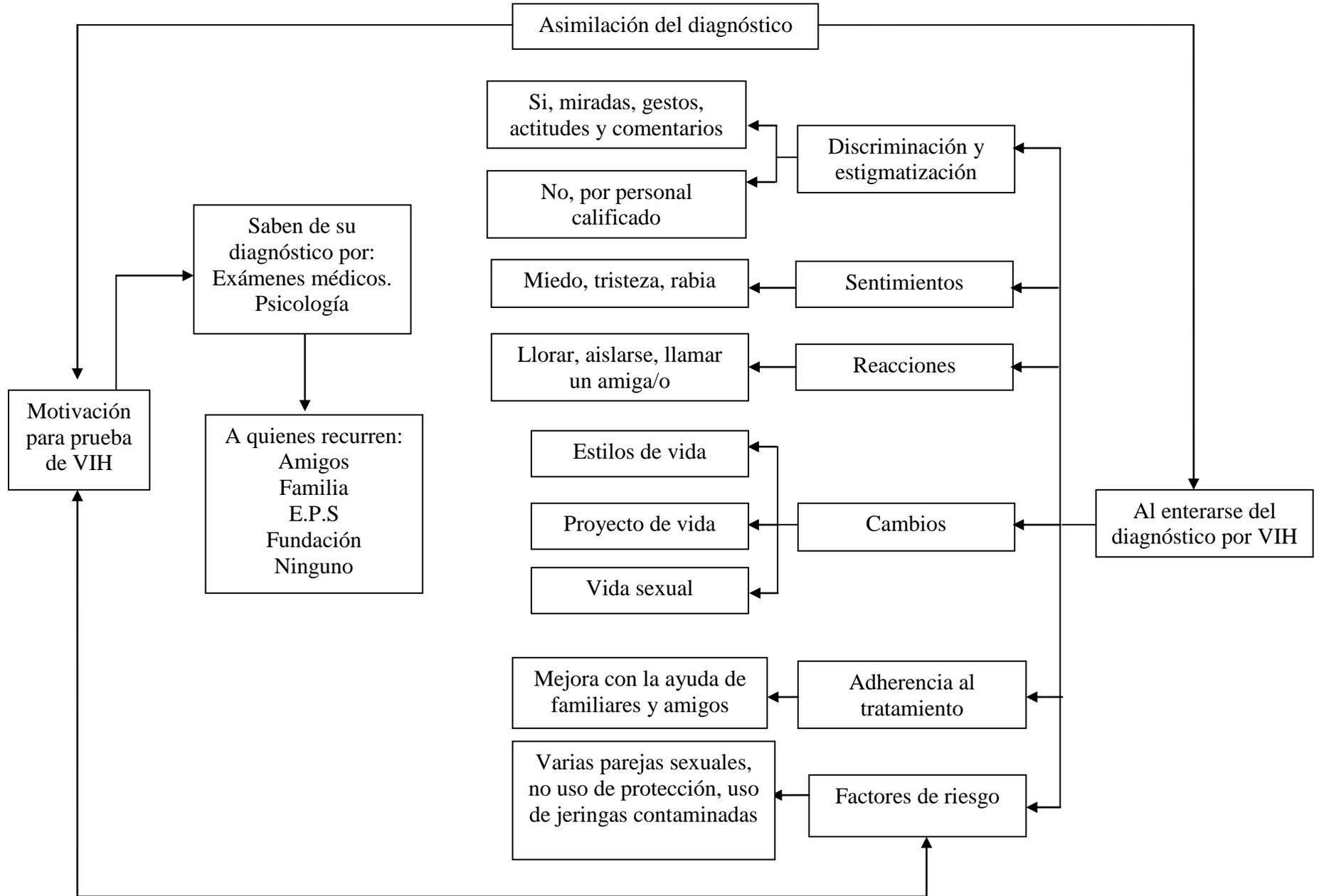


Figura 3. Taxonomía asimilación del diagnóstico

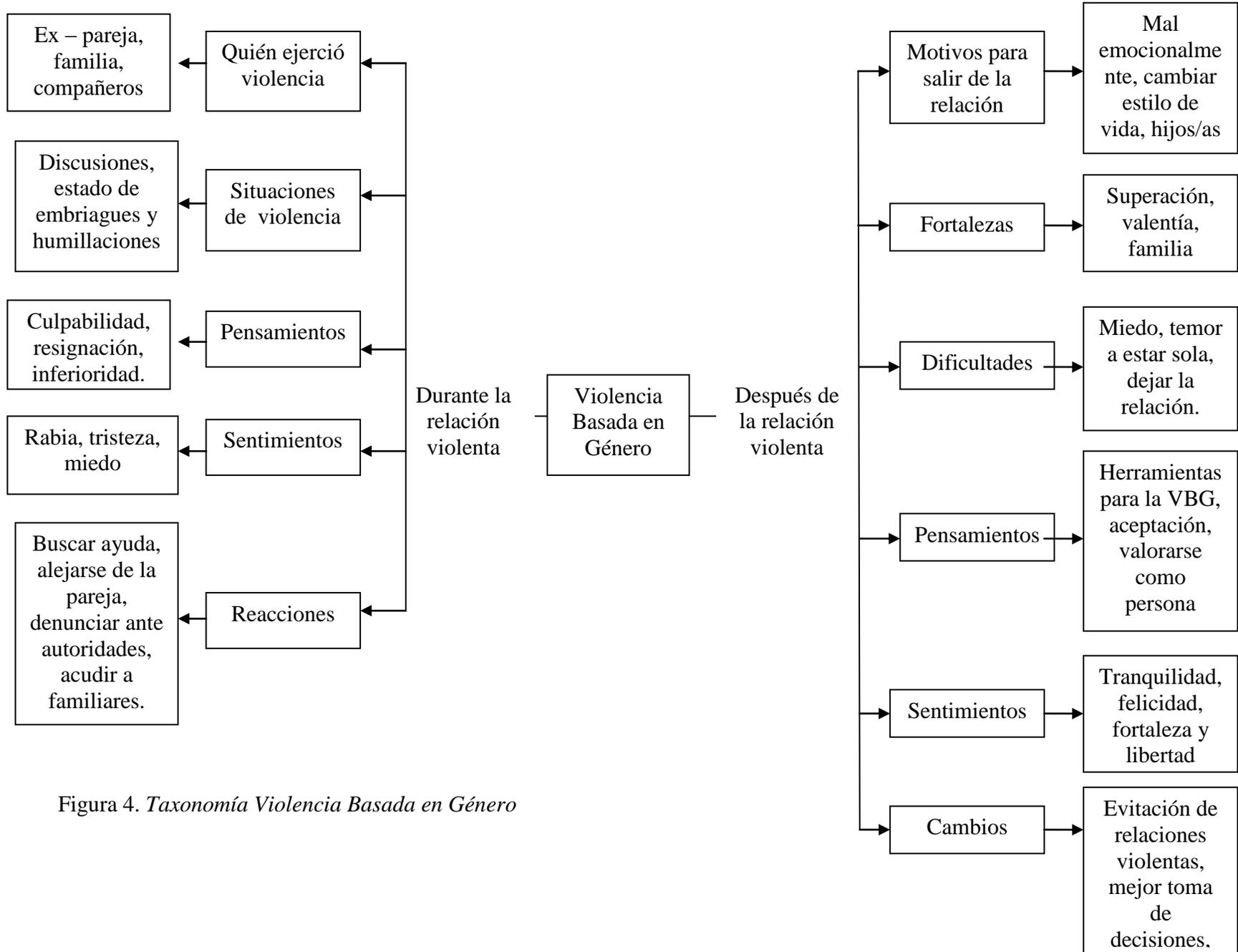


Figura 4. *Taxonomía Violencia Basada en Género*

Discusión

Por medio del presente trabajo investigativo fue posible comprender el desarrollo del proceso de afrontamiento de las personas afectadas/os por VBG y que viven con VIH, para esto se realizó una profunda investigación teórica en torno a los estudios realizados sobre la VBG, el VIH; las estrategias de afrontamiento y el proceso de asimilación del diagnóstico.

La investigación se trabajó bajo el paradigma cualitativo y el tipo de estudio fue descriptivo. Para la recolección de la información se aplicaron dos instrumentos, entre ellos: el cuestionario y la entrevista individual estructurada. La entrevista individual fue aplicada tanto a la población de estudio como a expertos en el tema, con el fin de reconocer pensamientos, sentimientos y comportamientos relacionados con la asimilación del diagnóstico por VIH y las estrategias de afrontamiento empleadas por las personas que fueron afectadas por VBG.

A lo largo de todo el trabajo se tuvo en cuenta la relación entre la VBG y el VIH; como se mencionó con anterioridad algunas de las personas se ven expuestas al VIH por ser afectadas por VBG y otras personas son violentadas por su diagnóstico de VIH.

En un primer momento se indagó sobre cual fue motivo de los entrevistados para practicarse la prueba de VIH, encontrándose que no hacían uso de medidas de protección por el hecho de estar casados/as o tener una relación estable, lo anterior está relacionado directamente con las conductas de riesgo para contraer la enfermedad; Así mismo se identificó que el 30% de los entrevistados decidieron realizarse la prueba de VIH al conocer que su ex – pareja vivía con la enfermedad (Ver anexo 1). Considerándose también un factor de riesgo el hecho de haber tenido varias parejas sexuales en este caso el 20 % de los entrevistados (Ver anexo 1). Como lo muestra la Organización Mundial de la Salud (2012), existen comportamientos que aumentan el riesgo de contraer el VIH, entre ellos se pueden mencionar: tener relaciones sexuales sin protección, tener alguna infección de transmisión sexual, compartir agujas contaminadas y transfusiones de sangre sin garantía.

