

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS.

The seal of the University of San Carlos of Guatemala is a circular emblem. It features a central shield with a crown on top. The shield is divided into four quadrants: the top-left shows a castle, the top-right shows a lion rampant, the bottom-left shows a hand holding a scepter, and the bottom-right shows a hand holding a book. A figure of a saint is seated in the center of the shield. The shield is surrounded by a circular border containing the Latin text "UNIVERSITAS SAN CAROLINIENSIS INTER CETERA ORBIS CONSPICUA AC ACADEMIA COACTEMALENSIS".

**“CREENCIAS NUCLEARES FRECUENTES EN HOMOSEXUALES MASCULINOS
DIAGNÓSTICADOS CON VIH DE LA ORGANIZACIÓN OASIS DURANTE EL AÑO
2011”**

LUIS VINICIO FRANCO HERNÁNDEZ

ADRIANA MARÍA ROSALES SOBERANIS

GUATEMALA, AGOSTO 2011.

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS.
CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGÍA-CIEP'S-
"MAYRA GUTIÉRREZ".

**"CREENCIAS NUCLEARES FRECUENTES EN HOMOSEXUALES MASCULINOS
DIAGNÓSTICADOS CON VIH DE LA ORGANIZACIÓN OASIS DURANTE EL AÑO
2011"**

**INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN PRESENTADO AL HONORABLE CONSEJO
DIRECTIVO DE LA ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS**

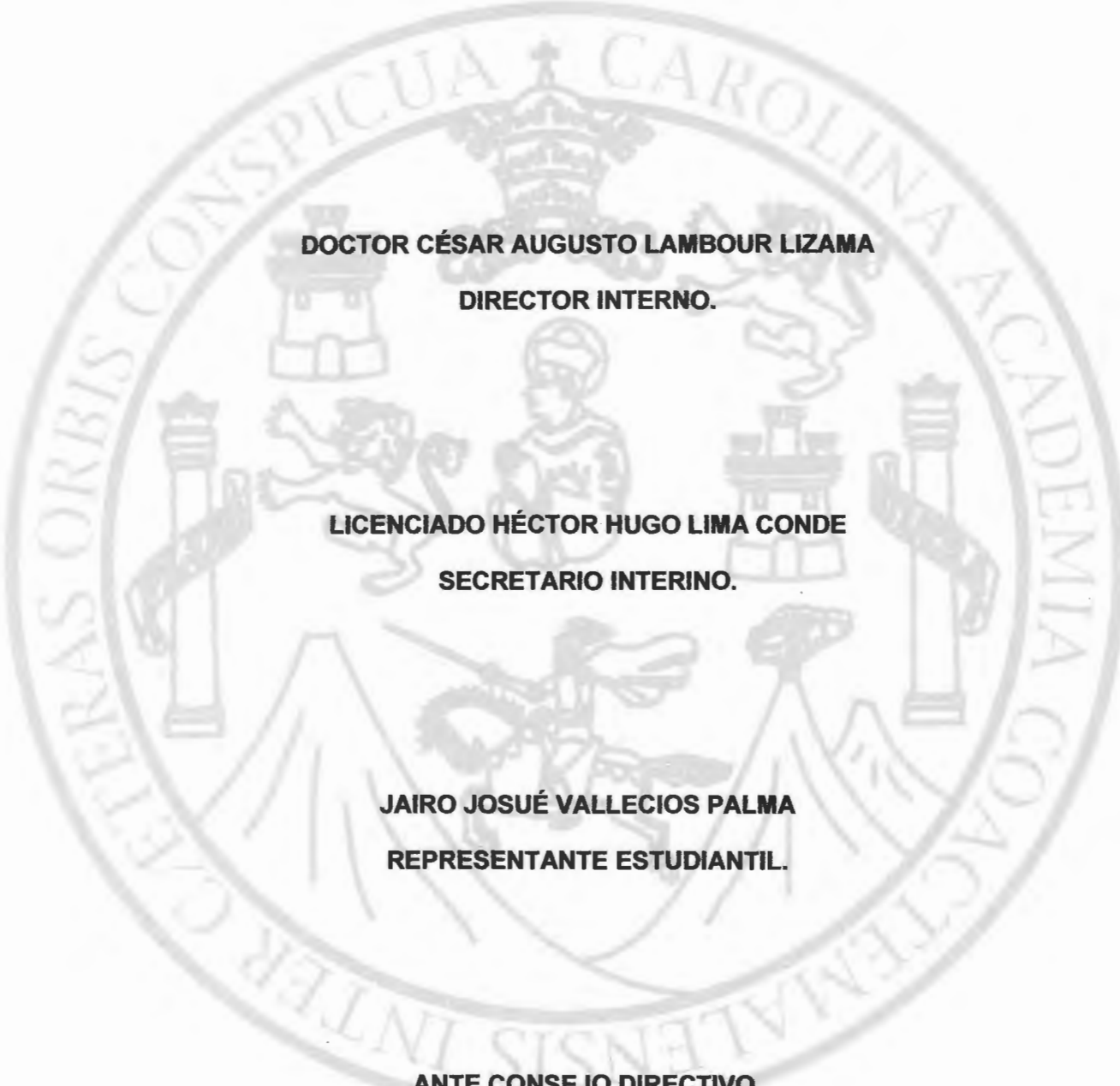
POR

LUIS VINICIO FRANCO HERNÁNDEZ
ADRIANA MARÍA ROSALES SOBERANIS

PREVIO A OPTAR EL TÍTULO DE
PSICÓLOGOS
EN EL GRADO ACADÉMICO DE
LICENCIADOS

GUATEMALA, AGOSTO 2011.

CONSEJO DIRECTIVO
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA



DOCTOR CÉSAR AUGUSTO LAMBOUR LIZAMA
DIRECTOR INTERNO.

LICENCIADO HÉCTOR HUGO LIMA CONDE
SECRETARIO INTERINO.

JAIRO JOSUÉ VALLECIOS PALMA
REPRESENTANTE ESTUDIANTIL.

ANTE CONSEJO DIRECTIVO.



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS

CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-

9ª. Avenida 9-45, zona 11 Edificio "A"

Tel. 24187530 Telefax 24187543

e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

CC. Control Académico

CIEPs.

Archivo

Reg. 193-2011

DIR. 1,384-2011

De Orden de Impresión Informe Final de Investigación

23 de agosto de 2011

Estudiantes

Luis Vinicio Franco Hernández
Adriana María Rosales Soberanis
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Estudiantes:

Transcribo a ustedes el ACUERDO DE DIRECCIÓN MIL TRECIENTOS CINCUENTA Y NUEVE GUIÓN DOS MIL ONCE (1,359-2011), que literalmente dice:

"MIL TRECIENTOS CINCUENTA Y NUEVE": Se conoció el expediente que contiene el Informe Final de Investigación, titulado: **"CREENCIAS NUCLEARES FRECUENTES EN HOMOSEXUALES MASCULINOS DIAGNÓSTICADOS CON VIH DE LA ORGANIZACIÓN OASIS DURANTE EL AÑO 2011**, de la carrera de Licenciatura en Psicología, realizado por:

Luis Vinicio Franco Hernández
Adriana María Rosales Soberanis

CARNÉ No. 2003-17291

CARNÉ No. 2005-18442

El presente trabajo fue asesorado durante su desarrollo por la Licenciada Silvana Patricia Morales de Escalante y revisado por el Licenciado Helvin Velásquez. Con base en lo anterior, se AUTORIZA LA IMPRESIÓN del Informe Final para los trámites correspondientes de graduación, los que deberán estar de acuerdo con el Instructivo para Elaboración de Investigación de Tesis, con fines de graduación profesional."

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAR A TODOS"

Doctor César Augusto Lambou **Lizama**
DIRECTOR INTERINO



Zusy G.



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-
9ª. Avenida 9-45, zona 11 Edificio "A"
Tel. 24187530 Telefax 24187543
e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

Escuela de Ciencias Psicológicas
Recepción e Información
CIEPs/USAC
RECIBIDO
19 AGO 2011
FIRMA: [Signature] HORA: 13:20 Registro: 152-10

CIEPs 193-2011
REG 152-2010
REG: 185-2010

INFORME FINAL

Guatemala, 18 de Agosto 2011

SEÑORES
CONSEJO DIRECTIVO
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO

Me dirijo a ustedes para informarles que el Licenciado Helvin Velásquez ha procedido a la revisión y aprobación del **INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN** titulado:

“CREENCIAS NUCLEARES FRECUENTES EN HOMOSEXUALES MASCULINOS DIAGNÓSTICADOS CON VIH DE LA ORGANIZACIÓN OASIS DURANTE EL AÑO 2011.”

ESTUDIANTE:
Luis Vinicio Franco Hernández
Adriana María Rosales Soberanis

CARNÉ No:
2003-17291
2005-18442

CARRERA: Licenciatura en Psicología

El cual fue aprobado por la Coordinación de este Centro el día 12 de Agosto 2011 y se recibieron documentos originales completos el día 17 de Agosto 2011, por lo que se solicita continuar con los trámites correspondientes para obtener **ORDEN DE IMPRESIÓN**

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”

[Signature]
Licenciada Mayra Briné Luna de Alvarez
COORDINADORA



Centro de Investigaciones en Psicología-CIEPs. “Mayra Gutiérrez”

c.c archivo
Arelis



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS

CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-

9ª. Avenida 9-45, zona 11 Edificio "A"

Tel. 24187530 Telefax 24187543

e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

CIEPS 194-2011

REG: 152-2010

REG 185-2010

Guatemala, 18 de Agosto 2011

Licenciada Mayra Friné Luna de Álvarez, Coordinadora.
Centro de Investigaciones en Psicología
-CIEPs.- "Mayra Gutiérrez"
Escuela de Ciencias Psicológicas

Licenciada Luna:

De manera atenta me dirijo a usted para informarle que he procedido a la revisión del **INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN**, titulado:

**"CREENCIAS NUCLEARES FRECUENTES EN HOMOSEXUALES
MASCULINOS DIAGNÓSTICADOS CON VIH DE LA ORGANIZACIÓN OASIS
DURANTE EL AÑO 2011."**

ESTUDIANTE:

Luis Vinicio Franco Hernández

Adriana María Rosales Soberanis

CARNE

2003-17291

2005-18442

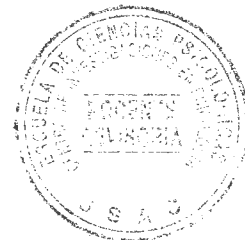
CARRERA: Licenciatura en Psicología

Por considerar que el trabajo cumple con los requisitos establecidos por el Centro de Investigaciones en Psicología, emito **DICTAMEN FAVORABLE** el día 27 de Julio 2011 por lo que solicito continuar con los trámites respectivos.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"


Licenciado Helvin Velásquez
DOCENTE REVISOR



Arelis./archivo



Organización de Apoyo a una
Sexualidad Integral frente al Sida

Guatemala, 10 de Julio 2011.

Licda. Mayra Luna de Álvarez.

Coordinadora Centro de Investigaciones en
Psicología- CIEPs- "Mayra Gutiérrez".
CUM.

Licenciada Álvarez:

Por este medio le informo que los estudiantes **Luis Vinicio Franco Hernández**, carné **200317291** y **Adriana María Rosales Soberanis**, carné **200518442** realizaron en esta Institución las siguientes actividades, 2 charlas inductoras 15 entrevistas individuales y un taller sobre cuidados paliativos a los asistentes de nuestra organización como parte del trabajo de Investigación titulado: "**Creencias Nucleares Frecuentes En Homosexuales Masculinos Diagnosticados Con VIH De La Organización OASIS Durante El Año 2011**" en el periodo comprendido del 08 de Enero al 26 de Marzo del presente año, en horario de 14:00 a 17:00 horas.

Los estudiantes en mención cumplieron con lo estipulado en su proyecto de Investigación, por lo que agradecemos la participación en beneficio de nuestra Institución.

Atentamente,

Jorge López Sologastoa
Director Ejecutivo

c.c. archivo

Guatemala, 10 de Julio 2011.

Licenciada.

Mayra Luna de Álvarez.

Coordinadora Centro de Investigaciones en
Psicología- CIEPs- "Mayra Gutiérrez".
CUM.

Estimada Licenciada Álvarez:

Por este medio me permito informarle que he tenido bajo mi cargo la asesoría de contenido del Informe Final de investigación titulado "**Creencias Nucleares Frecuentes En Homosexuales Masculinos Diagnósticos Con VIH De La Organización OASIS Durante El Año 2011**" realizado por los estudiantes Luis Vinicio Franco Hernández Carné 200317291 y Adriana María Rosales Soberanis Carné 200518442.

El trabajo fue realizado a partir de Junio 08 del 2010 hasta Julio 08 del 2011.

Esta investigación cumple con los requisitos establecidos por el CIEPs por lo que emito DICTAMEN FAVORABLE y solicito se proceda con la revisión y aprobación correspondiente.

Sin otro particular, me suscribo,


Atentamente,
Licenciada ~~Silvana~~ Patricia Morales De Escalante.
Colegiado No. 1028.
Asesora de Contenido.

PADRINOS

POR LUIS VINICIO FRANCO HERNANDEZ.

HELVIN ORLANDO VELÁSQUEZ RAMOS.

LICENCIA EN PISCOLOGÍA.

COLEGIADO NO. 3285.

SILVANA PATRICIA ESCALANTE.

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA.

COLEGIADO NO. 1028.

MAGDA YESENIA MORALES CIFUENTES.

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA.

COLEGIADO NO. 2692.

POR ADRIANA MARIA ROSALES SOBERANIS.

MARIO VINICIO ALVARADO.

CIRUJANO DENTISTA.

COLEGIADO NO. 2005.

HELVIN ORLANDO VELÁSQUEZ RAMOS.

LICENCIA EN PISCOLOGÍA.

COLEGIADO NO. 3285.

Dedicatoria.