Se debe tomar en consideración el porqué aún se siguen asumiendo conductas de riesgo ante el VIH, sí se vienen presentando campañas de sensibilización desde hace mucho tiempo, es común encontrar comerciales y campañas que tienen el fin de generar vulnerabilidad ante la enfermedad, sin embargo, los casos de contagio han aumentado en los últimos años siendo la población femenina la más afectada, es necesario replantearse la forma como se esta llegando a la comunidad con el fin de crear prevención ante el VIH/SIDA.

En algunos casos sus parejas no permitían el uso de protección al momento de tener relaciones sexuales, debido a que ejercían el poder en la relación por medio de la violencia. Es común escuchar que el uso de preservativos se da exclusivamente en las personas que no tienen una relación estable pero como se puede observar aún estando dentro de una relación matrimonial o estable existe el riesgo de contraer una enfermedad, por tanto es necesario que en las relaciones de pareja se hable de la importancia del respeto por el otro es decir no tener conductas de riesgo que pongan en vulnerabilidad a ellos/as y a su conyugue.

Los participantes mencionan que las situaciones en los que eran intimidados fueron durante las discusiones donde por lo general su pareja se encontraba en estado de embriaguez. Según El Instituto Canario de la Mujer (2007), las situaciones en las que mayormente ocurre violencia de género son: en el ámbito doméstico, violencia en el trabajo y/o colegio. Las personas expresan que quienes ejercen violencia es la ex - pareja y la familia y sólo en algunos de los casos sus compañeros de trabajo o de estudio. De acuerdo al Grupo temático interagencial sobre VIH de las Naciones Unidas de Guatemala (2011), en su mayoría las personas que ejercen violencia son los esposos o ex – parejas, otros de los agresores son los a padres, padrastros, hijos, abuelos y hermanos.

Una vez se les dio a conocer el diagnóstico de VIH pasaron por un proceso de asimilación, sin embargo, para algunos de los entrevistados la aceptación de la enfermedad se complicó cuando las personas que los rodeaban se enteraron del resultado, por tanto, afirmaron sentirse rechazados/as, humillados/as, discriminados/as y ofendidos/as. Para la Unidad de Género, Etnia y Salud (2004), la relación entre VIH y VBG son múltiples y trae secuelas para la salud física y mental

de las personas, se ha encontrado una relación positiva entre la violencia sexual y doméstica y el contagio por VIH, de igual manera un aumento de la violencia en las personas que viven con VIH tal como ocurrió en el presente estudio.

A pesar de vivir con la enfermedad y ser afectados/as por violencia de género, no deciden inmediatamente dejar la relación violenta; Se puede observar que los participantes perciben la situación de violencia como un riesgo para su propia estabilidad física y emocional, llegando a esta conclusión después de realizar una valoración del contexto y de la persona que ejerce maltrato, el 25% de los entrevistados tienen pensamientos de culpabilidad (creen ser los responsables de la situación violenta) (Ver anexo 3), y un 20% de las personas resignación (ante su situación no actúan inmediatamente quedándose por más tiempo con el agresor (Ver anexo 3). En menos porcentaje se encuentra la inferioridad (tienen la idea de que la otra persona posee el control de sus vidas) y huir de la situación (no resisten ser maltratados, tienen el deseo de dejar a la persona que ejerce violencia). Los entrevistados a pesar de vivir dentro de un contexto violento continúan con sus parejas o con la persona que ejerce violencia, esto lleva a preguntarse el porque de esta reacción; dentro de lo investigado y observado con las personas que participaron en el estudio se puede llegar a la conclusión de que no deciden alejarse inmediatamente por el lazo afectivo que tiene con el agresor, además es común encontrar que la persona violenta siempre hace promesas de cambio las cuales nunca son cumplidas.

Lo anterior se puede explicar por medio del modelo de estrategias de afrontamiento. Según el modelo de Lazarus Folkman (1991, citados Nava, et al 2010), se pasa por un proceso de valoración de la situación estresante. En un primer momento se realiza una evaluación primaria, la cual hace referencia a la apreciación que hace la persona del momento en sí, identificando su significado de peligro y cae en cuenta de la responsabilidad que tienen por su propia supervivencia. Así mismo se pueden identificar estrategias de afrontamiento dirigidas al problema y la emoción, las cuales se encuentran contenidas en diferentes factores, entre ellos está:

Pensamiento desiderativo (dirigido al problema), es el deseo de que la realidad no produzca estrés (Nava, et al 2010). Se puede observar que las personas

entrevistadas asumen la situación de violencia en un primer momento con pensamientos relacionados con la culpabilidad y resignación por lo que no hacen nada por cambiar la situación y continúan en la relación violenta sin afrontarla. Sin embargo hay otro porcentaje de personas que deciden huir de la situación o buscar ayuda, al darse cuenta de que están en situación de peligro; de la misma manera cuando los entrevistados se enteran de sus diagnóstico niegan su enfermedad y por esto no asisten al tratamiento médico.

Expresión emocional, se intenta expresar emociones que ocurren en la situación estresante (Nava, et al 2010). Las personas en la situación de violencia experimentan sentimientos de rabia, tristeza, miedo y decepción, los cuales comienzan a surgir al darse cuenta de que están viviendo un problema que amenaza su salud física y psicológica. Así mismo al enterarse de la enfermedad se deprimen, tienen temor a la muerte y expresan rabia contra si mismo/a y/ o sus parejas.

Retirada social, aislamiento de amigos, familiares y personas relevantes en la vida de la persona asociada con las reacciones emocionales en el momento de estrés (Nava, et al 2010). Se encontró que el 25% de los entrevistados se alejan de la persona que ejerce violencia (Ver anexo 3). Sin embargo, en un 30% de los casos buscan ayuda con sus familiares y/o amigos (Ver anexo 3) y sólo una minoría acuden a las autoridades. En el caso del diagnóstico de VIH los entrevistados tienen constante llanto, intentan llamar a un amigo cercano y en otros casos deciden aislarse totalmente.

Autocritica, se basa en la autoinculpación por el mal manejo del problema que causa estrés (Nava, et al 2010). Los entrevistados en su mayoría se culpabilizan por no haber hecho algo por solucionar la situación y no buscar o denunciar lo que les estaba sucediendo. Al saber cómo se contagiaron, sienten culpa por no tomar en cuenta las medidas de protección adecuadas.

Además de las consecuencias que deben enfrentar ante su condición de afectados/as por VBG, deben asumir los sentimientos generados por el diagnóstico de VIH, intensificados por la asociación que hacen VIH y muerte. PRONASIDA (2011), refiere que entre los sentimientos que puede tener una persona que se entera de su diagnóstico está el miedo (el paciente tiene temor a la muerte y al dolor que

puede causarles a sus seres queridos), temor (ante lo que se imagina puede pasar), culpa (siente culpabilidad por tener la enfermedad, por lo que digan los demás y a la vez culpan a otros), enojo (así ocultan la ansiedad y detienen sus emociones de incapacidad) y depresión (se sienten física y psicológicamente cansados).

De igual manera se identificaron los recursos que las personas usaron para hacer frente a la situación. Los entrevistados mencionan que ante la situación de violencia de género reaccionaron de las siguientes maneras: buscando ayuda con amigos/as y familiares, alejándose de la persona que ejerce violencia y denunciando ante las autoridades; de la misma manera sucede con la asimilación del diagnóstico cuando los entrevistados buscaron refugio con sus seres queridos, es decir con sus amistades y familia, quienes fueron una red de apoyo fundamental al momento de sobrellevar tanto su enfermedad como su condición de afectados/as por VBG.

Lo que motiva a buscar ayuda ante la situación de violencia es el sentirse mal emocionalmente, desean cambios en su estilo de vida y no soportan el maltrato físico. Para Amor, et al., (2011), las personas afectadas/os por violencia de género normalmente tardan en buscar ayuda, debido a que en un comienzo tratan de resolver el problema por medio de repuestas individuales; cuando se dan cuenta de que no logran dar solución a la problemática, acuden a la familia, amigos/as, vecinos, instituciones legales o a psicología. Cuando los entrevistados deciden hacer cambios en su situación de violencia de género, ocurren modificaciones en la forma en que asumen la enfermedad de VIH, comienzan a hacer cambios en su proyecto de vida, en algunos casos deciden continuar con las metas propuestas y otras personas por el contrario deciden planificar nuevas metas de acuerdo a su actual situación, González (2009), muestra que se presentan dos formas de hacer frente al proyecto de vida, una orientada a la desesperanza, la persona no planifica metas a largo plazo, esto porque piensa insistentemente en la muerte y hay total indiferencia por la vida y por los otros, tienden a la dependencia y a la angustia. En la segunda forma la persona se vuelve más proactiva, mira a la enfermedad como oportunidad de comenzar una nueva vida, con momentos de reflexión constante.