Una vez leí en un libro que no vemos las cosas como son, las vemos de acuerdo con nuestra forma de ser, así que la manera como vez tu vida forma tu vida; la manera en que defines tu vida determina tu destino, tu manera de ver las cosas influirá en cómo empleas tu tiempo, tus talentos y como valoras tus relaciones, eso me hizo pensar en cómo veo mi vida y como esto determinó mi destino y como éste me llevo al día de hoy, yo no le agradezco al destino sino a Dios que me acompañó siempre y me permitió tomar decisiones correctas e incorrectas, unir todos los puntos, ser parte de una maravillosa familia y conocer personas magnificas en el camino. Valoro sobremanera el amor y paciencia de mis padres Benito y Cristi, la comprensión, compañía y apoyo de mis hermanos Noe, Lea y Pedro y la alegría de mis sobrinas Diane y Camila, fue en mi hogar donde aprendí a definir mi vida y supe exactamente lo que quería ser al lado también de toda mi familia quienes siempre han participado de mis logros y fracasos y me enseñaron el valor del trabajo y el esfuerzo, gracias por todo su apoyo y cariño especialmente a mi abuelito Aurelio Rosales. Tome la decisión de estudiar esta profesión porque prometía enseñarme el sin fin de capacidades que caracterizan al ser humano y tuve la fortuna de verlas dentro de las cátedras y en la vida real, conocí dos veces a una misma persona quien está lleno de esas escasas virtudes que pocos practican como el amor por los otros antes que a sí mismo, quien se tomo el tiempo de conocerme y enseñarme el respeto a la vida y a nuestra profesión quien sabe cómo sacar siempre lo mejor de todos quienes comparten su vida y a quien con mucho orgullo, admiración y cariño llamo mi mejor amigo Vinicio Franco. Personas que en el camino se volvieron mi familia y ocupan un lugar importantísimo en mi vida Claus y Ada quienes con su ejemplo y cariño me enseñaron a luchar por mis sueños, a no darme por vencida y sobre todo a tener fe, Johan amigo mio gracias por esas clases, platicas, películas, documentales, libros, lagrimas y sonrisas que compartimos los últimos años. Y a todas las personas que me acompañaron a lo largo de mi formación como ser humano y profesional: Michelle, Stef, Ale, Mercedes, Sonia, Magda, Anita, Yendi, Farah, Mónica, Violeta, Blanquita, Araceli, Migue, Karen, Carlos, Manuel, Sully, Sohari me encantaría disponer de más paginas para decirles todo lo que significa para mi conocerlos porque nunca más fui la misma al tener la dicha de compartir con ustedes. Y a esas personas que aportan a tu vida nuevas experiencias, conocimientos y formas de ver y aceptar la vida sin pedir nada a cambio y aun sin conocerte Licda. Silvana Morales, Lic. Helvin Velásquez, Dr. Vinicio Alvarado, Dr. Jorge López y todas las personas dentro de OASIS quienes hicieron posible esta tesis. Este acto está dedicado a todos ustedes con todo mi amor y gratitud por haber hecho posible también este día.

Adriana Rosales.

Dedicatoria.

Cuando nací, fui la bendición que alegró mi hogar, dicen que nací con un rallo distinto, algo que me hizo diferente de los demás, siempre me sentí afortunado, hoy sé que simplemente nací con ángel, con la bendición de Dios y con su guía. Por ello todo lo que hasta el día de hoy he logrado se lo debo a Él. Me puso justo en el hogar perfecto, el hogar justo donde desarrollaría todo mi potencial y me convertiría en el hombre que hoy soy, el hogar que me permitiría conocer a dos hermanos maravillosos **Claudia** y **Gerson** que fueron mi motor para luchar contra toda adversidad, el hogar que me permitió conocer **abuelos** tan generosos que me enseñaron que la bondad es una virtud exclusiva de algunos seres humanos, un hogar que me dio un **padre** que me proporcionó todo lo que necesite para convertirme en el ser responsable de mi vida y una **madre** que no sólo luchó por mí, sino que me mostró el verdadero amor materno, quien me enseñó a tomar decisiones a luchar por mis sueños y de quien jamás podría prescindir.

El pensar que uno tiene un propósito en la vida no es algo que se tiene claro todo el tiempo sino más bien un proceso que se va puliendo con muchas situaciones, situaciones que me hicieron crecer, situaciones que trajeron consigo grandes personas, personas que día con día me dieron valor demostrándome que los seres humanos somos capaces de comprometernos de ser leales y de ser amigos. Gracias a **Brenda, Sue Ellen, Laura y Jorge**, por compartir tantas lindas experiencias, a **Ana María, Guissella, Claudia, Johan, Mónica, Magda, Marvin, Sohari, Isha, Farah, Violeta, Zully, Mercedes, André y Ada** por acompañarme los años de universidad y hacerme parte de sus vidas. A todos esos amigos que siempre creyeron en mí **Clara Álvarez, Mauricio Soto, Jorge Cruz, Marvin Román** su fe me ayudó a concluir esto.

Al final de este proceso me siento más que satisfecho pero con ello quiero dedicar este acto a la gente por la que nunca me di por vencido a **Adriana Rosales** por ser más que mi amiga, por volverte mi hermana y por siempre apoyar mis decisiones a **McQueen Arriaga** quien durante 10 años has demostrado ser el mejor amigo y de quien aprendí tanto a **Nery Castillo** por toda tu confianza y tu fe que me hicieron crecer y creer en mí cuando ya no tenía la fuerza para hacerlo a **Andrés Ramírez** por reconstruir en mí la vocación y los sueños que deje tirados en el momento más gris de mi vida a **Elvis Folgar** por expandir mis sueños y magnificar mis metas y por enseñarme a soñar en grande a **Gerson Ortiz** por toda tu bondad y por ser el hermano dispuesto siempre que lo he necesitado a **Claudia Franco** por tu fiel admiración por contar siempre con mi opinión y por darme la oportunidad de ser tu ejemplo. Finalmente gracias a cada uno de los participantes de esta investigación, a todos los que la hicieron posible toda mi admiración y respeto.

Por todo lo bueno que hasta hoy tengo y lo que no, quiero dedicar este logro al creador y constructor de mi vida, Dios gracias por esta nueva oportunidad por regalarme la vida que tengo y por hacer posible todo esto.

Vinicio Franco

Agradecimientos.

A la **Universidad de San Carlos de Guatemala, Escuela de Ciencias Psicológicas**: Por permitirnos acceder al conocimiento y práctica de esta magnífica profesión y dejarnos ser partícipes de nuevas experiencias.

Tuvimos la fortuna de encontrarnos con personas maravillosas que hicieron que la ejecución de esta tesis fuera posible, especialmente agradecemos a la **Organización de apoyo a una sexualidad integral frente al sida (OASIS), Dr. Vinicio Alvarado, Dr. Jorge López Sologaitoa** y todas las respetables personas que la conforman, por dejarnos ser parte de esa maravillosa misión, por su apoyo incondicional y su confianza absoluta hacia nosotros.

A nuestra Asesora **Licda. Silvana Patricia Morales de Escalante**, le agradecemos profundamente porque aun sin conocernos confió en nosotros y acepto ser parte de esta investigación, por orientarnos y presentarnos una teoría práctica e innovadora y por esa conciencia social que la caracteriza y la hace tan humana.

A nuestro revisor **Lic. Helvin Velásquez**, por dedicar su valioso tiempo y criterio objetivo a la revisión de nuestra investigación, por su paciencia y conocimiento.

A cada uno de los **licenciados(as)** que imparten los cursos del pensum de Psicología, quienes nos brindaron las herramientas para salir y enfrentarnos a la realidad de las personas y a la vida misma.

Agradecemos de manera especial **a cada uno de los participantes**, quienes hicieron posible la ejecución de esta investigación, quienes con toda confianza depositaron sus valiosas historias de vida en nuestras manos y a quienes se aplaude ese amor por la vida y esa capacidad de resiliencia que los caracteriza, se quedan con toda nuestra admiración, gratitud y respeto.

Y a todas aquellas personas que directa o indirectamente hicieron posible la realización de este proyecto tan importante y especial para nosotros.

ÍNDICE

Resumen.....	01
Prólogo.....	02
Capítulo I - INTRODUCCIÓN.....	03
1.1 Planteamiento del Problema y Marco Teórico.....	03
1.1.1 Planteamiento del Problema.....	03
1.1.2 Marco Teórico.....	08
1.1.2.1 Contexto Social Guatemalteco.....	08
1.1.2.2 Clases Sociales.....	11
1.1.2.3 Población.....	14
1.1.2.4 Personalidad.....	15
1.1.2.5 Sexualidad Humana.....	17
1.1.2.6 Homosexualidad Masculina.....	18
1.1.2.7 Antecedentes De La Homosexualidad.....	24
1.1.2.8 El Modelo Cognitivo.....	25
1.1.2.9 Pensamientos Automáticos.....	29
1.1.2.10 Distorsiones Cognitivas.....	30
1.1.2.11 Creencias Nucleares.....	31
1.1.2.12 SIDA.....	33
1.1.2.13 Construcción Social Del SIDA.....	34
1.1.2.14 El VIH/SIDA En Guatemala.....	37
1.1.2.15 OASIS.....	41
1.1.2.16 Los propósitos de OASIS.....	42
1.1.2.17 Obstáculos Y Esperanzas.....	42
1.1.3 Delimitación.....	43
Capítulo II - TÉCNICAS E INSTRUMENTOS.....	45
2.1. Técnicas.....	45
2.1.1. Técnicas de Muestreo.....	45
2.1.1.1. Población.....	45
2.1.2. Muestra.....	45
2.1.3. Técnicas De Recolección De Datos.....	45
2.1.4. Técnicas de Análisis Estadístico.....	46

2.2. Instrumentos.....	46
2.2.1.Tabla de Pensamientos Disfuncionales.....	46
2.2.2.Diagrama de Conceptualización Cognitiva.....	47
2.2.3.Historia Clínica.....	47
2.3. Procedimientos.....	48
Capítulo III - PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.....	50
3.1 Características Del Lugar y De La Población.....	50
3.1.2 Características del Lugar.....	50
3.1.3 Características de la Población.....	50
3.2 Presentación.....	51
3.3 Análisis e Interpretación de los Resultados.....	52
3.4 Análisis Global de los Resultados.....	79
Capítulo IV- CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	85
4.1 Conclusiones.....	85
4.2 Recomendaciones.....	87
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	90
ANEXOS.....	92

Resumen

El presente trabajo “Creencias Nucleares frecuentes en homosexuales masculinos diagnosticados con VIH”. Ejecutado por Luis Vinicio Franco Hernández y Adriana María Rosales Soberanis, en la Organización OASIS durante el año 2011. Muestra los fundamentos básicos de la teoría cognitiva conductual creada por Aaron Beck; la cual se basa en una teoría que se dirige esencialmente a modificar las distorsiones cognitivas y las conductas que tales cogniciones generan. El objetivo general de esta investigación es contribuir a la adaptación de la población homosexual masculina en el afrontamiento del diagnóstico de VIH en Guatemala. Se utilizó el nivel descriptivo de la investigación cualitativa la cual es la indicada para este tipo de proyecto. Como instrumentos se ejecutaron: la tabla de pensamientos disfuncionales, utilizado por el Dr. Quinto Barrera impreso (con la autorización del Instituto Beck de terapia cognitiva), que sirve para identificar en situaciones determinantes los pensamientos automáticos que nos llevan a reconocer las creencias nucleares, también el Diagrama de conceptualización Cognitiva que se obtiene de la tabla de pensamientos disfuncionales y una historia clínica realizada por los investigadores, dichos instrumentos facilitaron la obtención y análisis global de resultados que se muestran.

Luego de dicho análisis de las principales definiciones, evaluaciones e interpretaciones que los participantes tienen de sí mismos, de las otras personas y del mundo determinamos que el “No Soy Amado” es la creencia que predomina y la que no les permite desarrollarse plenamente. Los participantes atendieron a estímulos específicos, que se adaptaron a sus creencias nucleares, los combinaron y conceptualizaron a la situación, en términos de un pensamiento negativo. Este patrón se volvió cada vez más común y se generalizó a situaciones menos relacionadas, comprobando que al tener la creencia nuclear de “No Soy Amado” existe una tendencia latente a la Depresión. Las relaciones interpersonales, las experiencias negativas y el Diagnóstico positivo de VIH son elementos que remarcaron las ideas irracionales llevándolos a construir la creencia nuclear de “No Soy Amado”.

Prólogo.

La sociedad Guatemalteca es afectada por diversas problemáticas tales como la pobreza en el área económica, la violencia en el área socio cultural y más importante aun la situación de salud en la población, por la escasa cobertura a las áreas rurales, es el caso del VIH y SIDA, que en los últimos años ha proliferado en el país, sin tomar en cuenta clases sociales, edades, etnia, religión etc. Es por eso, que esta investigación se interesa en contribuir a la adaptación de la población homosexual masculina diagnosticada con VIH, a su propia realidad y por fomentar la salud mental de la sociedad guatemalteca, haciendo énfasis en la población homosexual masculina diagnosticada con VIH. Debido a esto surgen en Guatemala organizaciones como OASIS (Organización de Apoyo a una Sexualidad Integral) que brindan acompañamiento y ayuda a esta comunidad.

Como apoyo a dicha organización nace la idea de investigar cómo afectan las creencias nucleares en el afrontamiento del diagnóstico de pacientes con VIH, así como éstas se relacionan con los sentimientos y conductas posteriores al diagnóstico que puede servir como base para el abordaje adecuado de atención a los pacientes de esta institución.

En Guatemala no existe suficiente información que pueda ser utilizada por organizaciones encargadas de colaborar con dicha población o bien como parte de fuentes bibliográficas para que la información sea utilizada en futuras investigaciones, esta investigación pretende beneficiar a la Universidad de San Carlos de Guatemala porque se establece un precedente con un nuevo enfoque. La investigación plantea una intervención que conduzca a mejorar las condiciones de vida de los pacientes homosexuales con VIH y SIDA así como el promover conocimientos que puedan generar cambios en el abordaje de problemáticas similares.

Vinicio Franco Y

Adriana M. Rosales.

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

1.1 Planteamiento del Problema y Marco Teórico.

1.1.1 Planteamiento del Problema.

El problema investigado es “Creencias Nucleares frecuentes en homosexuales masculinos de 20 a 50 años diagnosticados con VIH de la organización OASIS durante el año 2011”.

La discriminación es un gran problema en Guatemala. Si se forma parte de grupos que tienden a ser discriminados como las comunidades de la diversidad sexual entonces el riesgo de perder el trabajo y el rechazo social es inminente por lo que el trabajo sexual; con frecuencia es el único posible. En Centroamérica la cultura machista y las creencias religiosas fomentadas por la iglesia católica y evangélica son enormes obstáculos para la emancipación de las comunidades de la diversidad sexual. “muchos no se atreven a asumir su identidad sexual, situación que los lleva a tener una vida diferente”. Cuando cae la noche, algunos promotores de OASIS (una organización de y para las comunidades de la diversidad sexual) distribuyen condones en las calles y en las discotecas gays. Generalmente las familias de quienes llegan a las discotecas no saben nada de su sexualidad, el fin de semana pueden sentirse libres, los otros días suelen no decir quiénes son en realidad esto a sabiendas que si lo dicen cabe la posibilidad de no ser aceptados dentro de su núcleo familiar y ser víctimas de discriminación en el ámbito social.

Guatemala es una ciudad que, a pesar de la discriminación y de la represión, tiene un amplio ambiente gay; eso es, entre otras cosas, porque se encuentra entre países como Honduras y El Salvador donde la situación es aún más difícil para las comunidades de la diversidad sexual. La primera discoteca gay de la ciudad de Guatemala funcionaba ya al final de la década de 1960.

Explica Jorge López Sologaitoa, "Pero eso no quiere decir que las cosas estén mejor aquí, ciertamente las cosas están muy mal". Él es el director de OASIS una organización dedicada a velar por el bienestar de las personas que conforman la diversidad sexual, ofrece un lugar donde estas personas pueden reivindicar sus derechos. Una gran parte de la población que es atendida por OASIS, viene de países vecinos. "Nuestra forma de hacer el trabajo frente al SIDA, está muy relacionada con las discriminaciones, nosotros estudiamos los contextos, publicamos los resultados e intentamos conseguir la verbalización política de nuestros problemas sociales. Es una lucha difícil. Algo importante es nuestra buena relación con la Municipalidad. Actualmente tenemos actividades conjuntas para distribuir material informativo de la sexualidad en las escuelas y universidades" aseveró.

La salud de los seres humanos es un asunto de especial interés para cualquier investigador de la sociedad actual. Los accidentes de tránsito, el sida, los problemas de salud ligados al sexo, el consumo de drogas, la conducta alimentaria y la orientación sexual son ejemplos de la diversidad y de la variedad de determinantes de la salud de los y las jóvenes guatemaltecos. La susceptibilidad de la juventud al impacto de los cambios sociales y culturales y a factores de riesgo para la salud, les convierte en un punto focal en salud pública. La sociedad prioriza los acontecimientos y efectos del binomio salud y juventud.

La vulnerabilidad de las personas viene favorecida por el acceso al consumo y la disponibilidad de información que rodea en todos los sentidos el entorno y la vida de las y los jóvenes. Se ha observado que el peso de los determinantes más importantes relacionados con la mortalidad y la morbilidad de la población juvenil es cambiante y las principales condiciones de salud que les afectan se distribuyen de manera diferente según grupos de edad, género, localidad condición socioeconómica y muchos factores entre los que también están la orientación sexual y la identidad sexual de residencia. Además, la distribución de las situaciones relacionadas con determinantes culturales y con la

conducta presenta una dinámica que requiere la constante actualización del conocimiento, para actuar sobre ellos de forma efectiva.

El concepto de salud ha cambiando significativamente a lo largo del tiempo, la conceptualización de la Organización Mundial de la Salud de primera mitad de siglo, que entiende la salud como “un estado de completo bienestar”, ha evolucionado y hoy es conceptualizado como “un recurso para la vida y no el objetivo de la vida”, en el cual, estar sano es “la capacidad para mantener un estado de equilibrio apropiado a la edad y las necesidades sociales”. Conocer el estado de salud es estudiar los diferentes determinantes relacionados con la biología de la persona, con el medio ambiente en el que vive, y con los estilos de vida que caracterizan a su comunidad y a él y a ella como individuo o individuoa. Es decir, que los factores personales, sociales, económicos y ambientales influyen en el estado de salud y, por tanto, las estrategias de defensa y protección de este derecho, la adopción de estilos de vida, los hábitos de consumo y el manejo del riesgo, están directamente relacionadas con la promoción de la salud.

Esta investigación pretende conocer características acerca de la población homosexual masculina que ocupa un lugar funcional dentro de la sociedad guatemalteca contribuyendo también a su desarrollo, aunque muchas veces no es tomada en cuenta como tal sin lugar a dudas la diversidad sexual es un tema polémico por excelencia; sin embargo, en la actualidad es este el término que se utiliza para referirse a la práctica homosexual masculina y no así al lesbianismo; cualquier forma de homosexualidad es altamente polémica. En algunos países se condena al castigo público a quienes la practican; en Guatemala oficialmente eso no sucede pero son históricos los desprecios y acosos que sufren los homosexuales en este país.

Las creencias centrales o creencias nucleares son interpretaciones tan fundamentales y profundas que las personas frecuentemente no las expresan ni aún a sí mismas, no tienen clara conciencia de ellas. Estas creencias nucleares

desarrolladas desde la infancia consisten en definiciones, evaluaciones o interpretaciones de sí mismos, de las otras personas y de su mundo. Las creencias nucleares representan el nivel más profundo, fundamental, rígido y global de interpretación, que influye en los otros niveles. Los pensamientos automáticos o palabras e imágenes que están en nuestra mente son relativos a las situaciones y representan el nivel más superficial de cogniciones. Entre ambos niveles están las denominadas creencias intermedias, influidas por las nucleares (e influyentes sobre los pensamientos automáticos). Las creencias intermedias están constituidas por: reglas (normas), actitudes y supuestos ya que cada persona tiene creencias nucleares distintas por lo que pretendemos encontrar cual es la que predomina en este grupo, esto sumado a la condición de VIH.

Todos los seres humanos manejamos distorsiones cognitivas, pero estas se vuelven más complejas cuando en situaciones como tener una orientación sexual no heterosexual y tener que lidiar con las implicaciones emocionales de tener VIH se unifican, el papel que cumple la asistencia psicológica en el acompañamiento de las personas con esas condiciones; la familia, los grupos de apoyo y el trabajo individual son los tres frentes en los que la intervención es fundamental.

En la adaptación psicológica a cualquier condición crónica de salud (si se habla de sida) entran en juego múltiples factores relacionados con sus características, el tratamiento, aspectos relacionados con la personalidad y la capacidad de afrontamiento el soporte familiar y las redes de apoyo, y los aspectos socioculturales vinculados. Estos factores van a determinar el proceso de recobrar la salud.

Afrontar el diagnóstico por VIH y sida implica reacciones emocionales como respuesta a las múltiples exigencias que debe asumir la persona al recibir el diagnóstico, depende de los esquemas que el paciente tenga que no necesariamente debe ser racional o correcto. Si los conceptos son erróneos, si

las experiencias personales se organizan más alrededor de vivencias negativas que positivas es muy posible que la reacción del paciente sea negativa, y las teorías o creencias se estructuran sobre la base de hechos falsos, el esquema resultante será disfuncional, como la autodestrucción o el castigo. Mientras que, si sus esquemas son más asociadas a vivencias positivas el diagnóstico puede tomarse con mayor responsabilidad por ende, los pensamientos y comportamientos resultantes tendrán un carácter adaptativo o no en la medida en que no estarán adecuados a la realidad objetiva.

Todo lo anterior en un marco donde prima la incertidumbre, la desesperanza, el miedo y la impotencia. La intervención psicológica se realiza en diferentes momentos a lo largo del proceso de la enfermedad, en la crisis inicial busca responder a las múltiples reacciones emocionales al momento del diagnóstico como: estupor, miedo, tristeza, rabia, frustración, desesperanza, impotencia, culpa, depresión, incertidumbre, ideas suicidas etc., a partir de una intervención clínico-educativa orientada a ilustrar sobre aspectos básicos de la condición de tener VIH, desarticular la relación sida-muerte, fortalecer habilidades de afrontamiento, reactivar las redes de apoyo social y motivar la vinculación al proceso de valoración profesional, siendo nuestro principal objetivo contribuir en la adaptación de las comunidades de la diversidad sexual en el afrontamiento del VIH y sida.

Así mismo los grupos terapéuticos y/o de autoapoyo como OASIS, que es una organización que promueve e impulsa espacios seguros para las comunidades de la diversidad sexual en Guatemala, destinados al fortalecimiento de su proceso de emancipación; esta investigación pretende promover que con el uso de estrategias de intervención grupal cognitivo conductual, el intercambio de experiencias y vivencias de personas afectadas por VIH. Así mismo, lograr una adaptación de situaciones similares, y por lo tanto se logre un cambio de esquemas.

1.1.2 Marco Teórico

Guatemala es un país de América Central con una economía de grandes contrastes, mientras que en la región metropolitana se encuentran sectores con un IDH (Índice de Desarrollo Humano) parecido a países del primer mundo; en las zonas rurales existen sectores comparables con países africanos.

La sociedad guatemalteca es reconocida por la rica y diversa cultura de sus cuatro grandes grupos étnicos: Mayas, Xincas, Garífunas y ladinos, con una población estimada en más de 12 millones de personas hablantes de 24 idiomas, con el español como oficial.

Las mujeres corresponden el 51.1% de toda la población, siendo los hombres el 48.9%. De toda la población el 53.9% vive en el área rural, constituyéndose mayoritaria en comparación con la población urbana (46.1%). En cuanto a grupo étnico, a la población indígena corresponde el 41.0%, siendo la no indígena el 59.0%.

Guatemala sigue siendo un país predominantemente rural, de población joven y con altos porcentajes de pobreza total (57 %). Un 21.5 % de la población se encuentra en pobreza extrema, ya que no alcanza a cubrir el costo del consumo mínimo de alimentos (o calorías mínimas). Un 35.5 % corresponde a pobreza no extrema, que sí alcanza a cubrir el consumo mínimo de alimentos¹. Según los datos anteriores la pobreza está presente predominantemente en la población rural, indígena, mujeres y en los menores de 18 años.

Guatemala concentra más del 36% de la población de Centroamérica, así mismo concentra el 39% de la población desnutrida de todo Centroamérica, y muchos niños mueren por problemas relacionados con la desnutrición. Los indicadores clasifican a Guatemala como uno de los países más vulnerables y de mayores índices de inseguridad alimentaria en toda Latinoamérica, como

¹ Brett R., Rodas F. "Informe Nacional de Desarrollo Humano 2009. Guatemala: Una agenda para el desarrollo Humano". PNUD Sistema de las Naciones Unidas, Guatemala, 2009.pp46.

consecuencia de bajos ingresos, baja capacidad para producir alimentos, altos niveles de desnutrición, y alta vulnerabilidad a fenómenos climáticos.

Aunque en los últimos años la niñez se ha beneficiado de grandes progresos en las esferas de salud y educación, la inversión social en Guatemala sigue siendo una de las más bajas de América Latina, lo que dificulta que el país desarrolle programas sociales significativos. A pesar de la gratuidad de la educación decretada por el gobierno, la retención, deserción y repitencia escolar siguen siendo problemas graves en el ámbito educativo, a lo que hay que agregar la débil infraestructura escolar con la que debe atenderse a los niños y niñas.

El estudio sobre la conformación de referentes de identidad nacional en los jóvenes guatemaltecos, desde el sistema educativo, mostró que los valores, normas, principios y conocimientos que la escuela traslada son inconsistentes, desiguales, ambiguos y hasta contradictorios. Los resultados evidencian que los educandos construyen y reproducen diferentes maneras de identificarse con lo nacional, dentro de las cuales destacan una visión ideal, neutra e indiferente; una percepción carente de información y conocimientos sobre la realidad en que viven. Es decir, el sistema educativo formal no es el dispositivo esencial por medio del cual la sociedad guatemalteca aprende y reproduce sus propias visiones y referentes de entendimiento colectivo

La escasez de recursos financieros para los gastos del hogar y la consecuente incorporación del menor al mundo laboral son algunas de las principales razones por las que las niñas y niños no avanzan en su trayectoria educativa y no pueden romper con el ciclo de pobreza en el futuro. En el área rural el niño y la niña, se incorpora a labores familiares o de generación de ingresos desde temprana edad, lo que provoca que no concluyan su nivel primario, o en todo caso no accedan al sistema de educación.

En los últimos años se ha dado un incremento en los casos de maltrato y abuso sexual a niños, niñas y adolescentes. De acuerdo a la base de datos de la Comisión Nacional Contra el Maltrato Infantil – CONACMI- durante el año 2,009

brindaron atención a 170 casos, remitidos por distintas instancias públicas como Organismo Judicial, Ministerio Público, PROPEVI, Procuraduría de los Derechos Humanos, etc.

En un primer momento, se ha iniciado un proceso de búsqueda de comprensión, construir un método y un enfoque que permita, a partir de la experiencia de los sujetos sociales, aproximarse a las formas, procesos y dispositivos más relevantes, que delinear las visiones y referentes de entendimiento colectivo. En ese sentido desarrollar alternativas sobre los imaginarios sociales y el proceso de reproducción social en Guatemala.

Por otro lado, “El racismo y la discriminación son dos ejes centrales que han definido las relaciones sociales en Guatemala”. En tanto construcción histórica, interesa desarrollar un proceso de construcción de las formas en que éstos se continúan reproduciendo, lo ideal sería dilucidar las formas en las que (desde los espacios locales) se reproducen, refuncionalizan y reintensifican dichas relaciones². Pero para hablar de racismo y discriminación en Guatemala, también debe hablarse de desarrollo humano, que es el proceso de ampliación de las opciones de las personas mediante el fortalecimiento de sus capacidades. Este proceso implica asumir que cada persona debe ser considerada un fin en sí misma y que, por tanto, ha de ser el centro de todos los esfuerzos de desarrollo y que éstas deben considerarse, no sólo como beneficiarias sino como verdaderas protagonistas sociales. El desarrollo humano es el desarrollo de la gente, por la gente y para la gente.

Al establecer la expansión de las libertades y el bienestar humano como objetivo central del desarrollo, el paradigma de desarrollo humano abre muchas posibilidades para la transformación de las relaciones de género y la mejora de la condición de las mujeres y hombres, posibilidades que una visión más economicista del desarrollo no permite.

² Rodríguez Guinea, Karen, “Contexto social Guatemalteco”. AVACSO, Guatemala, 2009. Pp123.

Sin embargo, si hablamos de capacidades de las personas, es preciso señalar que éstas enfrentan obstáculos de diverso tipo para desplegar su potencial, desde la falta de alimento o educación, hasta barreras religiosas o exigencias basadas en una cultura patriarcal que inhiben a una persona a decidir por sí misma. Este énfasis en las capacidades permite analizar la situación y posición de mujeres y hombres en cuestiones como la nutrición, la esperanza de vida, pero también la participación política o los ingresos económicos. Y permite sacar a la luz todas esas normas y valores sociales de género que diferenciados a mujeres y hombres y que son la raíz de la discriminación y subordinación tanto de las mujeres, personas pertenecientes a otras etnias y personas con orientación sexual distinta al promedio, tanto en el plano individual como en el colectivo. Todo ello explica que en ningún país latinoamericano –y en realidad en ningún país del mundo- este tipo de personas hayan alcanzado el mismo nivel de desarrollo humano que los hombres (según el Índice de Desarrollo Humano corregido por género calculado por el PNUD).

El desarrollo humano hace hincapié en la participación y el empoderamiento de las personas. En ese sentido, se habla de la agencia humana, que supone reconocer que las personas no somos seres pasivos en el desarrollo sino agentes del mismo y además que cada cual puede aspirar a una serie de metas y valores que puede que tengan que ver con su bienestar o no, y que incluso pueden estar reñidos con él.

Dentro de este contexto, la clase social es una forma de estratificación social en la cual un grupo de individuos comparten una característica común que los vincula socioeconómicamente, sea por su función productiva o "social", poder adquisitivo o "económico" o por la posición dentro de la burocracia en una organización destinada a tales fines. Estos vínculos pueden generar o ser generados por intereses u objetivos que se consideren comunes y que refuercen la solidaridad interpersonal. La formación de un sistema de clases depende del hecho de que sus funciones sociales sean, independientemente de la existencia de una vinculación orgánica, mutuamente dependientes a un marco social mayor.