Cuando las personas aún se encuentran en la relación violenta, la adherencia al tratamiento de VIH tiene mayor dificultad el 40% de la población no cuentan con

la facilidad de asistir a los tratamientos médicos y el 30% dice tener mayor dificultad por los efectos negativos de los medicamentos (Ver anexo 2). En los casos en los que hay menos complicaciones es debido según ellos al apoyo de amigos y familiares. La adherencia al tratamiento involucra realizar diferentes comportamientos, entre ellos se encuentran: tomar medicamentos según las indicaciones médicas, asistencia periódica a citas con el médico y otros profesionales, realizarse controles médicos, hacer ejercicio y mejorar alimentación, lo anterior contribuye a que exista dificultad para una adherencia adecuada (Varela, Salazar, & Correa, 2008).

Si bien los pacientes que ingresan al tratamiento por VIH cuentan con la atención necesaria para comenzar inmediatamente con la toma de medicamentos, chequeos médicos, entre otros, no se observa que el personal médico tenga en consideración otros factores que impiden la adherencia de la persona, es decir si cuenta con una red de apoyo que los acompañe durante el proceso de asimilación o por el contrario si tiene obstáculos para asistir a las continuas consultas. Es solamente cuando ellos y ellas ingresan a un proceso terapéutico cuando comienzas a aflorar sus sentimientos y contar lo que sucede a su alrededor. Por tanto, es fundamental que los médicos tengan en cuenta la salud mental de sus consultantes.

Se encuentran diferentes dificultades al momento de decidir dejar una situación de violencia, entre ellas se pueden mencionar: enfrentar la pérdida de la pareja, el temor a que la violencia aumente, los sentimientos que se presentan como la vergüenza, baja autoestima, las amenazas que genera el agresor y falta de recursos económicos (Salud Madrid, 2012). Además deben asumir el hecho de que tienen una enfermedad con la cual deberán vivir toda la vida y asumir cambios para mejorar su calidad de vida.

También se logró identificar fortalezas para afrontar la VBG y el diagnóstico de VIH destacándose en un 40% de los entrevistados el deseo de superación (Ver anexo 4), por otra parte para el 20% su mayor fortaleza es la valentía (Ver anexo 4). Así mismo hicieron frente a diferentes dificultades para salir de la violencia de género entre ellas se encontró: que el 30% de las personas tenían miedo (Ver anexo 4), el

15% temían estar solos/as (Ver anexo 4) y en menor porcentaje la pareja no deseaba alejarse y tener poca información sobre el tema.

Después de asumir las fortalezas y dificultades se vieron en la tarea de aceptar su condición de afectadas/os por violencia de género y aceptar su diagnóstico por VIH lo cual lo lograron por distintas actitudes: en el proceso terapéutico, al momento de darse cuenta que la relación no era adecuada, cuando su autoestima mejoró y por el apoyo de sus familias. Las personas afectadas/os por violencia de género pasan por diferentes fases que les ayudan a aceptar su situación: fase de pre – contemplación en que no se reconoce el comportamiento del agresor como abusiva y no hay intención de cambio; fase de contemplación en que las personas se comienzan a dar cuenta de que tienen un problema, las secuelas psicológicas se hacen más evidentes y comienzan a hablar de su situación con las personas a su alrededor una familiar o un profesional; fase de preparación, en que existe el compromiso de cambio, comienzan a informarse sobre los recursos que les pueden ayudar; fase de acción, contar su problema a una persona experta en el tema, ocurre la separación, buscan empleo o retoman actividades, es un comienzo de recuperación personal; y por último la fase de mantenimiento, en que evitan las llamadas del agresor, ya no hay manipulación y se evaden los chantajes emocionales (Guía Didáctica de Diagnóstico e Intervención Sanitaria en Violencia de Género en Atención Primaria, 2011).

Se encuentra que los participantes hacen uso de sus recursos para enfrentar la situación que genera el problema; los recursos que mayormente emplean son el acudir a su familia o a amigos, denunciar ante las autoridades o recurrir a un profesional que pueda ayudarlos lo cual los motiva para salir de la situación violenta y asumir la enfermedad y enfrentar las consecuencias, pero todo con el apoyo de las personas e instituciones que los respaldan. Sólo en un menor porcentaje no buscan ayuda. Según el modelo de Lazarus Folkman (1991, Nava, et al 2010), en el modelo de estrategias de afrontamiento se realiza una evaluación secundaria, la persona identifica los recursos que tiene ya sean personales, sociales, económicos e institucionales, los cuales ayudan a afrontar las demandas del contexto, así el sujeto reflexiona sobre si tiene la capacidad para enfrentar la situación.

De igual manera se identifican las estrategias de afrontamiento dirigidas al problema y a la emoción, las cuales se hallan contenidas en diferentes factores, entre ellos se mencionan:

Resolución de problemas (dirigido al problema), habilidades cognitivas y conductuales dirigidas a suprimir el estrés (Nava, et al 2010). Los entrevistados al darse cuenta del problema comienzan a buscar alternativas para solucionar su situación con el apoyo de sus amigos y/o familiares; según ellos se sentían mal emocionalmente, deseaban mejorar la calidad de vida de ellos y sus hijos/as.

Reestructuración cognitiva (dirigido al problema), habilidad cognitiva que cambia el significado del momento de estrés (Nava, et al 2010). En los entrevistados se logró identificar fortalezas que los ayudaron a enfrentar su situación, entre ellas se destacan, el deseo de superación, la valentía con la que enfrentaron el problema y el bienestar de la familia.

Evitaciones de problemas (dirigido al problema), se intenta negar y evitar pensamientos o comportamientos que tengan relación con la situación estresante (Nava, et al 2010). Las personas experimentaron dificultades para afrontar el problema, las cuales los llevaron a continuar con la relación violenta y no asistir al tratamiento para su enfermedad, mencionan haber sentido miedo por las represalias de la persona que genera violencia, temor a la soledad, dejar la relación y la pareja no desea alejarse; además tenían dificultad para aceptar su diagnóstico por tanto no asumían el proceso terapéutico.

Apoyo social (dirigido a la emoción), estrategias dirigidas a buscar apoyo emocional (Nava, et al (2010). Los entrevistados buscan en primer lugar ayuda con las personas cercanas es decir con su familia o amigos, como segunda alternativa acuden a las comisarias de familia, a psicología y puestos de salud, solamente en algunos casos no buscan apoyo.

Finalmente se logró reconocer las modificaciones cognitivas, afectivas y conductuales de la población. Para ello se comenzó por identificar cómo se modificaron sus pensamientos después de salir de la situación de violencia de género y asimilar el diagnóstico por VIH. Se encontró que un 50% de los entrevistados afirman contar con herramientas que los pueden ayudar a manejar la VBG (ver

anexo5) y un 20% el respeto a sí mismos aumento haciéndose respetar por los demás (Ver anexo 5). Según Carver, Scheier, Weintraub, Galán Rodríguez, Perona Garcelán, Lazarus y Folkman, Moos y Páez Rovira (citado por Krzemien, Urquijo & Monchietti, 2004), definen el afrontamiento cognitivo como el tratar de hallar significado al acontecimiento y evaluarlo de forma que resulte menos desagradable. En relación con el diagnóstico de VIH asumieron la enfermedad y mejoraron la adherencia al tratamiento.

Se puede observar que en las modificaciones afectivas luego de la situación de violencia de género y la aceptación de diagnóstico por VIH un 35% de los participantes se sienten más tranquilos y un 30% expresan tener momentos de felicidad (Ver anexo 5). Según Carver, Scheier y Weintraub, Galán Rodríguez y Perona Garcelán, Lazarus y Folkman, Moos y Páez Rovira (citado por Krzemien, Urquijo & Monchietti, 2004), el afrontamiento afectivo es la regulación de las emociones y el intentar mantener un equilibrio afectivo.

Concluyendo se observaron los cambios que realizaron en su forma de actuar, es así como en 35% de los entrevistados expresan que evitan situaciones violentas y en un 25% mejoró la toma de decisiones (Ver anexo 5). De acuerdo con Carver, Scheier y Weintraub, Galán Rodríguez y Perona Garcelán, Lazarus y Folkman, Moos y Páez Rovira (citado por Krzemien, Urquijo & Monchietti, 2004), el afrontamiento conductual es el comportamiento dirigido a hacer frente a la realidad, haciéndose cargo de sus consecuencias.

En relación a los cambios en su vida sexual, solamente un menor porcentaje es decir el 40% de los entrevistados mejoran las medidas de protección al momento de tener contacto sexual, sin embargo, un 70% comentan no querer tener contacto sexual por el miedo a contagiar a otros (Ver anexo 2). Para Arias et al. (2003), muchas personas que viven con la enfermedad creen que cuando tienen VIH se termina su vida sexual, ante todo por el miedo de transmitir la enfermedad a sus parejas, sin embargo, lo que se recomienda es evitar conductas sexuales de riesgo. La sexualidad de las personas que se enteran de que tienen VIH sufre diferentes cambios, uno de ellos es que el deseo sexual tiende a desaparecer, en otros el deseo se mantiene pero

por temor a transmitir la enfermedad a otros o reinfectarse toman la decisión de abstenerse sexualmente (ADHARA, 2010).

Conclusiones

El proceso de Afrontamiento es similar tanto para la VBG como para el VIH, las personas pasan por cada uno de los etapas del afrontamiento para poder tanto asimilar el diagnóstico como para poder salir de la situación de violencia, sin embargo, el proceso se intensifica por tener que asumir las dos problemáticas y más aún con el VIH debido a que las personas deben comenzar inmediatamente un tratamiento lo cual no se hace posible en muchos casos por seguir siendo afectados por la violencia de género.