La descripción a determinada clase de un individuo se hace básicamente por criterios económicos, a diferencia de lo que sucede en otros tipos de estratificación social, basados en castas y estamentos, donde el criterio básico de adscripción en principio no es económico (aunque la adscripción a un determinado grupo pueda conllevar secundariamente condicionantes económicos).

1. Generalmente, para el conjunto de individuos que configura una clase existen unos intereses comunes, o una estrategia social maximizadora de su poder político y bienestar social. En ciertos casos, un cierto número de individuos se desentiende de los intereses de su clase social.

2. Las condiciones económicas que conllevan la adscripción a una u otra clase generalmente están determinadas por el nacimiento y herencia familiar. Así en la mayoría de las sociedades los hijos de las clases desfavorecidas a lo largo de su vida seguirán formando parte de las clases desfavorecidas, y los hijos de las clases más acomodadas tienen mayor probabilidad de ser parte durante el resto de su vida de la clase acomodada.³

La moderna clase media se compone no de pequeños propietarios independientes (tal como era en épocas de Marx), sino de asalariados. Los bancarios, empleados de comercio, los maestros, los médicos, abogados, arquitectos e ingenieros que trabajan a sueldo para las grandes clínicas, estudios o empresas constructoras, los técnicos y empleados de la publicidad, de los espectáculos y medios de comunicación (radios, TV, cine, teatros, etc. etc.).

La pobreza en Guatemala se le considera históricamente estructural que ha adquirido diferentes formas en el transcurso del tiempo. Su mantenimiento crónico se debe a políticas económicas y sociales desiguales y de exclusión. Guatemala es una sociedad que ha sufrido un proceso de empobrecimiento crónico desde la conquista hasta nuestros días. En la actualidad su población es de 11 millones de personas, son varios los grupos sociales que están en situación de pobreza y extrema pobreza, predominando los grupos indígenas en el área rural. En relación

³ Monroy, Juan. "Clases sociales de Guatemala", USAC, Guatemala. 2008, pp 35.

a este último, desde la Revolución de 1944 el Estado ha tenido un interés por los grupos indígenas, la fundación del Instituto Indigenista Nacional en 1945 basado en la política de integración del indígena a la sociedad; permitió que la Antropología convirtiera a los indígenas en su objeto-sujeto de estudio tradicional que continua hasta hoy, con estudios micro-sociales, donde la pobreza no es su tema central de investigación, si bien que los indígenas están inmersos en ella.

A pesar de este predominio antropológico de los estudios de los grupos indígenas pobres, La cultura de pobreza fue propuesta por el antropólogo Oscar Lewis, y es un desdoblamiento de la teoría de la marginalidad. La cultura de la pobreza lleva en si misma los procesos de socialización, psicología y su relación con la economía y la sociedad, un estado de perpetua penuria en relación con aspectos culturales, el pobre perpetua su propia pobreza porque no quiere salir de ella y se transmite de generación a generación⁴ (Perez Jerez, 1987).

Según él, “la cultura de la pobreza tiene un sentido antropológico de normas, valores, conocimientos, adaptación al medio y símbolos. La propia falta de organización del pobre y de participación, lo lleva a una desorganización social, frente a una sociedad altamente organizada y compleja”. En el modelo teórico de Lewis, no aparecen las relaciones de poder, de clase social ni de un capitalismo que provoca la misma pobreza, o de inadecuadas políticas económicas estatales, ni de los grupos de poder económico. Sin embargo esta propuesta ha sido y sigue siendo utilizada en las nuevas perspectivas de análisis del siglo XXI, que existe una cultura de los pobres y una cultura de los ricos⁵.

La pobreza no es sólo definida por bajos ingresos o consumo, existe una interacción de otros factores como formas de socialización, la organización social, diversidad cultural cuestión étnica, salud nutrición, educación seguridad social, participación social y capacidad institucional, así como la nueva perspectiva teórica de la exclusión social constituida por tres dimensiones, económica, política y cultural (Gacitúa y Davis 2000, p. 13) tanto la pobreza como la exclusión social

⁴ Pérez Jerez, Cristóbal. “Guatemala hacia la pobreza”. Economía, Guatemala. 1987. pp34.

⁵ López Rivera, Oscar. “Guatemala: intimidades de la pobreza”. USAC, Guatemala. 1999. pp102.

son procesos multidimensionales siendo esta la perspectiva teórica de análisis más reciente, utilizando por BM, BID, OIT, CEPAL y PNUD teniendo mayor aceptación. Sin embargo aun quedan algunas implicaciones de metodología por evaluar.

Así mismo, la población de Guatemala es la más numerosa entre los países del istmo centroamericano, y aunque su ritmo de crecimiento medio anual ha disminuido en los últimos años, todavía se mantiene elevado y es sólo ligeramente menor que el observado en Honduras y Nicaragua durante el período 1995-2000. Ello ha sido el resultado de la persistencia de una elevada fecundidad -la más alta de la región latinoamericana- y de la disminución de la mortalidad, que contribuyó a una mayor sobrevivencia de la población.

Como saldo neto de estos cambios, la población guatemalteca se caracteriza por su juventud: cuatro de cada diez personas son menores de 15 años y seis no tienen aun 20 años. La elevada mortalidad -tanto general como infantil y materna- y la alta fecundidad son rasgos acentuados entre los grupos indígenas y rurales. Estos subconjuntos de la población nacional requieren un trato preferente de la política pública para enfrentar con éxito los desafíos inherentes al desarrollo. Una proporción importante de las muertes, especialmente de los niños, se origina en trastornos de salud evitables, asociados a las deficiencias alimentarias y a las inadecuadas condiciones sanitarias. A su vez, la alta fecundidad parece responder al efecto combinado de patrones culturales tradicionales y de las limitaciones de acceso a la información y a medios adecuados que promuevan un manejo responsable de la sexualidad y la reproducción.⁶

De la población Joven de la ciudad de Guatemala, “existen entre 7 mil 772 a 12 mil 681 hombres homosexuales (según se estima), representan un 0.09% de la población en la ciudad Capital. Aparentemente, la población homosexual masculina de Guatemala representa una minoría, sin embargo por su alto poder

⁶Rivadeneira, Luis. “Guatemala: población y desarrollo. Un diagnóstico socio demográfico”, CEPAL, Guatemala. 2008. Pp12

adquisitivo, es considerada una "minoría significativa". La población homosexual durante décadas se ha posicionado como un pequeño segmento vanguardista en lo que a cultura, tendencias, moda, consumo y corrientes de pensamiento se refiere"⁷.

En este contexto socio-cultural, la institución superordenada que gobierna al organismo humano es la personalidad o mente. Sus bases psicológicas y neuronales están en la cabeza. De acuerdo con este concepto las leyes y procesos que constituyen la personalidad están fuera de vista. Pero sus características, relaciones y operaciones pueden ser definidas como conceptualizadas, base de informes verbales del sujeto (relatos de hechos, juicios introspectivos y confesiones), y en base de observaciones de su conducta manifiesta, física y verbal⁸.

"La personalidad es la continuidad de las formas y fuerzas funcionales, que se manifiesta a través de la secuencia de procesos reinantes organizados y la conducta evidente desde el nacimiento hasta la muerte. Las funciones de la personalidad son; contribuir al periodo de regeneración de energías por medio del sueño; ejercitar sus procesos; expresar sus sentimientos y valoraciones; reducir las tensiones-necesidad que se suceden, esbozar series de programas para el logro de metas distantes, reducir conflictos entre las necesidades siguiendo normas que se desea alcanzar y finalmente, reducir los conflictos entre las disposiciones personales y las leyes sociales, entre los impulsos antisociales antojadizos mediante arreglos sucesivos que llevan a una identificación emocional con las fuerzas creadoras y conservadoras de la sociedad"⁹.

La personalidad es campo y producto de la actividad física, social y mental, constituye un conjunto de imaginación, hipótesis y expectativas, que influye a las propias percepciones e interpretaciones del mundo, que a su vez, influyen en el comportamiento. Durante un periodo dado el desarrollo de una personalidad, (por

⁷ De la Riva, Celeste, "Homosexualidad, Mexico, Centroamerica y El Caribe", De la Riva, México, 2008.p35.

⁸ Shneider M, David, "concepto de personalidad". Ediciones Grijalbo, S.A. Buenos Aires, 1977. Pp22.

⁹ Murray A, Henry." La Personalidad, en la naturaleza, la sociedad y la cultura". Ediciones Grijalbo, Barcelona, 1997. Pp72.

asimilación, valoraciones, estrategias, idiomas o patrones motores), está únicamente confinado a unas pocas series o regiones de interés (algunas regiones de habilidad técnica, relaciones sociales, apreciaciones artísticas, fisiológicas, etc.)

Dado que los fundamentos de la personalidad cambian con el tiempo, no se puede decir mucho de ellos que resulte, aplicable a todos los estados de la vida de una persona, de la infancia a la senilidad. Por esta razón se acostumbra a dividir cada etapa, con mayor o menor arbitrariedad, en cierto número de períodos largos, tales como la infancia, niñez, adolescencia, etc., y cada uno de los cuales está compuesto por una secuencia indefinida de operaciones, muchas de las cuales son parte de series concurrentes. Con la finalidad de de obtener algún conocimiento del diseño o estilo de vida, de la personalidad (las vías de sus diferentes actividades han sido organizadas temporalmente y catalogadas). El inventario de las actividades de un hombre no es ni más ni menos que su filosofía llevada a la práctica.

Así pues el término de personalidad se usa en muchas formas. Puede referirse a todo lo que se sabe acerca de una persona o a la que es único en alguien o lo típico de una persona. El significado popular incluye rasgos como el atractivo social y la atracción de los demás. Pero, desde un punto de vista científico, todos tenemos una personalidad. "Simplemente es nuestra naturaleza psicológica individual"¹⁰. Para simplificar, se puede pensar en la personalidad como una identidad personal del individuo. La identidad tiene diversos componentes, algunos de los cuales son más centrales que otros: los componentes centrales definen a la persona, mientras que los componentes periféricos son limitados y están sujetos a cambios. Conforme conocemos a alguien, adquirimos conocimientos de su identidad central.

La personalidad también está relacionada con la sexualidad humana que representa el conjunto de comportamientos que conciernen la satisfacción de la necesidad y el deseo sexual. Al igual que los primates, los seres humanos utilizan la excitación sexual con fines reproductivos y para el mantenimiento de vínculos

¹⁰ Dicaprio S, Nicholas. "Teorías de la personalidad" McGraw-Hill, 2da edición, Mexico, 1996. Pp6.

adquisitivo, es considerada una "minoría significativa". La población homosexual durante décadas se ha posicionado como un pequeño segmento vanguardista en lo que a cultura, tendencias, moda, consumo y corrientes de pensamiento se refiere"⁷.

En este contexto socio-cultural, la institución superordenada que gobierna al organismo humano es la personalidad o mente. Sus bases psicológicas y neuronales están en la cabeza. De acuerdo con este concepto las leyes y procesos que constituyen la personalidad están fuera de vista. Pero sus características, relaciones y operaciones pueden ser definidas como conceptualizadas, base de informes verbales del sujeto (relatos de hechos, juicios introspectivos y confesiones), y en base de observaciones de su conducta manifiesta, física y verbal⁸.

"La personalidad es la continuidad de las formas y fuerzas funcionales, que se manifiesta a través de la secuencia de procesos reinantes organizados y la conducta evidente desde el nacimiento hasta la muerte. Las funciones de la personalidad son; contribuir al periodo de regeneración de energías por medio del sueño; ejercitar sus procesos; expresar sus sentimientos y valoraciones; reducir las tensiones-necesidad que se suceden, esbozar series de programas para el logro de metas distantes, reducir conflictos entre las necesidades siguiendo normas que se desea alcanzar y finalmente, reducir los conflictos entre las disposiciones personales y las leyes sociales, entre los impulsos antisociales antojadizos mediante arreglos sucesivos que llevan a una identificación emocional con las fuerzas creadoras y conservadoras de la sociedad"⁹.

La personalidad es campo y producto de la actividad física, social y mental, constituye un conjunto de imaginación, hipótesis y expectativas, que influye a las propias percepciones e interpretaciones del mundo, que a su vez, influyen en el comportamiento. Durante un periodo dado el desarrollo de una personalidad, (por

⁷ De la Riva, Celeste, "Homosexualidad, Mexico, Centroamerica y El Caribe", De la Riva, México, 2008, pp35.

⁸ Shneider M, David, "concepto de personalidad". Ediciones Grijalbo, S.A. Buenos Aires, 1977. Pp22.

⁹ Murray A, Henry." La Personalidad, en la naturaleza, la sociedad y la cultura". Ediciones Grijalbo, Barcelona, 1997. Pp72.

sociales, pero le agregan el goce y el placer propio y el del otro. El sexo también desarrolla facetas profundas de la afectividad y la conciencia de la personalidad. En relación a esto, muchas culturas dan un sentido religioso o espiritual al acto sexual, así como ven en ello un método para mejorar (o perder) la salud.

“La complejidad de los comportamientos sexuales de los humanos es producto de su cultura, su inteligencia y de sus complejas sociedades, y no están gobernados enteramente por los instintos, como ocurre en casi todos los animales¹¹”. Sin embargo, el motor base del comportamiento sexual humano siguen siendo los instintos, aunque su forma y expresión dependen de la cultura y de elecciones personales; esto da lugar a una gama muy compleja de comportamientos sexuales. En la especie humana, Además de la unión sexual y emocional entre personas de diferente sexo (heterosexualidad), existen relaciones emocionales y sexuales entre personas del mismo sexo (homosexualidad). Se entiende por homosexualidad “la atracción sexual hacia individuos del mismo sexo. Por tanto, no se considera trastorno de la identidad sexual, ya que tanto el varón como la mujer homosexual tienen claro su masculinidad y su feminidad respectivamente, y la variante estriba solo en la orientación sexual que se haga”¹²

El DSM IV tiene otro concepto F64.x Trastorno de la identidad sexual [302.xx] el cual explica que “Existen dos componentes en el trastorno de la identidad sexual que deben estar presentes a la hora de efectuar el diagnóstico. Debe haber pruebas de que el individuo se identifica, de un modo intenso y persistente, con el otro sexo, lo cual constituye el deseo de ser, o la insistencia en que uno es, del otro sexo (Criterio A). Esta identificación con el otro sexo no es únicamente el deseo de obtener las supuestas ventajas relacionadas con las costumbres culturales. Deben existir también pruebas de malestar persistente por el sexo asignado o un sentido de inadecuación en el papel de su sexo (Criterio B).” El diagnóstico no debe establecerse si el individuo padece una enfermedad física intersexual (p. ej., síndrome de insensibilidad a los andrógenos o hiperplasia

¹¹ Kinsey, Alfred Charles, W. B. Pomeroy, “Comportamiento sexual del hombre”. Indiana University Press, Indiana, 1948. Pp102.

¹² OPCIT, pp 124

suprarrenal congénita) (Criterio C). Para efectuar el diagnóstico deben existir pruebas de malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo (Criterio D).¹³

En los niños, el hecho de identificarse con el otro sexo se manifiesta por una marcada preocupación por las actividades femeninas tradicionales; pueden preferir vestirse con ropa de niña o mujer o pueden confeccionarla ellos mismos a partir de material disponible, cuando no poseen ropa femenina. A menudo se usan toallas, delantales, pañuelos de cuello para representar faldas o pelos largos. Existe una atracción fuerte hacia los juegos y los pasatiempos típicos de las niñas.

Les gusta especialmente jugar a mamá y papá, dibujar chicas y princesas bonitas, y mirar la televisión o los vídeos de sus ídolos femeninos favoritos. A menudo, sus juguetes son las muñecas (como Barbie), y las niñas constituyen sus compañeros. Cuando juegan a papá y mamá, estos niños realizan el papel femenino, generalmente «el papel de madre» y muestran fantasías que tienen que ver con mujeres. Evitan los juegos violentos, los deportes competitivos y muestran escaso interés por los coches, camiones u otros juguetes no violentos, pero típicos de los niños. Pueden asimismo expresar el deseo de ser una niña y asegurar que crecerán para ser una mujer. A la hora de orinar se sientan en la taza y hacen como si no tuvieran pene, escondiéndoselo entre las piernas. Más rara vez los niños con trastorno de la identidad sexual pueden afirmar que encuentran su pene o testículos horribles, que quieren operárselos o que tienen o desearían tener vagina.

Los adultos con trastorno de la identidad sexual muestran el deseo de vivir como miembros del otro sexo. Esto se manifiesta por un intenso deseo de adoptar el papel social del otro sexo o de adquirir su aspecto físico, ya sea mediante tratamiento hormonal o quirúrgico. Los individuos con este trastorno se sienten incómodos si se les considera como miembros de su propio sexo o si su función en la sociedad no es la correspondiente al otro sexo. La adopción del

¹³ Pierre, Pichot. **“Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM VI, Trastornos Sexuales”**, American Psychiatric Association, Washington, D.C. 1994. Pp 545.

comportamiento, la ropa y los movimientos del otro sexo se efectúa en diferentes grados. En privado, estos individuos pueden pasar mucho tiempo vestidos como el otro sexo y esforzándose para conseguir la apariencia adecuada. Muchos intentan pasar en público por personas del sexo opuesto. Vistiendo como el otro sexo y con tratamiento hormonal (y para los varones, electrólisis), muchos individuos con este trastorno pasan inadvertidamente como personas del otro sexo. La actividad sexual de estos individuos con personas del mismo sexo se encuentra generalmente restringida, porque no desean que sus parejas vean o toquen sus genitales. En algunos varones con este trastorno en etapas más avanzadas de la vida (a menudo después del matrimonio) la actividad sexual con una mujer se acompaña de la fantasía de ser amantes lesbianas o de que la pareja es un varón y él, una mujer.

En los adolescentes las características clínicas pueden parecerse tanto a las de los niños como a las de los adultos (según el nivel de desarrollo del individuo); así pues, los criterios tendrían que aplicarse de acuerdo con el nivel de desarrollo. En un adolescente joven puede ser más difícil establecer un diagnóstico exacto debido a la cautela del individuo. Las dificultades pueden ser mayores si el adolescente se encuentra indeciso en cuanto a su identificación con el otro sexo o si la familia no lo aprueba. El adolescente puede ser enviado a un centro médico porque los padres o los profesores están preocupados por el aislamiento social, el rechazo y las burlas de sus amigos.

En estas circunstancias, el diagnóstico debe reservarse para los adolescentes que parecen identificarse con el otro sexo por la manera de vestir y por su comportamiento (p. ej., depilarse las piernas en los varones). El esclarecimiento del diagnóstico en niños y adolescentes puede necesitar un seguimiento durante un largo período de tiempo.

El malestar y la discapacidad de los individuos con trastorno de la identidad sexual se manifiesta de diferente manera a lo largo de la vida. En los niños el malestar se manifiesta por un descontento patente hacia su sexo. La preocupación por transvestirse interfiere a menudo con las actividades cotidianas del individuo.

En los niños más mayores el fracaso en contraer amistades y habilidades propias de individuos del mismo sexo a menudo, conduce a aislamiento y a malestar; algunos niños se niegan a ir a la escuela debido a la obligación de vestir con la ropa de su sexo y a las burlas de los compañeros. En los adolescentes y en los adultos la preocupación por transvestirse interfiere muy frecuentemente con las actividades habituales de la persona. Son habituales las dificultades de relación, y puede verse afectado también el rendimiento en la escuela o en el trabajo.

Características descriptivas y trastornos mentales asociados. Muchos individuos con trastorno de identidad sexual acaban socialmente aislados. El aislamiento y el ostracismo conducen a una baja autoestima y pueden contribuir a sentir aversión por la escuela y a abandonarla. El rechazo y las burlas de los compañeros producen secuelas frecuentes que persisten en los niños con este trastorno; a menudo muestran rasgos y patrones de expresión femeninos muy acusados.

La alteración puede ser tan acusada que la vida de algunos individuos se centre solamente en estas actividades, que, por otra parte, intentan disminuir el malestar sexual. A menudo se preocupan por su aspecto físico, en especial en las primeras etapas de la transición para adoptar el papel del otro sexo. La relación con los padres puede también verse muy afectada. Algunos varones con este trastorno llegan a autotratarse con hormonas y muy raramente se castran o se amputan el pene.

Especialmente en las ciudades, algunos individuos se dedican a la prostitución, lo que les expone muy fácilmente a contraer la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Los intentos de suicidio y los trastornos relacionados con sustancias se encuentran frecuentemente asociados a este cuadro. En los adultos puede haber síntomas de ansiedad y de depresión. Algunos varones adultos tienen una historia de fetichismo transvestista, así como otras parafilias. Los trastornos de la personalidad asociados son más frecuentes en los varones que en las mujeres (según observaciones realizadas en centros especializados).

No hay ningún test diagnóstico específico para el trastorno de la identidad sexual. En presencia de una exploración física normal no está indicado realizar un cariotipo de los cromosomas sexuales ni determinaciones de las hormonas correspondientes. Los test psicológicos pueden revelar una identificación o unos patrones de comportamiento del otro sexo.

En los varones adultos existen dos evoluciones diferentes en el trastorno de la identidad sexual. El primero es una continuación de este trastorno, que se inició en la niñez o en las primeras etapas de la adolescencia: son los individuos que se encuentran en la última etapa de la adolescencia o en la edad adulta. En la segunda forma los signos más evidentes de identificación del otro sexo aparecen más tarde y de manera más gradual, con un cuadro clínico presente en las primeras etapas o en las etapas intermedias de la vida adulta frecuentemente después de, o algunas veces junto a, fetichismo transvestista.

El grupo de inicio más tardío puede fluctuar más en el grado de identificación del otro sexo, mostrar mayor ambivalencia en cuanto a la cirugía de reasignación, presentar una mayor probabilidad de sentir atracción por las mujeres y una menor probabilidad de satisfacción después de la cirugía reasignadora. Los varones con este trastorno que sienten atracción por otros varones tienden a presentar, durante la adolescencia o las primeras etapas de la vida adulta, antecedentes de disforia sexual. Por el contrario, quienes se sienten atraídos por las mujeres, por los varones y las mujeres, o por ninguno de ellos, tienden a ser detectados más tarde y a presentar antecedentes de fetichismo transvestista. Si el trastorno de la identidad sexual aparece en la etapa adulta, tiende a tener un curso crónico, aunque algunas veces se han observado remisiones espontáneas.

Aunque la prevalencia de la homosexualidad puede ser muy variable según las muestras estudiadas, en el informe: Comportamiento sexual del hombre por Alfred C. Kinsey (1948) en general se admite que aproximadamente un 5 por ciento de la población presenta una orientación homosexual de forma estable.¹⁴

¹⁴ Kinsey, Alfred Charles, W. B. Pomeroy, "Comportamiento sexual del hombre". Indiana University Press, Indiana, 1948. Pp132.

Este porcentaje, desde luego, es mucho mayor si se contabilizan las conductas homosexuales episódicas y la tendencia homosexual en cuanto a fantasías o sentimientos eróticos que se experimentan por el mismo sexo. Kinsey, entomólogo, recopiló en su obra miles de entrevistas personales que, aunque adolecen de algunos problemas legales, metodológicos y técnicos importantes, sus resultados han coincidido en gran medida con los posteriores estudios sobre la conducta sexual masculina realizados en otros países y en otros momentos diferentes de todo este trabajo. Llegó a las siguientes conclusiones acerca de la homosexualidad:

1. El 37% de los hombres entrevistados experimentaron alguna vez un orgasmo homosexual a partir de la adolescencia.

2. El 13% de los varones sintieron deseos homosexuales, sin que se produjera por ello contacto físico alguno.

3. El 25% de ellos tuvieron experiencias homosexuales no incidentales entre las edades de 16 a 55 años.

4. El 18% mantuvieron igual número de relaciones heterosexuales que homosexuales durante un período mínimo de 3 años, entre las edades de 16 a 55 años.

5. El 10% tuvo una conducta estrictamente homosexual durante un período de 3 años como mínimo y entre las edades ya reseñadas.

6. Sólo un 4% manifestaba una conducta estrictamente homosexual durante toda su vida y ya manifiesta durante la adolescencia.

7. La homosexualidad existía a todos los niveles sociales y ocupacionales.

Estos resultados, llevaron a Kinsey a confeccionar la Escala de Kinsey sobre la heterosexualidad-homosexualidad, donde el grado 0 manifestaba una heterosexualidad completa sin ambajes y el 6 una homosexualidad exclusiva y

dominante. Kinsey afirma que la mayoría de las personas se encontraban dentro del número 1 o 2 en su escala.

Las conclusiones que extrajo Kinsey difería radicalmente de la apreciación de la homosexualidad como fenómeno minoritario: la mitad de los varones de la muestra estudiada habían tenido, según el autor, al menos una experiencia homosexual (a nivel físico o de fantasía), aunque era muy frecuente que hubieran tenido más de una, o incluso una vida homosexual exclusiva (4%). Por tanto, este tipo de sexualidad no era excepcional, lo que venía a indicar que la homosexualidad en sí no era un índice de patología mental, como sostendrían posteriormente Churchill en 1967, Silverstein en 1972 o Martin y Lyon también el mismo año, quienes argumentan en sus estudios que la mayoría de homosexuales masculinos y femeninos se identifican con su propio sexo, al contrario de lo que a menudo se considera en cuanto al afeminamiento del varón o la masculinización de la mujer.

Existen antecedentes de homosexualidad a lo largo de la historia, la cultura puede determinar la forma de comportarse de una persona en cada situación, los valores, lo que es bueno, lo que es malo, los mitos, las leyendas y la religión que también es una fuente de valores y de moralidad. Las diversas culturas, en su función de institucionalizar respuestas a necesidades, han dado diversas posibilidades del desahogo sexual, tanto una mezcla de heterosexualidad como homosexualidad pura y estable. Para la mayoría de personas el que se tenga indulgencia hacia la homosexualidad resulta anormal e inmoral sin embargo, las comunidades más antiguas tuvieron una actitud diferente al respecto. Unas sociedades la condenaron mucho más fríamente que nuestra sociedad, otras trataron con indiferencia su existencia o la veían como una conducta apropiada que puede esperarse de la juventud antes del casamiento y otras le daban un estatus social y religioso¹⁵. Si la organización progresiva de una personalidad homosexual es función de las diferentes relaciones que va estructurarla en cada etapa de su desarrollo, no hay duda que el medio familiar va a jugar un rol

¹⁵ Juárez R, Mario R. y Media Oliva, Adrian. "Homosexualidad Masculina". USAC, Guatemala, 2008. Pp37.

esencial. En términos psicológicos el análisis de la homosexualidad involucra tomar en consideración que dentro de las confusiones más frecuentes sobre el tema de la homosexualidad se encuentran aquellas que confunden la actividad homosexual (relaciones con el mismo sexo) con los rasgos femeninos. La homosexualidad más que estar determinada por un acto homosexual, implica toda una estructura de personalidad motivada esencialmente por una atracción erótica del mismo sexo y que es determinada por como es la persona y cuanto tiempo practica la actividad¹⁶.

La población homosexual masculina es frecuentemente investigada por tratarse de una población que no cabe dentro del parámetro de "normalidad" socialmente hablando "las personas homosexuales están en un riesgo sustancialmente mayor ante algunas formas de problemas emocionales, incluyendo suicidios, depresión grave, desorden de ansiedad, desorden de conducta y dependencia de la nicotina"¹⁷. Puede calificarse a un individuo como depresivo, cuando este entra en un profundo sentimiento de tristeza, acompañado a menudo del deseo de soledad; disminución de la autoestima y auto desvalorización y la Suspensión transitoria de actividades, en el plano afectivo tiene lugar un aislamiento de los contactos interpersonales. De igual manera, se producen, síntomas vegetativos tales como, trastornos del sueño, del apetito, los cambios en el peso y el cansancio o fatiga, un profundo deseo de morir; seguido, de ideas suicidas.

El modelo cognitivo de Beck sostiene que los sujetos depresivos se diferencian de los no depresivos en la manera de procesar la información¹⁸, sostiene también que el modelo cognitivo no es la única razón de la depresión, sino también otros factores genéticos, evolutivos, hormonales, bioquímicos, pérdida de reforzadores, etc. Beck sostiene que el esquema depresivo o depresónico está conformado por una fuerte negatividad y pesimismo.

¹⁶ Freud, Sigmund. "**Tres ensayos sobre una teoría sexual**". Ed. Biblioteca Nueva. Madrid, 1973. Pp1200.

¹⁷ Whitehead, N. "**Homosexualidad y problemas de salud mental**". Instituto Valenciano de Fertilidad, Sexualidad y Relaciones Familiares. España, 2002. Pp 22.

¹⁸ Riso, Walter. "**Depresión**" **Avances Recientes en Cogniciones y Procesamiento de la Información**". Ediciones Gráficas, Medellín, Colombia, 1995. p. 81

Es por eso que la teoría cognitiva es el resultado de las investigaciones del Dr. Aarón Beck para encontrar una terapia efectiva contra la depresión, que partiendo de una base psicoanalítica, logro identificar como las personas deprimidas presentaban más frecuentemente pensamientos negativos acerca de si mismos, los demás y el futuro (Triada cognitiva).

Aparte de la depresión han sido muchas más las aplicaciones que se han encontrado y comprobado para la terapia cognitiva. La terapia cognitiva reestructurativa de Beck, es diferente a otras terapias llamadas cognitivas, pues esta terapia entiende los trastornos emocionales desde una perspectiva cognitiva, es decir, como los pensamientos y creencias pueden tener influencia sobre la conducta, emociones y reacciones de las personas. En el contexto de su propia historia, además de basarse en el aquí y ahora para modificar aquellos pensamientos y creencias que causen problemas a la persona, a través de diversas y variadas técnicas que se individualizan hacia el paciente.