La asimilación del diagnóstico por VIH es un proceso difícil de aceptar porque a pesar de que actualmente se conoce más sobre la enfermedad se continúa asociándola con la muerte. Además, los cambios que se generan en el estilo de vida, como la asistencia frecuente al médico los cambios en la vida sexual y emocional obstaculizan la adherencia al tratamiento.

Una de las causas de contagio por VIH es una relación violenta, en ocasiones la persona se ve sometida a las exigencias de la pareja es decir deben tener relaciones sexuales sin protección.

Se encuentra que en la VBG y en la asimilación del diagnóstico por VIH priman pensamientos de culpabilidad, resignación e inferioridad y se dan sentimientos de tristeza, rabia e intranquilidad. También se exalta el miedo a la pareja y a las represalias que pueda tomar.

Al momento de salir de la relación violenta sus pensamientos, emociones y comportamientos se modifican encontrando que mejora la autoestima, mayor tranquilidad, sentimientos de felicidad y evitan relaciones violentas y mejora la toma de decisiones.

En relación al VIH hay cambios en su vida sexual ya que los entrevistados no desean tener contacto sexual. En algunos casos mejoran las medidas de protección y hay una adecuada adherencia al tratamiento.

Una vez se asimila la enfermedad y se sale de la VBG tienen deseos de superación y se proyectan al futuro con objetivos encaminados a su bienestar personal.

Finalmente el trabajo investigativo permitió analizar conjuntamente la VBG y el VIH, permitiendo ver la relación directa que tienen las dos problemáticas, es así cómo se logró reconocer los pensamientos y sentimientos y comportamientos de las personas los cuales fueron marcados no sólo por el hecho de ser afectados por VBG sino por tener que aceptar que deben vivir con VIH y asumir el tratamiento y los cambios que ello conlleva.

Además el trabajo aporta a la psicología una base conceptual en lo relacionado a trabajar la VBG y el VIH como dos problemáticas en conjunto.

Igualmente, la investigación dio a conocer los procesos de afrontamiento de VBG y el VIH, ayudando a que en futuras investigaciones o los programas que trabajan con dicha temática tomen en cuenta el proceso que las personas realizaron para salir adelante, lo cual permite planear nuevas y/o diferentes intervenciones psicológicas.

Limitaciones

La principal limitación encontrada para el desarrollo del presente estudio fue la dificultad para hacer contacto con la población debido a que era necesario contar con personas afectadas/os por VBG pero que además vivieran con VIH, además no es fácil que las personas que viven con VIH; quieran acceder a dar una entrevista por temor a poner en conocimiento su diagnóstico de VIH.

Recomendaciones

Se ve la necesidad de trabajar sobre campañas, programas y capacitaciones relacionadas con el VIH y la VBG no como dos problemáticas aisladas sino conjuntamente debido a que la VBG se puede considerar como un predisponente para adquirir VIH o igualmente se puede sufrir de violencia de género a consecuencia del diagnóstico por VIH.

Hacer capacitaciones en relación a la violencia de género tanto en hombres y en niños, debido a que la publicidad esta constantemente dirigida al maltrato en mujeres. Si bien los casos de violencia contra el género masculino son pocos también se ven expuestos a violencia.

Realizar trabajos sobre las Estrategias de Afrontamiento para que las personas o los programas que trabajen con VBG los tomen como herramientas conceptuales para fortalecer sus procesos investigativos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aguilar Umaña, I. (2000). Apuntes sobre cultura de violencia y cultura de paz. *Centro paz* , 10.

Alvarado, M., & Guerra, N. (2012). La violencia de Género un Problema de Salud Pública. *Interacción y Perspectiva* , 117-129.

Álvarez, Á., & Sánchez, N. (2007). *Violencia cotidiana: Segmentos interconductuales conceptualizados como violentos y observados en la Plaza de Nariño de la ciudad de San Juan de Pasto*. Trabajo de grado. San Juan de Pasto: Universidad de Nariño. Manuscrito no publicado.

Amezcuca, M., & Gálvez, A. (2002). Los modos de análisis en la investigación cualitativa en salud: perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. *Revista Española de salud pública* , 423-436.

Amor, P., Corral, P., Bohórquez, I., Oria, J., Rodríguez, M., López, F., y otros. (2011). *Violencia de género y adicción a drogas en Centros de Día*. México: Juanta de Andalucía .

Arias, J., Estrada, J., Gómez, E., Lattuada, J. C., & Soria, C. (2003). *Lo que tú necesitas saber sobre VIH y SIDA*. México: Plaza y Valdés.

Arias, M. (1999). Triangulación metodológica. *Investigación y educación en enfermería* , 40-52.

Aristizabal Botero, C. A. (2008). Recuperado el 20 de Marzo de 2012, de Fundación Universitaria Luis Amigo: <http://www.funlam.edu.co/administracion.modulo/NIVEL-06/TeoriaYMetodologiaDeLaInvestigacion.pdf>

Arrivillaga, M., Alzate, M., & Useche, B. (2009). Políticas públicas, sistema de salud y mujeres con VIH/SIDA en Colombia: un análisis crítico. *Revista gerencia y políticas de salud* , 8 (16), 57-71.

Arrivillaga, M., Correa, D., Varela, M., Holguín, L., & Tovar, J. (2006). Variables psicológicas en mujeres diagnosticadas con VIH/SIDA: un estudio correlacional. *Universitas Psychologica* , 5 (3), 659-667.

Asociación de personas que vivimos con VIH ADHARA. (2010). Recuperado el 8 de Julio de 2012, de ADHARA: <http://adharasevilla.org/index.php/sexualidad>

Asociación venezolana para una educación sexual alternativa AVESA. (2007). *Vulnerabilidad de la mujer víctima de la violencia ante el VIH/SIDA en Venezuela abril 2006-abril 2007*. Caracas: AVESA.

Ávila, D. (2010). *Actúa, el VIH también es contigo*. Recuperado el 27 de diciembre de 2010, de Mujeres Contando: http://mujerescontando.com/index.php?option=com_content&view=article&id=83:de-rechos-de-las-mujeres-violencia-machismo-discriminacion&catid=14:editorial&Itemid=14

Bastidas, E., Narvaez, V., & Ortíz, L. (2007). *Caracterización psicosocial de mujeres víctimas de violencia física ocasionada por sus parejas según el modelo de terapia cognitiva y el modelo multifactorial de vulnerabilidad atendidas en la Unidad de Urgencias del Hospital Universitario Departamental*. San Juan de Pasto: Trabajo de grado Programa de Psicología Universidad de Nariño.

Bayés, R., Comellas, B., Lorente, S., & María, V. (1998). Información, miedo y discriminación en la pandemia por VIH/SIDA. *Psicothema*, 10 (1), 127-134.

Centro de cálculo e investigación educativa. (2011). Recuperado el 24 de Agosto de 2012, de FIUSAC: área de estadística : http://destadistica.ingenieria-usac.edu.gt/index.php?option=com_content&view=article&id=26&Itemid=41

Congreso de Colombia. (2006). *Ley 1090*. Santa Fe de Bogotá.

Cuerpo y derechos. (2010). *VIH y Sida: Más allá de las cifras. Género y medidas de prevención*. Recuperado el 12 de febrero de 2011, de Cuerpo y derechos: http://www.cuerpoyderechos.info/index.php?option=com_content&view=article&id=635:vih-y-sida--mas-alla-de-las-cifras-genero-y-medidas-de-prevencion-&catid=5:vih-y-sida&Itemid=7

De Andrea, N. (2010). Perspectivas cualitativa y cuantitativa en investigación ¿inconmesurables? *Fundamentos en Humanidades*, XI (1), 53-66.

Driessnack, M., Sousa, V., & Costa, I. (Julio de 2007). Recuperado el 15 de Junio de 2012, de Scientific Electronic Library Online: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n4/es_v15n4a25.pdf

El tiempo. (2007). 60 hombres maltratados se han registrado durante el 2007. *El tiempo*.

Fernández, S., Cordero, J. M., & Córdoba, A. (2002). *Estadística descriptiva*. Madrid: ESIC Editorial.

Galeano, M. (2004). *Diseños de proyectos de la investigación cualitativa*. Medellín : Universidad EAFIT.

García, G. (2003). *Investigación Comercial* . Madrid : ESIC.

Garzón, J. (15 de Agosto de 2012). Cifras de VIH en el municipio de Pasto. (P. López, Entrevistador)

Gather Estudios. (27 de Junio de 2011). Recuperado el 11 de Mayo de 2012, de Gather estudios: <http://www.gatherestudios.es/2011/06/27/estadistica-muestreo-bola-de-nieve/>

González, V. (2009). Intervención psicológica en VIH/SIDA. *Uaricha* , 50-63.

Grupo Temático Interagencial sobre VIH de las Naciones Unidas de Guatemala. (2011). *Informe de situación sobre VIH y Violencia Basada en Género*. Guatemala: Sistema de las Naciones Unidas de Guatemala.