Comparada con otras psicoterapias la terapia cognitiva es más estructurada, con un terapeuta activo que enseña directamente las habilidades de defensa y adaptación, es más específica, breve y mejor tolerada, es más apoyada por estudios grandes, controlados, replicados y estandarizados, Se examina el modelo cognitivo a través de diversas etapas, la primera es la percepción individual de una situación, que lleva a pensamientos automáticos que tienen influencia en nuestras emociones, la segunda refiere que los pensamientos automáticos no influyen solo a la respuesta emocional, sino también las respuestas conductuales y fisiológicas y la tercera describe que la percepción individual esta bajo la influencia de creencias subyacentes .

Una serie de autores (Marziller, 1980; Hollon y Kriss, 1984; Ingram y Hollom, 1986; Ingram y Kendall, 1986; Evans y Hollon, 1988; Clark y Beck, 1989; Beck y Freeman, 1990; Riso, 199, en prensa) han propuesto que, “los mecanismos cognoscitivos básicos pueden ser conceptualizados y categorizados

desde una óptica informacional”¹⁹. Esta clasificación taxonómica define cuatro elementos principales:

Las estructuras cognitivas definen la arquitectura del sistema dentro de la cual se representa la información. Algo similar a un “hardware” psicológico donde se almacena la información de alguna manera. Por ejemplo: Nudos semánticos, memoria a corto plazo, memoria a largo plazo, etc. Las proposiciones cognitivas que son vistas como el tipo de información almacenada. Por ejemplo, información semántica, información episódica, información afectiva, creencias, etc.

Las operaciones o procesos cognitivos, son las operaciones que realiza el sistema para manipular y trasladar información, desde, hacia y entre estructuras y el medio ambiente (atención, percepción, procesamiento automático, análisis etc). Los productos o eventos cognitivos estarían definidos como las salidas finales o conclusiones del sistema, que resultan de la interacción de la información externa o interna, las estructuras y las operaciones cognitivas.

El aprendizaje se produce a través de estructuras centrales llamadas Esquemas alrededor de los cuales se organiza y almacena el conocimiento. El aprendizaje consiste, precisamente en adquirir nuevos esquemas. Los esquemas cognitivos estarían determinados por cómo se organiza la información en las estructuras que las contienen, según (Hollon y Kriss, 1984) “el esquema puede ser visto como una entidad organizacional cognitiva y estable, que contiene todo el conocimiento acerca de uno mismo y el mundo”, en términos más específicos citando a (Tylor y Crocker, 1981) “un esquema se refiere a una estructura cognitiva en la cual se representa la información referente a una particular categoría de personas, objetos y eventos”. Los esquemas, como plantea Beck y Freeman (1990) “poseen cualidades estructurales adicionales, tales como capacidad informacional (estrecha, limitada o poca), flexibilidad o rigidez (su capacidad de modificación), densidad (la relativa distinción o relieve en algún contenido específico) y nivel de activación o valencia (latente o hiperlatente).

¹⁹ ibid pp.17.

“Un esquema en cierto sentido puede ser visto como un intento que los individuos hacen para imponer su propia realidad al mundo” (Gitomer y Pellegrino, 1985)²⁰. Las creencias siempre tienen un componente evaluativo o afectivo (esto es, bueno o malo, displacentero o placentero), las creencias por lo general están basadas en experiencias episódicas (conclusiones lógicas generadas a partir de eventos subjetivos) y pueden desarrollarse por procedimientos inadecuados de inducción o Sobregeneralización. En otras palabras una gran cantidad de nuestras teorías se asemejan bastantes a dogmas de fe.

El concepto de los esquemas no necesariamente debe ser RACIONAL o correcto. Si los conceptos son erróneos, si las experiencias personales se organizan más alrededor de vivencias negativas que positivas y si las teorías o creencias se estructuran sobre la base de hechos falsos, el esquema resultante será disfuncional, por ende, los pensamientos y comportamientos resultantes tendrán un carácter mal adaptativo en la medida de que no estarán adecuados a la realidad objetiva.

Un esquema sirva para hacer el procesamiento de información cognitivamente más económico, es decir, el conocimiento de base permite un menor gasto para el sistema y una mayor coherencia. De no ser así el ser humano debería responder a cada estímulo como si fuera totalmente nuevo, sin reconocer sus semejanzas y similitudes con otros eventos ya experimentados. Los esquemas influyen, además de la atención, todo el proceso de descodificación, como la percepción, la clasificación y el almacenamiento.

El hecho de buscar evidencia para confirmar nuestras creencias no es lo preocupante, sino la manera DESHONESTA de hacerlo. Utilizamos dos estrategias para alterar los datos. O distorsionamos la información percibida (sesgos confirmados) o afectamos el medio modificando el curso de los hechos (profecías autorrealizadas)

²⁰ Ibid pp. 22.

Los esquemas organizan información tanto externa como interna. El concepto de esquema, cuando es aplicado a uno mismo, se le denomina autoesquema y es definido como “generalizaciones cognitivas acerca de uno mismo derivadas de experiencias pasadas, que organizan y guían el procesamiento de la información relacionada con uno mismo, contenida en la experiencia social de un individuo”²¹ (Markus, 1977,)

Al igual que los esquemas, los autoesquemas buscan mantener su consistencia, ignorando aquella información que es contradictoria con la visión de sí mismo o desarrollando patrones selectivos de recuerdos. Una persona con un autoesquema de ganador, olvidará más fácilmente sus fracasos y recordará con más frecuencia sus éxitos. Un autoesquema de perdedor llevará posiblemente a un proceso inverso, entonces, la conducta puede ser directamente activada por las estructuras de manera automática o por los productos cognitivos, generalmente de manera más consciente, Cuando más cognitiva sea la estructura subyacente, más secuencial, consciente y serial es el procesamiento. Cuanto más afectiva sea la estructura, menos cognitivo y menos serial es el procesamiento.

Así pues, los pensamientos automáticos son los pensamientos evaluativos, rápidos y breves que no suelen ser el resultado de una deliberación o razonamiento, sino más bien parece brotar automáticamente. Estos pensamientos pueden tener forma verbal (“lo que me estoy diciendo a mí mismo”) y/o visual (imágenes).

Los pensamientos automáticos surgen de las creencias. Uno de los principios de la terapia cognitiva “es reconocer e identificar las creencias centrales o nucleares basándose en los pensamientos automáticos que causan distorsiones cognitivas, una de las técnicas utilizadas dentro de éste modelo, para ayudar teóricamente a identificar los Pensamientos Automáticos es el cuestionario de los pensamientos automáticos, que es el conjunto de técnicas denominadas respuestas alternas, cuyo objetivo es buscar mejores patrones de pensamientos y más apegados a la realidad para evitar emociones disfuncionales, es una técnica

²¹ Ibid pp.29.

que se utiliza para apoyar al paciente a pensar de manera realista. Contiene la prueba de realidad y cuál es la evidencia del pensamiento automático

¿ Los pro y los contra?, ¿Cuál es la evidencia que apoya esta idea? ¿Cuál es la evidencia en contra de esta idea?, también se utiliza una pregunta alterna ¿Hay una explicación diferente a la idea? , la prueba del continuo: ¿Qué es lo peor que podría pasar? ¿Podría vivir con ello? ¿Qué es lo mejor que puede pasar? ¿Qué es lo más probable y real que pase?, la siguiente pregunta alienta al paciente a una búsqueda de solución al problema ¿Qué deberá hacer acerca de ello?, ¿Cuál es el efecto de creer en mi pensamiento automático? ¿Cuál sería el resultado de cambiar este pensamiento?, esta técnica también utiliza el cambio de posición o autodistanciamiento para que el paciente perciba el pensamiento automático de una forma objetiva: Si (nombre de un amigo) estuviera en esta situación y tuviera este pensamiento, ¿Qué le diría yo a él? Y por último ¿Cuál es una manera más razonable de ver la situación?

Estos pensamientos forman parte de las llamadas distorsiones cognitivas, que son las creencias ocultas, reglas o valores de la persona, que predisponen a la depresión, rabia, ansiedad o consumo de drogas, una distorsión cognitiva forma parte del conjunto de pensamientos automáticos que son espontáneos y conscientes asociados con los afectos negativos, algunas veces son verdaderos y otras parcialmente verdaderos.²²

Algunas distorsiones cognitivas más frecuentes son: La Generalización, que se refiere al hecho de lo que ocurre a un caso aplica a todo lo demás. La Abstracción Selectiva, que pone atención a que lo único que importa son los fallos o fracasos. La Personalización, que pone de manifiesto que el sujeto es el responsable de todas las cosas negativas. La Catástrofe, que radica en pensar lo peor, porque es lo más probable que pase. Y El Pensamiento Dicotómico, que consiste en ver a la gente, sucesos y situaciones en términos de todo o nada, buscar los límites sin considerar los puntos intermedios.

²² Quinto Barrera, See King Emilio. "El Modelo Cognitivo II. Psicoterapia cognitiva" Manual de Terapia Cognitiva, Guatemala, 2005. Pp. 06-18.

La teoría cognitiva también toma en cuenta las distorsiones cognitivas que son las presunciones y las creencias personales (la vulnerabilidad de la persona) que llevan al individuo a sentirse deprimido, ansioso, etc. Son interpretaciones tan fundamentales y profundas que las personas frecuentemente no las expresan ni aún a sí mismas, no tienen clara conciencia de ellas. Estas creencias nucleares desarrolladas desde la infancia consisten en definiciones, evaluaciones o interpretaciones de sí mismos, de las otras personas y de su mundo. Las creencias nucleares representan el nivel más profundo, fundamental, rígido y global de interpretación, que influye en los otros niveles. Los pensamientos automáticos o palabras e imágenes que están en nuestra mente son relativos a las situaciones y representan el nivel más superficial de cogniciones.

Los pensamientos tienen significados comunes que responden a las creencias nucleares, que el individuo ha desarrollado por aprendizaje a lo largo de su vida (esquemas). Las categorías de creencias nucleares más comunes en la depresión son del tipo NO AMADO (Soy feo, indeseable, estoy abandonado, no tengo valor) DESAMPARADO (Soy incapaz, no puedo controlar la situación, soy vulnerable).ABANDONO (No puedo ser feliz por mí mismo, es horrible estar solo, debo ser un perdedor, desgraciado), Según Guidano y Liotti (1983) “en la depresión existe un claro aislamiento y separación de la figura AT (Attachment), que es una estructura cognitiva que es constituida durante el curso del desarrollo desde las disposiciones innatas, y enriquecidas por los datos de la experiencia dirigida por la búsqueda del niño a la proximidad y el contacto físico. La carencia de contacto afectivo y el alejamiento prematuro o Dettachment (DT) prematuro, se constituye en uno de los factores etiológicamente que definirá posteriormente la visión negativa de si mismo y de los demás”. Si quisiéramos definir la esencia o el tema central del esquema depresivo, deberíamos pensar en dos epítetos: desamor y soledad”. Siguiendo la argumentación de Guidano y Liotti, “con el tiempo, el desamor y la soledad van configurando un autoesquema negativo y conflictivo en naturaleza” en otras palabras una generalización derivada de experiencias negativas pasadas que guían el procesamiento de la información relacionada con uno mismo contenida en la experiencia social del individuo

depresivo". De una parte, el aislamiento afectivo (desamor) los hace verse a sí mismos como "no queribles", indeseables y con poca valía personal.

Muy posiblemente la triada cognitiva de Beck (conceptos negativos sobre uno mismo, el futuro y el mundo) con su perfil fatalista y desesperanzado, se origine en esta autopercepción de impotencia. Por otro lado, la desprotección (soledad) genera en los sujetos una forma de compensación para lograr subsistir en un mundo que lo rechaza: "solo puedo confiar en mí, por lo tanto, debo asumir la responsabilidad de mí mismo de una manera total". Así, los intentos frustrados de tratar de adaptarse a una realidad que definitivamente los excluye, paradójicamente, serán internamente atribuidos, es decir, se sentirán culpables de no hallar un punto de referencia. Frente a la realidad la configuración esquemática, originada en el mínimo AT patológico de desamor y soledad, también adquiere características conflictivas. La historia de rechazo afectivo, con la respectiva visión de sí mismo de ser poco "Amables" y valiosos, genera prevención y expectativas de desaprobación, la cual se manifiesta en ansiedad social e hipersensibilidad a la evaluación negativa.

Este miedo social indica que el depresivo, en realidad, no se "acostumbra" al aislamiento, siempre existe una necesidad de aprobación considerable. Sin embargo, cuando por alguna razón se produce acercamiento de otras personas para brindar ayuda o compañía, el depresivo, debido a su "autoconfianza compulsiva" ("solo puedo depender de mí"), excluye esta posibilidad de apoyo. El dilema que queda planteado así: "no soporto el rechazo de las otras personas, pero rechazo su ayuda", o bien, "necesito la gente, pero no puedo esperar ayuda de nadie, ya que solo dependo de mí mismo".

Guidano y Liotti concluyen que "el AT patológico de los depresivos los lleva permanentemente a buscar un "Sitio en el mundo". Por un lado, los aspectos positivos de la realidad (esquema) se ven como inaccesibles o negados para él, mientras los aspectos positivos de sí mismo (autoesquema) son vistos como un continuo esfuerzo para adaptarse a tal inaccesibilidad e intentar reducir tal exclusión de la realidad. Cuando el equilibrio se logra, pero ocurre algún tipo de

exclusión o rechazo, el depresivo realiza atribuciones causales internas, lo cual lleva a percibirse, fatalista e inevitablemente, como un “cero a la izquierda”²³. Así pues, el individuo atiende selectivamente a estímulos específicos (los que se adaptan a sus creencias nucleares de no amado, desamparado o abandono), los combina y conceptualiza a la situación en términos de un pensamiento negativo. Este patrón de modelo cognitivo se vuelve cada vez más común y se generaliza a situaciones menos relacionadas²⁴

Estas situaciones pueden darse cuando hablamos del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (sida) ya que no sólo estamos hablando de una enfermedad infecciosa más. La aparición y posterior proliferación del sida ha dejado al desnudo una vez más el tipo de relaciones de desigualdad y poder que se establecen entre los diferentes países del mundo, donde los ricos son cada vez más ricos a costa de países pobres que ven cómo cada día van aumentando sus índices de empobrecimiento. El sida surge en un mundo donde las fronteras económicas establecen el cómo se afrontan los problemas sociales y sanitarios, y donde los derechos humanos son vulnerados diariamente por las estructuras económicas, los países, las instituciones y las personas.

Hay unos 42.000.000 de personas infectadas en todo el mundo por el VIH (estimaciones de Onusida, diciembre 2002) de las cuales 29.400.000 son africanas; 3.100.000 muertos y muertas por la infección, de los cuales 2.400.000 son africanos o africanas. El 90% de estas personas no tienen acceso a tratamientos antirretrovirales.

Cada día se infectan en el mundo más de 17.000 personas. 17.000.000 de personas mueren cada año por enfermedades infecciosas (el 90% viven en países empobrecidos). En algunos países africanos la esperanza de vida con la aparición del VIH se ha reducido drásticamente, cerca de la mitad de las personas que se infectan por VIH lo hacen antes de cumplir los 25 años, y por lo general mueren antes de cumplir los 35 años. Sida y pobreza se retroalimentan. La pobreza es,

²³ Guidano, V. F., y Lotti, G. “**Procesos cognitivos y desordenes emocionales**”, **Avances Recientes en Cognición y Procesamiento de la Información**. Ediciones Graficas, Medellín, Colombia, 1995. p.102.

²⁴ IBIDEM.

por encima de todo, el resultado de un grave subdesarrollo económico y social, y el VIH por su parte, contribuye a destruir los avances del desarrollo en los países más afectados. La pobreza no es en sí misma la causa del sida. Sin embargo, no se puede pasar por alto la fuerte relación entre la propagación de la enfermedad y la evolución de los indicadores de desarrollo humano.

A nivel socio cultural se habla sobre la construcción social del sida, que ha estado sujeta desde sus inicios a factores de diversa índole que han convertido la enfermedad en justificación de rechazo, culpabilización, represión, discriminación y estigmatización de personas seropositivas, enfermas y sus familias. El estigma y la discriminación al VIH y al sida, son otro de los mayores obstáculos para la prevención de nuevas infecciones, la dotación de asistencia, apoyo y tratamiento adecuados y la mitigación del impacto. El estigma asociado al VIH y sida y la discriminación que puede derivar de él, hace que con frecuencia se vean violados los derechos de las personas afectadas y sus familias. Esta violación de derechos incrementa el impacto negativo de la epidemia.

Los derechos humanos son inherentes a las personas en tanto que tales y se aplican a todas ellas en todas partes. El principio de no discriminación es central en la idea y práctica de los derechos humanos.

La Comisión de Derechos Humanos de las Naciones Unidas ha declarado que el principio de no discriminación abarca también al estado de salud, incluido el VIH/SIDA. Por lo tanto, la discriminación contra las personas con el VIH y sida o contra quienes se cree que están infectados o infectadas constituye una prueba decisiva de falta de respeto, protección y cumplimiento de los Derechos Humanos.

En tanto que se desarrollan instrumentos para enfrentarse a la discriminación e incumplimiento de los DD.HH., la política y la reforma legislativa serán decisivas aunque tendrán un impacto limitado a menos que se vean apoyadas por los valores y expectativas de la sociedad en su conjunto; se necesitan cambios amplios y duraderos en las actitudes sociales si se quiere

avanzar en la aceptación, respeto y cumplimiento de los derechos inherentes a todas las personas.

En muchas ocasiones se habla de infección del individuo con el VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana) al referirse al sujeto portador sintomático o no del virus responsable del sida, mientras que se habla del síndrome de inmunodeficiencia Adquirida cuando las enfermedades oportunistas hacen presencia en el enfermo, es decir que el sida puede definirse como la etapa final de la infección con el VIH, la cual una vez que han aparecido las manifestaciones somáticas o psíquicas, no tiene una supervivencia mayor de 24 meses. Debido a la falta de vacuna así como de tratamiento contra el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (sida), la única y a su vez, la mejor medida existente es la prevención, se incluye la difusión del conocimiento actual sobre el tema, formas reales de contagio, fomento de la conciencia individual y grupal sobre la responsabilidad que tiene la sociedad en los procesos de contagio, propagación y actitudes frente al paciente (VIH positivo) y con la manifestación somática del síndrome de inmunodeficiencia Adquirida. Durante los primeros años de presencia del sida la población de todas las clases sociales, razas y religiones ha sufrido la más dramáticas experiencias tanto físicas como psíquicas que han precedido a la muerte del paciente y la desdicha de sus familias, la destrucción de su ambiente social, escolar, universitario, económico, además de la “estigmatización”, la discriminación, el rechazo y repugnancia, aun en los hospitales no especializados en este tipo de problemas.

El paciente seropositivo y asintomático también padece esta tragedia aunque no presente ninguna manifestación orgánica ni psíquica de la enfermedad. El cortejo de reacciones del enfermo con sida es inimaginable por lo variada y compleja, no solo en su manifestación somática sino también la psicológica. El cambio de conducta implica reacciones de agresión, incluso contra si mismo y dentro de ese agobio, miedo, angustia, terror a la muerte inminente, estados depresivos de gran consideración y de difícil tratamiento.

El sida, de todas maneras, causa terror, no sólo por la sinonimia que se establece con la homosexualidad, drogadicción y promiscuidad sexual. La conjunción de todo esto fomenta, crea el rechazo y el desprecio del hogar, contexto social, es evidente y desafortunado que la gente del lugar donde se establece el enfermo, rechace totalmente, aun con violencia, a sus ocupantes y a la institución. La sociedad en todos sus niveles: raciales, culturales, económicos, religiosos, étnicos, se halla profundamente afectada y comprometida con el drama del síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida y al comprometer al individuo , involucra a la familia, a la comunidad, etc. La actividad sexual: Hétero, homo y bisexual cada vez mas estimuladas y promocionadas por los medios de comunicación hablada y escrita.²⁵

En Guatemala, menos del 50% de las personas viviendo con VIH y sida que necesitan con urgencia tratamiento lo recibe, según ONUSIDA. Centro América es la sub-región más afectada, después del Caribe, por la epidemia de VIH y sida en la región de Latino América y el Caribe. Cuatro de los seis países de América Latina con mayores tasas de prevalencia de infección por VIH están en Centroamérica, y en dos de ellos las tasas de prevalencia son superiores al 1%. La epidemia amenaza avanzar sin control a menos que los esfuerzos de prevención en grupos altamente vulnerables, como los trabajadores comerciales del sexo (TCS), los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres (HSH) y las personas privadas de libertad, se intensifiquen.

Veinticinco años después de que se oficializaran en el mundo los primeros casos de sida, la epidemia en Guatemala va en aumento y ataca a todos los grupos sin distinción. En 1984 se notificaron los primeros casos de sida en el país, y en el 2000 comenzaron a darse tratamientos antirretrovirales.

El número de casos entre mujeres se incrementó en los últimos años. No hay un panorama de la magnitud de la enfermedad, porque hay un alto número de casos no registrados.

²⁵ Peñalosa, José H. "Actualizaciones Fundamentales Del SIDA": En Su "Lo Esencial Sobre El SIDA: Para Los Profesionales De La Salud", Ediciones Unidas, Guatemala, 1998. pp76.

De acuerdo con los registros disponibles en el Ministerio de Salud Pública el primer caso de sida en Guatemala se reportó en junio de 1984. Se trataba de un varón homosexual de 28 años de edad, guatemalteco, proveniente de Estados Unidos, sin embargo, es difícil establecer quién fue la persona que inició los contagios localmente (caso primario). Todos los adultos reportados en el país entre junio de 1984 y abril de 1988 fueron diagnosticados en Estados Unidos.

Lo que hace a lo global hace a lo local. Si decimos que mejorar las condiciones de vida en el mundo y hacer de él un lugar más equitativo y menos injusto contribuiría a mejorar la situación del VIH, esto sería igual al hablar del caso concreto nuestro; mejorar las condiciones de vida en Guatemala también posibilitaría una oposición resistente contra la enfermedad. Por eso, el acceso a un empleo digno, a la vivienda, a una sanidad pública universal de calidad, a una educación que favorezca el crecimiento personal y una visión crítica del mundo, y muchas otras cosas más serían elementos que tener en cuenta además de aquellos otros específicos relacionados con la prevención de la transmisión del VIH.

Desde 1,984 a diciembre de 1,999 se han notificado un total de 3,411 casos. Como resultado de limitaciones en el sistema de notificación, se estima que la cantidad de casos durante los quince años que lleva la epidemia es mayor que lo contabilizado. A pesar de ello, las cifras existentes permiten hacer análisis cuantitativos y cualitativos de la situación.

La vía de contagio más frecuente es la sexual y con el transcurso de los años, el número de mujeres ha ido en aumento, lo que ha hecho más estrecha la razón de casos Hombre/Mujer (2.12:1), especialmente en el grupo de 15 a 49 años. Ello ha originado que se conozcan 141 casos de transmisión madre-hijo. La transmisión derivada de transfusiones sanguíneas es la menos frecuente de las documentadas (80 casos).

El departamento de Guatemala reporta más del 50% de los casos, seguido por Izabal y Retalhuleu. Al ubicar geográfica y en forma descendente las tasas

registradas, se conforma un corredor que en uno de sus extremos tiene frontera con México, pasando por la costa sur, sube al centro del país y marca su otro extremo en la Costa Atlántica.

En cuanto a enfermedades oportunistas, la más común es la Tuberculosis. Estudios de corte transversal han mostrado que entre el 5 y 9.3% de los pacientes tuberculosos son VIH positivos y por lo menos el 20% de los pacientes con sida padecen Tuberculosis. A pesar de que en el país la Tuberculosis ha sido un problema que va de moderado a grave, en los últimos años se ha observado un aumento de la prevalencia de dicha enfermedad.

En el ánimo de dar seguimiento a la epidemia, se han efectuado varios estudios de seroprevalencia de VIH. Así, se han estudiado, Trabajadoras Comerciales del Sexo (TCS), Personal del Ejército, Estudiantes Universitarios, Mujeres Embarazadas y parturientas, Reos etc.

De dichos estudios se han establecido seroprevalencias que en el caso de las TCS han registrado para 1998 cifras de 4.7 % para la capital del país y de 11% en Puerto Barrios. Por su parte grupos de conducta de riesgo menor han dado índices que en general no superan el 1%. Ello lleva a concluir que la situación de la epidemia se puede tipificar entre un nivel bajo a concentrado.

Al utilizar las cifras recientes de estudios de seroprevalencia de VIH en mujeres Embarazadas, parturientas o puérperas, mediante procesos de ajuste matemático se pueden hacer estimaciones de la prevalencia de infección en la población general. Dichos cálculos estiman que para 1998 existían por lo menos 30,465 infectados con VIH en todo el país.

Al comparar las cifras de seroprevalencia de VIH con Honduras y Panamá, se encuentra que es probable que la Epidemia se encuentre en una fase de acelerada y de allí que aún es el momento fortalecer las medidas de prevención y control de la enfermedad.

Los varones homosexuales fueron el grupo más afectado al inicio de la epidemia de sida, precisamente porque coincidían en ellos las relaciones sexuales de muy alto riesgo (como el coito anal) y la elevada promiscuidad. Los homosexuales masculinos que practican el coito anal corren el riesgo más elevado, sobre todo en el receptivo, y más aún cuando se mantienen contactos sexuales con varias parejas (promiscuidad homosexual). También hay posibilidad de transmisión del VIH mediante "sexo oral" 7% de los casos de homosexuales.

En nuestro país desde siempre el sexo, la genitalidad y sobre todo la sexualidad han sido temas tabúes, prácticamente ningún joven recibe información de sus padres, que además no permiten que se las proporcionen en las escuelas, alegando que ese es un asunto que debe tratarse en el seno familiar.

Los maestros y maestras continúan hablando de flores, abejas y gallinas para explicar la reproducción y aún con libros de texto explícitos sobre el tema de la sexualidad humana, muchas veces los docentes se "saltan" estas páginas y continúan con el discurso anterior.

Se construye una equivalencia de la sexualidad con lo prohibido, con la transgresión, todo lo cual se hace crítico e inaceptable cuando se trata de una expresión de la sexualidad que no coincida con el fin de la reproducción. En Guatemala la homofobia es por lo tanto, un fenómeno muy anterior a la aparición del VIH y sida, que en ocasiones se manifiesta con expresiones de violencia y en la mayoría con demostraciones de desprecio, de incomprensión y de intolerancia, este problema no es exclusivo de las grandes urbes, se da en todo el país, con muchas variantes, todas ellas lamentables y con muy contadas excepciones, casi siempre en pequeños poblados del interior del país. Tampoco lo es de un grupo social, se manifiesta tanto en las clases humildes como en las pudientes.

Las razones son muchas, destacando la concepción machista del hombre, que ante esta "transgresión" para muchos supuestamente inexplicable, se ve vulnerada, en peligro. Otras razones son la falta de información, de educación, la creación de mitos nacionales.

Los hombres heterosexuales se consideran ajenos al VIH y sida por pensar que es una enfermedad propia de los homosexuales. En un país tan machista como el nuestro, donde la homosexualidad no es aceptada, el sida se torna invisible, inexistente, para unos el sida les es ajeno, a otros les es imposible adoptar medidas de prevención por el miedo de que se piense que eso plantea la posibilidad de que se esté en una condición de riesgo debido a una supuesta preferencia sexual.

Quizás por esta situación de desprecio y a pesar de que la población homosexual es actualmente la más afectada, las intervenciones de prevención dirigidas a este grupo en particular no se realizan, porque además, frente a la obligación de prevenir surge con mayor fuerza el temor a las consecuencias de enfrentar a una sociedad homofóbica, que seguramente interpretaría las campañas como una promoción a estas prácticas poniendo en riesgo a la niñez y a la juventud. En muchas ocasiones en una relación homosexual, el hombre activo no se siente homosexual, conserva su idea de macho por ser quien penetra, el agresor, el que somete al otro hombre, al homosexual, al que recibe, y por ello el que da no se siente en riesgo, hay que considerar que para la población en general, los estereotipos homosexuales son hombres amanerados, que se visten de mujer o que intentan imitarlas en lo posible, hombres que tienen bien definido su rol, inclusive de trabajo, son modistos, peluqueros o decoradores.

Estos estereotipos muchas veces se ven fortalecidos por las manifestaciones organizadas de los homosexuales, como la marcha del orgullo gay, a las cuales una gran parte de los hombres con esta preferencia sexual se abstienen de participar porque no comparten estas expresiones que los acercan en su apariencia a las mujeres.

Así que muchos de estos hombres prefieren mantenerse en el anonimato sexual, ser de "closet", aunque en esto intervienen muchos otros factores que frente a toda esta imagen nacional del homosexual, las mujeres comparten la concepción de que a los hombres con prácticas homosexuales no les gustan las mujeres, no imaginan siquiera que sus maridos, sus hombres, puedan tener

relaciones con otros hombres. Una de las razones es la falta de poder que les impide conocer de manera correcta las manifestaciones de la sexualidad humana y la problemática del VIH y sida. Esa misma falta de poder hace que, aún conociéndolo, no puedan negociar medidas preventivas como el uso del condón, y en esto comparten muchas de las características y vulnerabilidades de los homosexuales pasivos.

El rechazo a la homosexualidad, así como su asociación con el VIH, creó un antecedente social muy negativo que provocó que muchas personas que vivían con VIH y sida tuvieran que ocultar su estado, y que muchas otras que sospechaban ser portadoras del virus decidieran no averiguarlo para no tener que enfrentar una realidad tan temida y tan satanizada, lo cual impidió una respuesta médica y permitió que la enfermedad avanzara y sólo recibiera atención cuando aparecían sus manifestaciones.