Guía Didáctica de Diagnóstico e Intervención Sanitaria en Violencia de Género en Atención Primaria. (2011). *Instituto asturiano de la mujer*. Recuperado el 15 de Septiembre de 2012, de http://institutoasturianodelamujer.com/iam/wp-content/uploads/2011/05/Gu%C3%ADa_diagn%C3%B3sitco_intervenci%C3%B3n_violencia_atenci%C3%B3n_primar%C3%ADa.pdf

Heinemann, K. (2003). *Introducción a la metodología de la investigación empírica*. Barcelona: Paidotribo.

Herbart, J. (s.f.). *Bosquejo para un curso de pedagogía* . Madrid: La lectura .

Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2007). *Metodología de la Investigación*. México: McGraw Hill.

Instituto Canario de la Mujer. (2007). *Gobierno de Canarias*. Recuperado el 11 de julio de 2012, de http://www.gobiernodecanarias.org/icigualdad/documentos/Guia_Atencion_victimas_Violencia_cambiada%2021042008.pdf

Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. (2010). *Forensis Mujeres. Datos para la vida. Herramienta para la interpretación, intervención y prevención de lesiones de causa externa en Colombia*. Bogotá: Editorial INMLCF.

International Council of AIDS Service Organizations. (2011). *Until we end aids*. Recuperado el 1 de Julio de 2012, de http://www.icaso.org/publications/genderreport_web_ESP_080505.pdf

Krzemien, D., Urquijo, S., & Monchietti, A. (2004). Aprendizaje social y estrategias de afrontamiento a los sucesos críticos del envejecimiento femenino. *Psicothema* , 350-356.

León, M. (2006). Violencia contra la mujer y VIH SIDA. *Revista venezolana de estudios de la mujer* , 11 (26), 137-140.

López de Munain, J. G. (1996). *Fuertes contra la violencia*. Madrid: Universidad de Salamanca.

López Parra, H. J. (2003). *Investigación cualitativa y participativa un enfoque historico-hermenéutico y critico-social en psicología y educación ambiental*. Bogotá: Universidad Pontificia Bolivariana.

Marcovici, K. (2002). *El UNGASS, género y la vulnerabilidad de la mujer a la VIH/SIDA en América Latina y el Caribe*. Washington: Programa Mujer, Salud y Desarrollo, Organización Panamericana de la Salud.

Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia, Dirección General de Salud, Programa Nacional de Género y Violencias, Organización Mundial de la Salud & Organización Panamericana de la Salud. (2004). *Salud y violencias: Plan nacional 2004-2007*. La Paz: OPS/OPS.

Nava, C., Ollua, P., Vega, C., & Soria, R. (2010). Inventario de estrategias de afrontamiento: una replicación. *Psicología y salud* , 20 (2), 213-220.

Noboa, P., & Serrano, I. (2006). Autoeficacia en la negociación sexual: retos para la prevención de VIH/SIDA en mujeres puertorriqueñas. *Revista Latinoamericana de Psicología* , 38 (1), 21-43.

Olmo, G. (2009). *Hombres maltratados: la cara oculta de la violencia de género*. Recuperado el 26 de marzo de 2011, de ABC España:

<http://www.abc.es/20091125/nacional-/hombres-maltratados-cara-oculta-200911250940.html>

ONUSIDA. (2000). Recuperado el 20 de marzo de 2011

ONUSIDA. (2006). *Información básica sobre el VIH / SIDA*. Recuperado el 18 de mayo de 2011, de <http://www.onusida.org.co/CARTILLA%20VIH%20SIDA.pdf>

Organización de las Naciones Unidas. (1993). *Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer*. Ginebra: Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights.

Organización Mundial de la Salud . (Julio de 2012). Recuperado el 1 de Septiembre de 2012, de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs360/es/index.html>

Organización Panamericana de la Salud & Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud. (2002). *Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen*. Washington D.C.

Ospina, D., Jaramillo, D., Uribe, T., & Cabarcas, G. (2006). Escala de identificación de las etapas de cambio conductual en mujeres en una relación conyugal violenta. *Revista Latinoamericana de Psicología* , 38 (003), 5223-564.

Pantoja, A., Calvachi, A., & Ceballos, Z. (2002). *Autoconcepto en las áreas afectiva, familiar, social y laboral en mujeres víctimas de violencia conyugal atendidas en el servicio de consulta externa del Hospital Perpetuo Socorro de San Juan de Pasto*. San Juan de Pasto: Trabajo de grado, Programa de Psicología Universidad de Nariño.

Pastor, A., Ruiz, E., Vargas, J., & Jaimes, J. (1999). Análisis de factores biopsicosociales de pacientes portadores de VIH atendidos en la Clínica Reina Sofía. *ECM* , 33-51 .

Pérez, G. (2004). *Modelos de investigación cualitativa en educación social y animación sociocultural aplicaciones prácticas*. Madrid : NARCEA, S.A DE EDICIONES.

Pinzón, D. (2008). *Violencia de género y violencia sexual en Colombia*. Bogotá: CERAC, Centro de recursos para el análisis de conflictos.

Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH Sida ONUSIDA. (2011). *Mujeres y niñas*. Recuperado el 18 de 02 de 2011, de ONUSIDA: <http://www.unaids.org/es/strategygoalsby2015/womenandgirls/>

Pulido Rodríguez, R., Ballén Ariza, M., & Zuñiga López, F. (2007). *Abordaje hermenéutico de la investigación cualitativa*. Bogotá : Universidad Cooperativa de Colombia .

Salud Madrid . (2012). *Portal de Salud de la Comunidad de Madrid* . Recuperado el 1 de Octubre de 2012, de http://www.madrid.org/cs/Satellite?c=PTSA_Generico_FA&cid=1142331757499&language=es&pageid=1142332106009&pagename=PortalSalud%2FPTSA_Generico_FA%2FPTSA_pintarGenericoIndice&pv=1142331755279&vest=1142332106009

Sandoval Casilimas, C. A. (1996). *Investigación Social*. Bogotá: ARFO Editores e Impresores Ltda.

Sepúlveda García de la Torre, A. (Abril de 2006). Recuperado el 4 de Febrero de 2012, de Scientific Electronic Library Online : <http://scielo.isciii.es/pdf/cmfn43-44/11.pdf>

Solíz Manrique, C., & Vidal Miranda, A. (2006). Estilos y estrategias de afrontamiento en adolscentes . *Revista de psiquiatría y salud mental Hermilio Valdizan* , 33-39.

Théodore, F. L., Gutierrez, J., Torres, P., & Luna, G. (2004). El sexo recompensado: una práctica en el centro de las vulnerabilidades (ITS/VIH/SIDA) de las jóvenes mexicanas. *Revista de Salud Pública de México* , 46 (2), 104-112.

Trujano, P., Martínez, A., & Benítez, J. (2002). Violencia hacia el varón. *Psiquis* , 23 (4), 133-147.

Unidad de Género, Etnia y Salud. (2004). Recuperado el 10 de Agosto de 2012, de Gen salud : http://www.paho.org/spanish/ad/ge/Viol-VIH_FS0705.pdf

United States Agency for International Development USAID. (2008). *Addressing gender-based violence through USAID's health programs: A guide for Health Sector Programs Officers*. Washington: USAID.

Varela, M., Salazar, I., & Correa, D. (2008). Adherencia al tratamiento en la infección por VIH/SIDA. *scientific electronic library online* , 101-113.

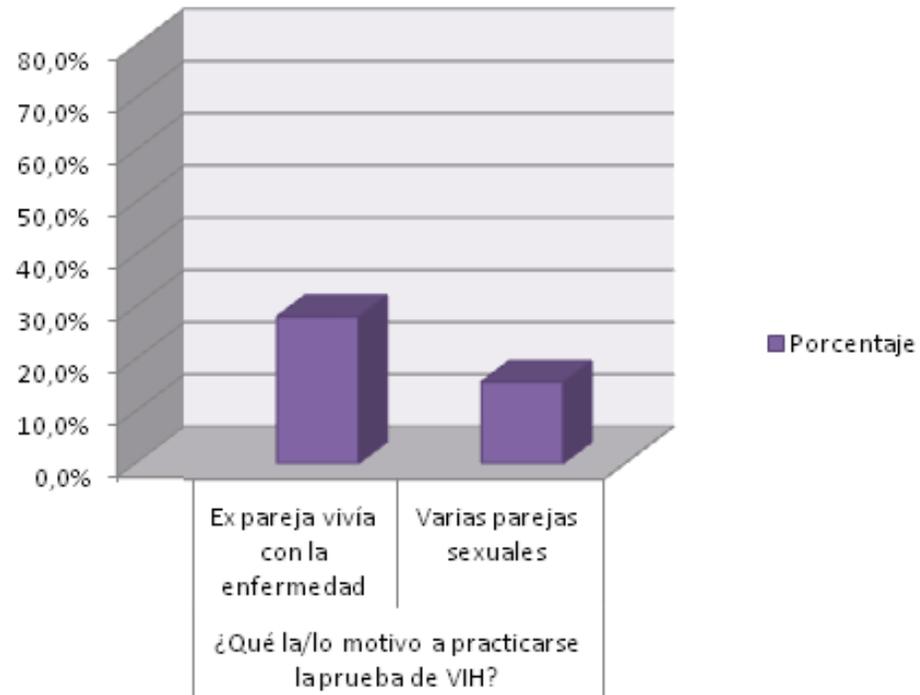
Vera, L. (2003). Género, violencia y la epidemia del VIH/Sida en Yucatán, México . *Biomed* , 269-278.

Yepes, F., & Hernández, C. (2010). Haciendo visible lo invisible: Violencia de género y entre generaciones en una comunidad indígena colombiana. *Revista investigación y educación en enfermería* , 28 (3), 444-453.

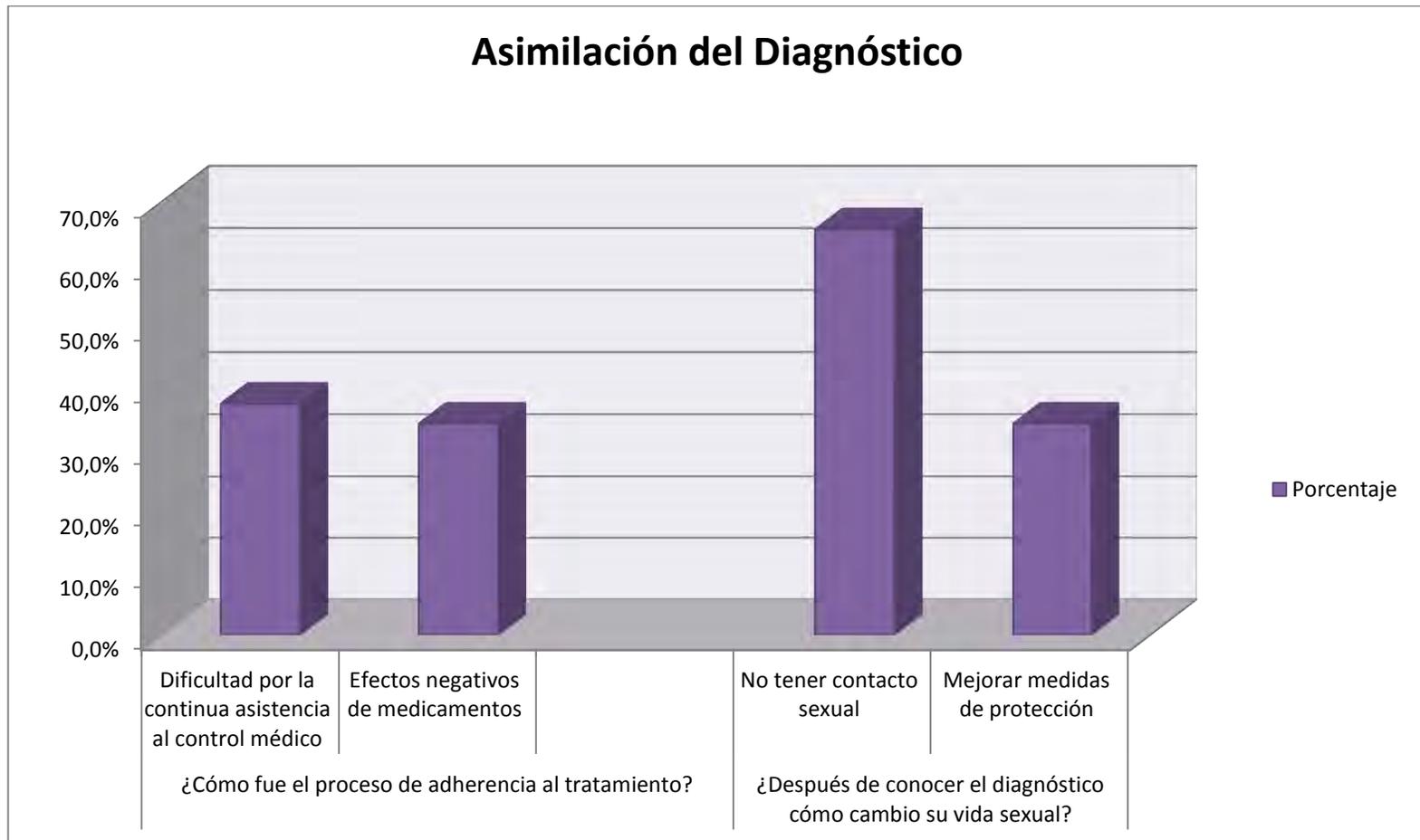
ANEXOS

Anexo 1. Distribución Porcentual de la manera como se enteraron del diagnóstico y el motivo para practicarse la prueba de VIH

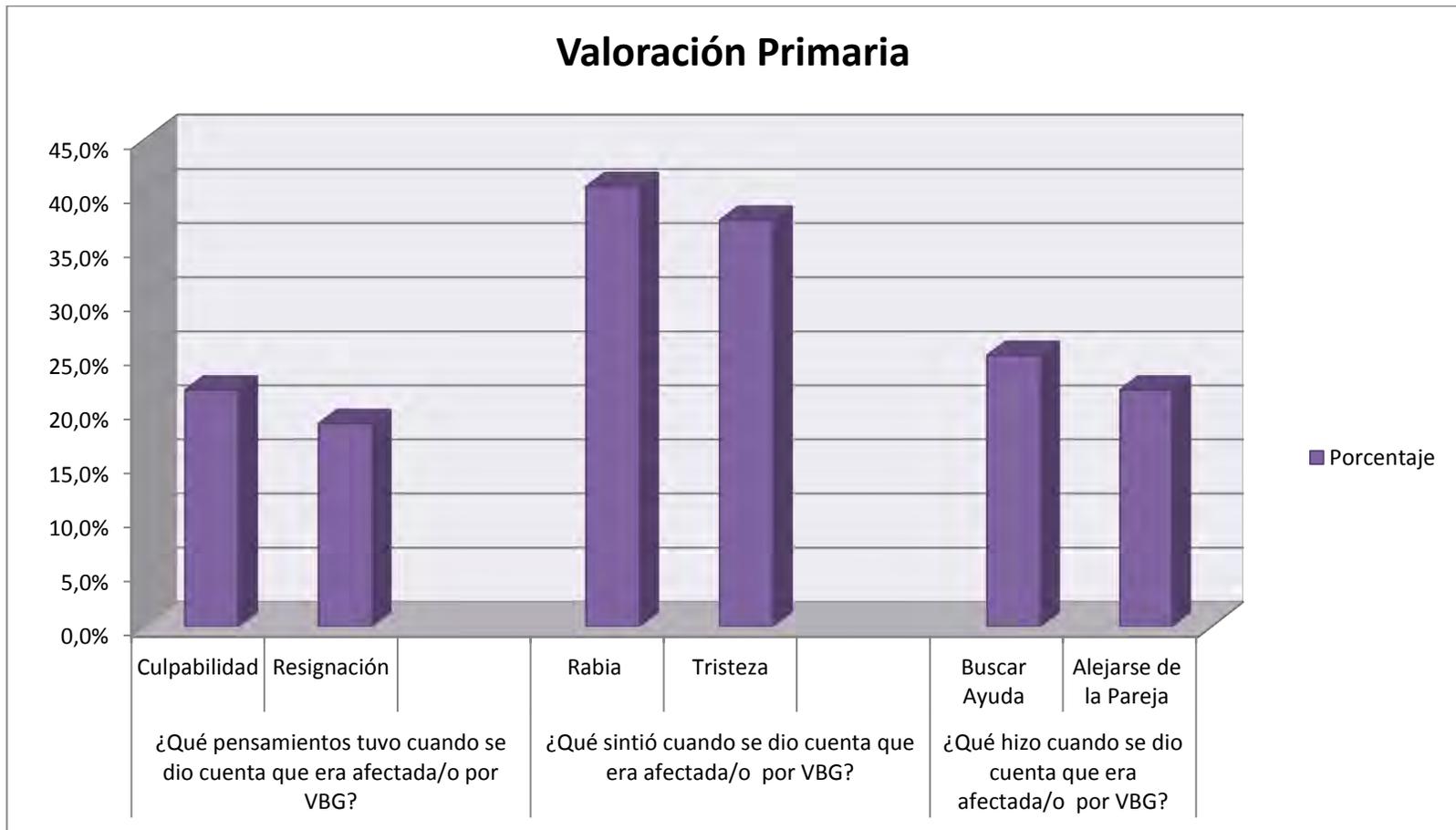
Asimilación del Diagnóstico



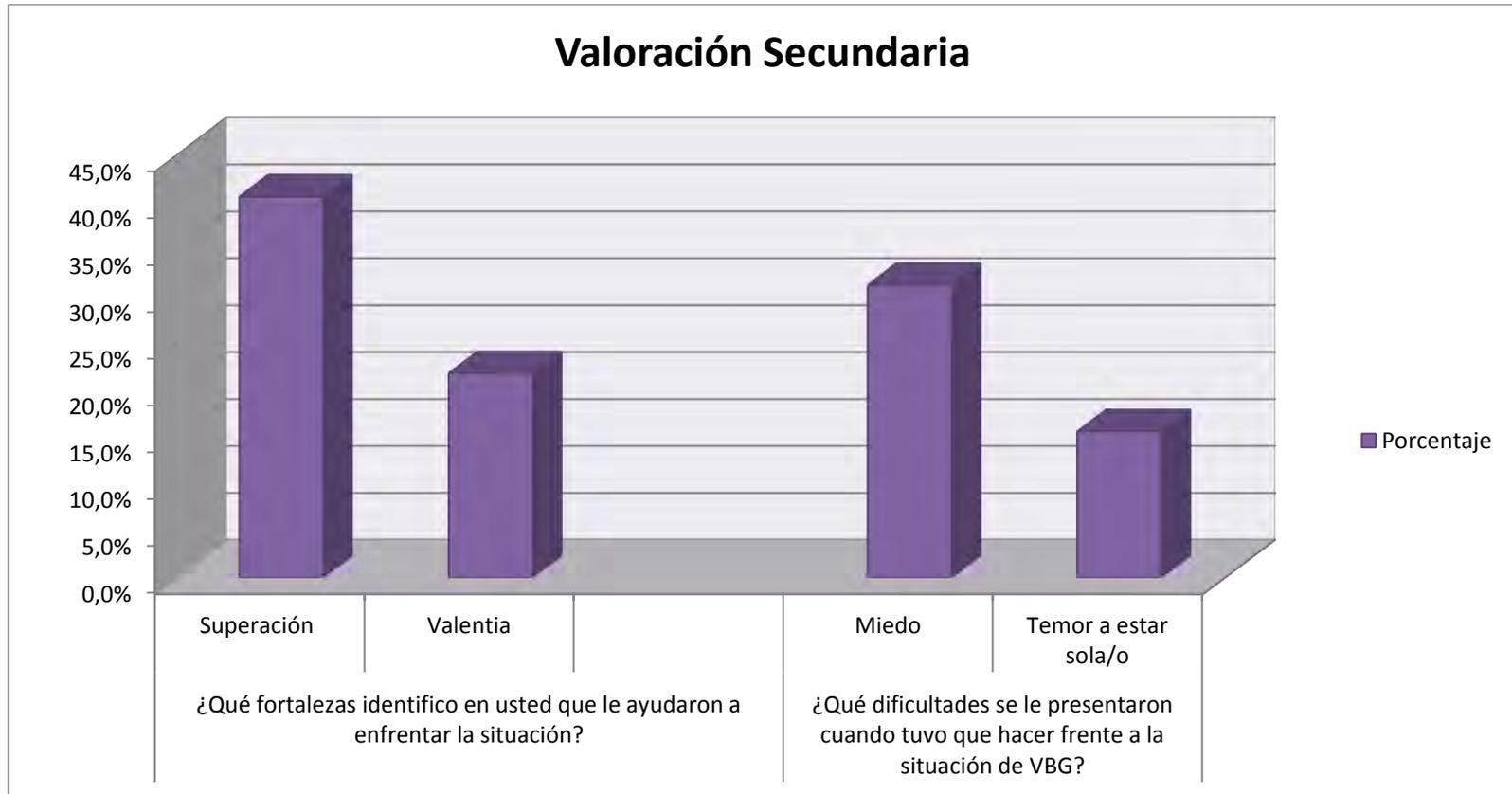
Anexo 2. Distribución Porcentual sobre adherencia al tratamiento y cambios en su vida sexual después del diagnóstico de VIH



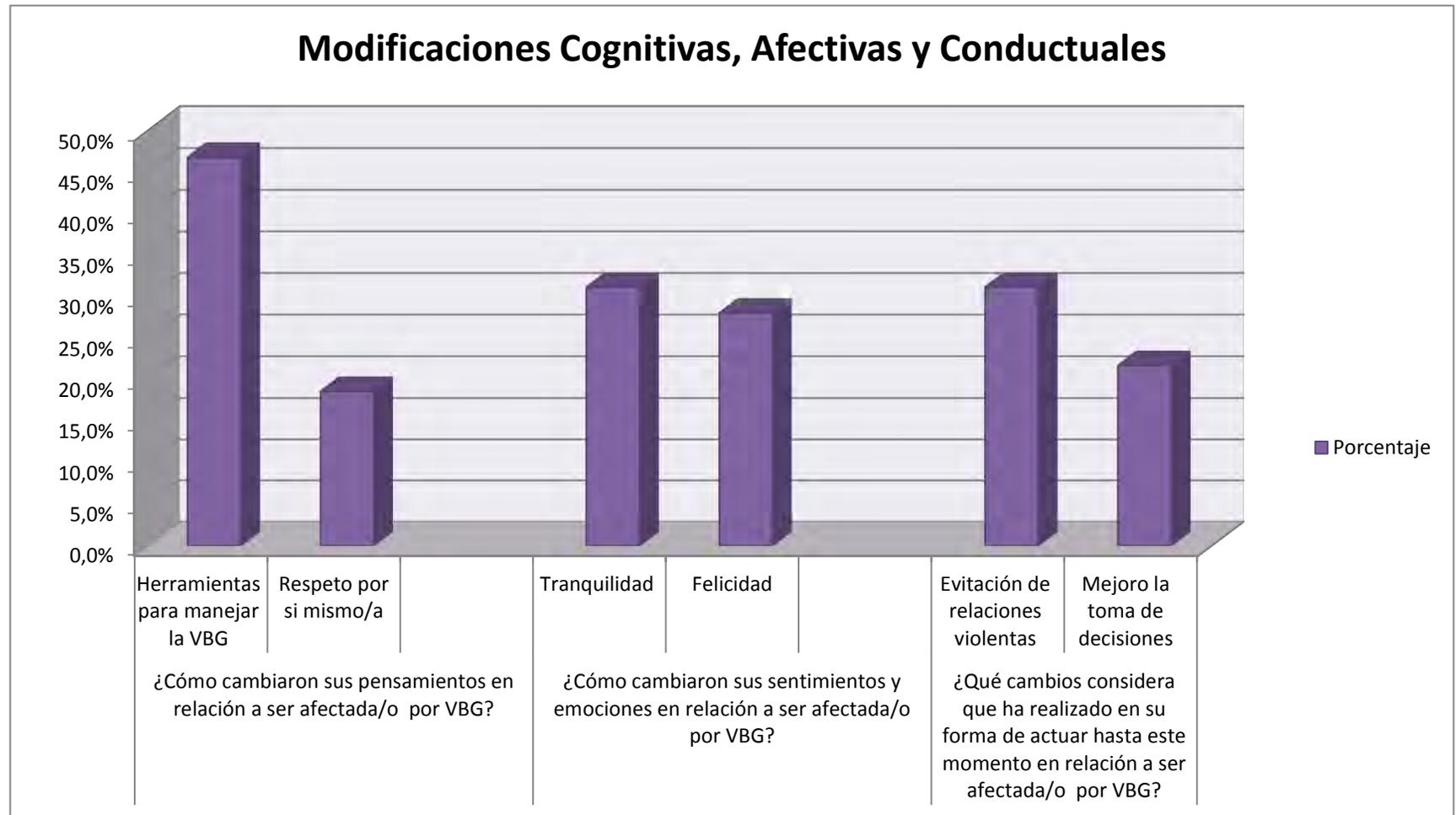
Anexo 3. Distribución Porcentual sobre los pensamientos, sentimientos y conductas al momento de darse cuenta que son afectados/as por VBG.



Anexo 4. Distribución Porcentual sobre las fortalezas y dificultades para salir de la situación de violencia de género



Anexo 5. Distribución Porcentual sobre las modificaciones en pensamientos, emociones y comportamiento después de salir de la situación de violencia



Anexo 6. Cuestionario población afectada por VBG que viven con VIH

Cuestionario

¿Sintió algún tipo de discriminación?	SI	NO
¿Sintió algún tipo de estigmatización?	SI	NO
¿Recurrió a alguna institución?	SI	NO
¿Ocurrieron cambios en su estilo de vida?	SI	NO
¿Tuvo complicaciones en la adherencia al tratamiento?	SI	NO
¿Sabe usted que es la Violencia Basada en Género?	SI	NO
¿Recurrió a alguien para buscar ayuda?	SI	NO

Anexo 7. Entrevista población afectada por VBG que viven con VIH

1.	¿Cómo se enteró de su diagnóstico?
2.	¿Qué la/lo motivo a practicarse la prueba de VIH?
3.	¿Sintió algún tipo de discriminación de la persona o institución que le informaron sobre su diagnóstico?
4.	¿Sintió algún tipo de estigmatización de la persona o institución que le informaron sobre su diagnóstico?
5.	¿Qué sintió usted cuando se enteró de su diagnóstico?
6.	¿Qué hizo usted cuando se enteró de su diagnóstico?
7.	¿A qué personas o institución recurrió al enterarse de su diagnóstico?
8.	¿Qué cambios ocurrieron en su ambiente laboral, educativo y/o con su grupo de amigos después de conocer su diagnóstico?
9.	¿Qué cambios en su estilo de vida tuvo que realizar?
10.	¿Cómo cambio su proyecto de vida después del diagnóstico?
11.	¿Cómo fue el proceso de adherencia al tratamiento?
12.	¿Después de conocer el diagnóstico cómo cambio su vida sexual?
13.	¿En algún momento asumió su enfermedad como una discapacidad?
14.	¿Qué conductas de riesgo considera pudo haber tenido para que existiera la posibilidad de contagio?
15.	¿Sabe usted que es la VBG?
16.	¿Usted fue afectada/o por VBG antes o después de su diagnóstico por VIH?
17.	¿En qué momentos o situación fue afectada/o por VBG?
18.	¿Quién o quienes ejercieron ejerció VBG?
19.	¿Cómo se dio cuenta que fue afectada/o por VBG?
20.	¿Qué pensamientos tuvo cuando se dio cuenta que era afectada/o por VBG?
21.	¿Qué sintió cuando se dio cuenta que era afectada/o por VBG?
22.	¿Qué hizo cuando se dio cuenta que era afectada/o por VBG?
23.	¿A quién o a quienes recurrió para buscar ayuda?
24.	¿Qué la/lo motivó a buscar ayuda ante su situación de VBG?
25.	¿Qué fortalezas identifico en usted que le ayudaron a enfrentar la situación?
26.	¿Qué dificultades identifico en usted que le ayudaron a enfrentar la situación?
27.	¿Cómo acepto su condición como afectada/o por VBG?

28.	¿Cómo cambiaron sus pensamientos en relación a su condición de ser afectada/o por de VBG?
29.	¿Cómo cambiaron sus sentimientos y emociones en relación a su condición como afectada/o por VBG?
30.	¿Qué cambios considera que ha realizado en su forma de actuar hasta este momento en relación a su condición como afectada/o por VBG?

Anexo 8. Entrevista a expertos

1.	¿Cuál es la forma más común de enterarse del diagnóstico por VIH?
2.	¿Qué motiva a los pacientes a practicarse la prueba de VIH?
3.	¿Piensa que existe algún tipo de discriminación por parte del personal o institución que entrega el resultado de VIH?
4.	¿Piensa que existe algún tipo de estigmatización por parte del personal o institución que entrega el resultado de VIH?
5.	¿De acuerdo a su experiencia que sentimientos tienen los pacientes al enterarse del resultado por VIH?
6.	¿De acuerdo a su experiencia que es lo primero que hacen los pacientes al enterarse del resultado por VIH?
7.	¿De acuerdo a su experiencia a que personas o institución recurren los pacientes al enterarse del resultado por VIH?
8.	¿Qué cambios ocurren en el ambiente laboral, educativo y/o con su grupo de amigos después de conocer su diagnóstico?
9.	¿Qué cambios en el estilo de vida tienen que realizar?
10.	¿Cómo se ve afectado el proyecto de vida de los pacientes después del diagnóstico?
11.	¿Cómo es el proceso de adherencia al tratamiento?
12.	¿Cómo cambia la vida sexual de los pacientes después del diagnóstico por VIH?
13.	¿Asumen su enfermedad como una discapacidad?
14.	¿Qué conductas de riesgo se pudo haber tenido para que existiera la posibilidad de contagio?
17.	¿Cuáles son los momentos o situación comunes para que la persona sea afectada/o por VBG?
18.	¿Quién o quienes ejercen VBG?
19.	¿Cómo se dan cuenta que están siendo afectadas /os por VBG?
24.	¿A quién o a quienes recurren para buscar ayuda?
25.	¿Qué las o los motiva a buscar ayuda ante su situación de VBG?
26.	¿Qué fortalezas identifican para enfrentar la situación de VBG?
	¿Qué dificultades identifican para enfrentar la situación de VBG?
31.	¿Qué cambios realizan en su forma de actuar después de salir de la situación de VBG?

Anexo 9. Formato de validación por jueces

El presente cuestionario tiene como objetivo recolectar información respecto a la asimilación del diagnóstico de VIH y al proceso de afrontamiento de la Violencia Basada en Género en personas que viven con VIH/SIDA.

El cuestionario está compuesto por preguntas orientadoras de tipo abierto, formuladas a personas víctimas de Violencia Basada en Género, que viven con VIH/SIDA. Las categorías que sustentan cada una de las preguntas se observan a continuación.

Categoría	Subcategoría
Estrategias de Afrontamiento Son aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales, constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo	Valoración primaria Es la valoración que el sujeto hace de la situación como tal, lo que significa de riesgo, de compromiso a su bienestar o hasta supervivencia.
	Valoración secundaria Es la evaluación que hace el sujeto de los recursos que posee, tanto personales y sociales, como económicos e institucionales, para hacer frente a la demanda del medio. En función a esta valoración el sujeto considera si posee recursos y capacidad para hacer frente.
Asimilación del diagnóstico: La forma en que cada persona asimila el diagnóstico del VIH/SIDA, está asociado a los factores, como la personalidad y la historia de vida del sujeto.	Modificaciones conductuales, cognitivas y emocionales

En el formato, luego de especificar la categoría y subcategoría, se consigna la pregunta. Para su revisión se deben tener en cuenta los siguientes criterios

Importancia: La pregunta es necesaria para poder recolectar la información que se pretende obtener.

Claridad: El sentido de la pregunta es de fácil comprensión tanto para el profesional que aplica la entrevista como para la persona entrevistada.

Unidimensionalidad: La pregunta está dirigida correctamente a la categoría que pretende medir.

Al lado derecho de cada pregunta se encuentra la casilla correspondiente a cada criterio. Usted debe dar la calificación que considere prudente para cada uno de acuerdo con el siguiente cuadro:

Puntaje	Criterio
0	El ítem no cumple con el criterio
1	El ítem cumple parcialmente con el criterio
2	El ítem cumple totalmente con el criterio

En el apartado de observaciones se consignarán las modificaciones que usted considere pertinente realizar en el ítem. De igual manera, en las observaciones finales puede consignar la opinión general que tiene del instrumento y las posibles modificaciones a las que haya lugar.

Agradecemos nuevamente su colaboración.

Categoría	Subcategoría	Pregunta orientadora	Importancia	Claridad	Unidimensionalidad	Observaciones
Asimilación del diagnóstico		¿Cómo se enteró de su diagnóstico?				
		¿Qué la/lo motivo a practicarse la prueba de VIH?				
		¿Sintió algún tipo de discriminación de la persona o institución que le informaron sobre su diagnóstico?				
		¿Sintió algún tipo de estigmatización de la persona o institución que le informaron sobre su diagnóstico?				
		¿Qué sintió usted cuando se enteró de su diagnóstico?				
		¿Qué hizo usted cuando se enteró de su diagnóstico?				
		¿A qué personas o institución recurrió al				

	enterarse de su diagnóstico?				
	¿Qué cambios ocurrieron en su ambiente laboral, educativo y/o con su grupo de amigos después de conocer su diagnóstico?				
	¿Qué cambios en su estilo de vida tuvo que realizar?				
	¿Cómo cambio su proyecto de vida después del diagnóstico?				
	¿Cómo fue el proceso de adherencia al tratamiento?				
	¿Después de conocer el diagnóstico cómo cambio su vida sexual?				
	¿En algún momento asumió su enfermedad				

		como una discapacidad?				
		¿Qué conductas de riesgo considera pudo haber tenido para que existiera la posibilidad de contagio?				
Afrontamiento	Valoración primaria	¿Sabe usted que es la VBG?				
		¿Usted fue afectada/o por VBG antes o después de su diagnóstico por VIH?				
		¿En qué momentos o situación fue afectada/o por VBG?				
		¿Quién o quienes ejercieron ejercicio VBG?				
		¿Cómo se dio cuenta que fue afectada/o por VBG?				

	¿Qué pensamientos tuvo cuando se dio cuenta que era afectada/o por VBG?				
	¿Qué sintió cuando se dio cuenta que era afectada/o por VBG?				
	¿Qué hizo cuando se dio cuenta que era afectada/o por VBG?				
Valoración secundaria	¿A quién o a quienes recurrió para buscar ayuda?				
	¿Qué la/lo motivó a buscar ayuda ante su situación de VBG?				
	¿Qué fortalezas identifico en usted que le ayudaron a enfrentar la situación?				

	¿Qué dificultades identifico en usted que le ayudaron a enfrentar la situación?				
	¿Cómo acepto su condición como afectada/o por VBG?				
	¿Cómo cambiaron sus pensamientos en relación a su condición de ser afectada/o por de VBG?				
	¿Cómo cambiaron sus sentimientos y emociones en relación a su condición como afectada/o por VBG?				
Modificaciones	¿Qué cambios considera que ha realizado en su forma de actuar hasta este momento en relación a su				

Cognitivas Conductuales Emocionales	condición como afectada/o por VBG?				

Observaciones finales:

Anexo 10. Consentimiento informado



UNIVERSIDAD DE NARIÑO
PROGRAMA DE PSICOLOGIA
FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

El presente consentimiento tiene el fin de informar a los participantes sobre la investigación, así como de su rol en ella.

La presente investigación cuenta con el aval de la Universidad de Nariño, y será conducida por las estudiantes de psicología Cristina López y Maribell Paredes. El objetivo de este estudio es *Describir el desarrollo del proceso de afrontamiento de personas que viven con VIH, que fueron afectadas/os por Violencia Basada en Género de la ciudad de San Juan de Pasto.*

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas a una entrevista. Esto tomará aproximadamente 30 minutos de su tiempo. Lo que conversemos durante estas sesiones se grabará, de modo que el investigador pueda transcribir después las ideas que usted haya expresado.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas a la entrevista serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas. Una vez transcritas las entrevistas, las grabaciones se destruirán.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la

entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

CARTA DE AUTORIZACIÓN

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por

He sido informado (a) de que el objetivo de este estudio es, *Describir el desarrollo del proceso de afrontamiento de personas que viven con VIH, que fueron afectadas/os por Violencia Basada en Género de la ciudad de San Juan de Pasto.*

Me han indicado también que tendré que responder una entrevista, lo cual tomará aproximadamente _____ minutos.

Reconozco que la información que yo entregue en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido.

En constancia se firma en Pasto a los ____ días del mes de _____ del año 2012.

Firma del Participante

Cédula de Ciudadanía