La aparición del sida puso en evidencia la homofobia de muchos médicos, que repudian el tener que atender a pacientes que por vivir con el VIH son sospechosos de una conducta sexual "antinatural", son profesionales de la salud que no dudan en asentar la palabra sida en documentos donde es innecesario y aún la estigmatizadora homosexual, desde luego que hay médicos con una gran calidad humana, profesionales de la salud que lo dan todo en beneficio de sus pacientes, que tienen que atender un gran número de enfermos, ante el crecimiento de la enfermedad y por la falta de especialistas en VIH y sida.

Pero hay médicos que se niegan a tratar casos de VIH y sida, no tanto porque sientan temor de adquirir la enfermedad, porque a 25 años de la aparición de la epidemia en Guatemala esto no es justificable, sino porque sienten animadversión por una persona que presumen tiene preferencias no heterosexuales, este rechazo los impulsa a crear barreras o situaciones discriminatorias para la atención. En algunos servicios especializados de las instituciones de seguridad social, atienden hasta al final de la consulta a los pacientes con VIH y sida, o se niegan a atenderlo, alegando que es debido a que si fuera de otra manera, estos pacientes contaminarían el instrumental y aún la

sala en perjuicio de los demás. Este argumento carece de valor científico, pues considerando que el 90% de las personas que viven con el VIH y sida desconocen su estado de salud, el médico no está en posibilidad de saber cuál de sus pacientes tiene el Virus de la Inmunodeficiencia Humana, por lo que es en todos los casos de vital importancia que cumpla con su obligación de esterilizar debidamente el instrumental después de cada uso, y además debe considerar que el virus no se contagia por vía aérea, por lo que es imposible que una persona con VIH/SIDA, contamine la sala y tomando en cuenta que hay otras enfermedades con mayor capacidad de contagio que el VIH.

Desdichadamente esta percepción es compartida por otros médicos que laboran en hospitales privados de primera categoría en la capital del país, aunque alegando que esta medida discriminatoria es para evitar que el paciente con VIH se contamine de pacientes de otros padecimientos. Confesando de paso de esta manera que no realizan las medidas de precaución universal durante y posteriormente a la consulta de cada enfermo.

Esta situación de discriminación y rechazo se observa también entre el personal paramédico, aunque en las grandes urbes, justo es decirlo, ha disminuido; sin embargo, en algunas comunidades inclusive el personal de salud proporciona información que permite que se divulgue públicamente el nombre de quienes obtienen un resultado positivo a la prueba de detección del VIH.

Por estas razones, OASIS que es una organización no gubernamental sin fines de lucro, apoya a la diversidad sexual (mujeres lesbianas, hombres homosexuales, personas bisexuales, y personas transgenero) en todos sus aspectos.

OASIS promueve e impulsa espacios seguros para las comunidades de la diversidad sexual en Guatemala destinados al fortalecimiento de su proceso de emancipación, los derechos humanos y las comunidades de la diversidad sexual. La discriminación y la violencia continúan afectando fuertemente a mujeres y hombres homosexuales, personas bisexuales y personas transgenero en

Guatemala y constituyen desafíos urgentes en materia de derechos humanos. Muchas de las violaciones de los derechos humanos de las personas de la diversidad sexual no son denunciadas debido al temor que les causa exponerse a ser más discriminados públicamente.

Los propósitos de OASIS se centran en: Promover el respeto de los derechos humanos, prevenir la expansión de la epidemia del sida y propiciar el mejoramiento de la calidad de vida de las personas que viven con VIH y sida, es uno de los pocos lugares públicos en los que homosexuales y lesbianas pueden relajarse del estrés que ocasiona la presión social. Allí es común observar más libremente aquellas expresiones como abrazos y besos afectuosos entre los presentes. El trabajo que aquí se hace es muy satisfactorio pues es para el beneficio de la comunidad.

OASIS lleva trabajando diez u once años en cuestiones relacionadas a las poblaciones de homosexuales y lesbianas en Guatemala. Están luchando contra la pandemia del VIH y sida, que en estos momentos ha llegado a niveles preocupantes en nuestro país. Centroamérica se perfila como el siguiente foco de crisis del VIH y sida en América, después del Caribe. Por ello es crucial continuar con el trabajo para reducir el impacto de la epidemia en nuestro país. Con otras organizaciones, desarrollan actividades conjuntas de prevención con escolares y de capacitación para personal de salud en atención de infecciones de transmisión sexual y VIH y sida. Además se trabaja con grupos de base comunitarios como ejemplo: “entre amigos”, “entre mujeres”, y grupos de autoapoyo a personas con VIH y sida llamado Ángeles de Vida. Hasta ahora han logrado funcionar gracias al apoyo internacional. Sin embargo, esas fuentes de financiamiento están disminuyendo en todo el mundo y pretenden aprender a generar nuestros fondos propios. Actualmente se sienten respaldados por la Procuraduría de Derechos Humanos de Guatemala, que ha estado presente en actividades como la caminata gay de julio 2010.

Con el gobierno de Guatemala, sin embargo, la mayor relación que se ha tenido es respecto del VIH y sida y no el tema lésbico, gay, bisexual y transgénero; en todo caso, las políticas del actual gobierno guatemalteco son inconsistentes en todo sentido y carecen de una dirección estable.

En Guatemala existe, por ejemplo, el Programa Nacional de sida, pero esta institución bloquea constantemente el trabajo de la Asociación Coordinadora de Sectores de Lucha Contra el sida, la cual agrupa a las organizaciones no gubernamentales. Un representante de OASIS preside actualmente la Asociación.

Para el Director Jorge López Sologaitoa es importante que disminuyan en Guatemala los altos índices de transmisión del VIH y sida y otras infecciones de transmisión sexual entre "hombres que tienen sexo con hombres"; que mejore la calidad de vida de las poblaciones lésbica, gay, bisexual y Transgénero; y que se logre la libre y armónica coexistencia de éstas con el resto de la sociedad.

1.1.3. Delimitación.

El trabajo de campo fue realizado durante el mes de Febrero de 2011 al mes de Abril del mismo año dentro de las instalaciones de OASIS con personas que asisten a la misma, con visitas previas a la institución para la familiarización con los participantes, la población investigada al iniciar el proyecto consistía en homosexuales masculinos de 17 a 30 años diagnosticados con VIH, dentro del trabajo de campo se descarto la edad inicial de los participantes pues la mayoría de personas que asisten a la institución son personas de más de 20 años en adelante, las condiciones económicas de estos participantes son limitadas para un buen numero de ellos, la mayoría presenta bajo nivel de escolaridad, todos viven dentro de la ciudad y la mayoría viven su sexualidad libremente, las personas que aceptaron participar en la investigación oscilan entre los 20 y 50 años de edad, la mayoría de participantes sobrepasan los 30 años.

CAPÍTULO II.

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS.

2.1. Técnicas.

2.1.1. Técnicas De Muestreo.

2.1.1.1. Población.

La población seleccionada para esta investigación consistió en 15 jóvenes homosexuales masculinos diagnosticados con VIH, que viven dentro de la ciudad de Guatemala y que reciben apoyo en OASIS (Organización de apoyo a una sexualidad integral) durante el año 2011.

2.1.2. Muestra.

Para ejecutar dicha investigación se trabajó con una muestra intencional no aleatoria, contando con la colaboración y aprobación de los participantes.

Jóvenes y Adultos, que oscilan entre los 19 a 50 años, esto se consideró debido a que la población que asiste a la organización pertenece a este rango de edad, siendo un total de 15 personas.

Homosexuales masculinos diagnosticados con VIH, estas características son las más importantes dentro de la muestra, pues el tema de investigación se basa en creencias nucleares prevalecientes en dicha población.

2.1.3. Técnicas De Recolección De Datos.

La investigación que se utilizó en este proyecto es la llamada descriptiva, esta sirvió para describir las características o rasgos del fenómeno de estudio, con esta técnica se selecciono las características fundamentales del objeto de estudio

Los factores del problema que se investigaron fueron las creencias nucleares en los participantes con VIH, la investigación exigió que se investigaran otros factores por ejemplo algunos términos como diversidad e identidad sexual para centrar la investigación en el tipo de población requerido, se investigó la proporción de creencias nucleares además de patrones de crianza que es la base de los esquemas de percepción de los participantes.

y la descripción detallada de sus partes o categorías, en este caso las creencias nucleares.

2.1.4. Técnicas de Análisis Estadístico.

El análisis se trabajó en base a indicadores que muestran la relación de creencias nucleares, emociones y conductas de cada participante. Se utilizaron los datos nominales y ordinales para dicho análisis.

2.2. Instrumentos.

2.2.1. Tabla de Pensamientos Disfuncionales.

Es un cuestionario utilizado en la terapia cognitiva que se maneja para aumentar la destreza en el reconocimiento de los pensamientos automáticos e identificarlos en situaciones determinantes para así responder a las preguntas de investigación. Se basa en estas preguntas: ¿Qué paso por su mente? ¿Qué es lo que le molesta mas de esta situación?, etc. El objetivo de este instrumento es identificar pensamientos automáticos y distorsiones cognitivas, además brinda apoyo terapéutico al brindar respuestas alternas a dichos pensamientos. El Dr. Emilio Quinto Barrera, presenta esta tabla como una forma práctica y útil de identificar pensamientos disfuncionales, elaborada en el año 2005 para Guatemala e incluida dentro de su Manual de Terapia Cognitiva, con esta tabla se recabo información fundamental para la realización del diagrama de conceptualización Cognitiva.

2.2.2. Diagrama de Conceptualización Cognitiva.

Este instrumento se utilizó para trasladar la información con el objetivo de ubicar el pensamiento automático, las emociones, reacciones físicas, conductas que provoca ese pensamiento automático. Este instrumento se utilizó para trasladar la información obtenida de la tabla de pensamientos disfuncionales y llegar a la creencia nuclear.

Se modificó según la necesidad del grupo, este instrumento está basado en la teoría cognitiva conductual de Aaron Beck: que evalúa las cogniciones: etiquetas, significados, predicciones, memorias selectivas, imágenes, percepciones, pensamientos dirigidos a uno mismo, atribuciones de porque las cosas pasan, presunciones, creencias, conclusiones y focos de atención. Este diagrama también fue elaborado por el Dr. Emilio Quinto Barrera, y se utilizó como una forma de sintetizar las situaciones que afectan a los pacientes y ubicar cual es la creencia nuclear predominante, elaborada, fue elaborada en el año 2005 para Guatemala también incluida dentro de su Manual de Terapia Cognitiva.

2.2.3. Historia Clínica.

Su finalidad primordial fue recoger datos del estado de salud, dinámica familiar, relaciones familiares y sociales, acontecimientos importantes en la vida del sujeto relacionados con el diagnóstico, manejo de emociones, conocimiento del diagnóstico, reacciones comunes, autopercepción y percepción del mundo, con el objeto de facilitar la intervención. Se utilizó también para mejorar la comprensión de algunos conflictos que pudieron encontrarse en el paciente. Puede considerarse que la historia clínica es el instrumento básico del buen desarrollo de la investigación, porque sin ella es imposible que el psicólogo pueda tener una perspectiva más amplia de los sucesos que conforman la vida del sujeto.

2.3. Procedimientos:

- Como primera actividad se localizó un centro de apoyo a la comunidad homosexual masculino que esté en riesgo o ya diagnosticados con VIH y sida, se contactó a la Organización de apoyo a una sexualidad integral frente al Sida (OASIS), se hablo con el señor Mario Vinicio Alvarado Villatoro, subdirector técnico de OASIS, quien con la aprobación de Jorge López Sologaitoa director técnico de la institución, proporcionó el espacio para la presente investigación, brindando apoyo en cada una de las etapas de la misma.
- En este espacio tuvo lugar un diagnostico preliminar del área de trabajo el cual propició un acercamiento con la población muestra, que constaba de 15 participantes homosexuales masculinos entre 20 y 50 años que asistieran a OASIS con el fin de establecer rapport e informar sobre el trabajo que se realizaría en la institución, se planificaron los horarios de trabajo con cada participante y fechas para la realización de las entrevistas y para el llenado de la tabla de pensamientos disfuncionales.
- En esta fase se recopilaron los datos de manera individual, por medio de las preguntas estructuradas para la historia clínica con el fin de identificar dentro de las respuestas pautas que nos llevaran a conocer las creencias nucleares o centrales de cada individuo, se fortaleció el clima de confianza entre los participantes e investigadores.
- El llenado de la tabla de pensamientos disfuncionales tuvo lugar para que cada participante escribiera eventos o recuerdos que los llevaron a sentir emociones desagradables o sensaciones físicas molestas que tuvieran en un momento determinado de su vida, siguiendo las instrucciones de la tabla, algunos participantes requirieron la ayuda de los investigadores para el llenado de dicho instrumento.
- Como cierre del proceso de investigación se realizó un taller titulado “Cuidados paliativos” cuyo objetivo general fue lograr que cada uno de los

participantes interactuara, conviviera y aportara herramientas a otros participantes para fomentar la unidad y lograr un mejor panorama de la calidad de vida que pueda alcanzar cada participante. El taller contó con la asistencia de 14 participantes de la investigación y directivos del lugar, se trabajó con técnicas participativas como dinámicas y plenarias las cuales se utilizaron para romper el hielo entre los participantes y para dar a conocer el tema principal del taller propiciando así un espacio para la motivación de las personas que viven con VIH, se tornó más interesante en la medida que se hablaba del tema de cuidados paliativos, lo que más resaltó del taller fue la participación de cada uno de los asistentes, se hicieron presentes algunos temas emergentes como el significado que cada uno le da a la muerte, el miedo a la misma, la fe y la religión, los mitos y verdades acerca de la enfermedad, la importancia de la familia en la reestructuración de vida de las personas diagnosticadas con VIH, etc. Cada uno de los temas fue tratado por los asistentes de forma muy profesional y respetuosa, dando a conocer su punto de vista sin ofender el punto de vista de los otros, escuchando cuando así se requería y opinando de la misma manera, fue un tema que por su valor práctico y teórico aportó información significativa a cada participante que sin duda será difundida y puesta en acción.

CAPÍTULO III.

PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.

3.1 Características Del Lugar y De La Población.

3.1.2 Características del Lugar.

OASIS es una entidad privada no lucrativa, sin afiliación política, ni religiosa reconocida legalmente por el estado de Guatemala, que trabaja desde hace 15 años en la promoción y defensa de los derechos humanos, especialmente aquellos relacionados con la orientación sexual, la identidad de género y el VIH y sida.

Este trabajo lo realizan desde las comunidades de la diversidad sexual (gays, bisexuales, lesbianas, personas Transgénero, transexuales y travestis), en todos sus aspectos. Promueven e impulsan espacios seguros para las comunidades de la diversidad sexual en Guatemala.

3.1.3 Características de la Población.

La población objeto de estudio para esta investigación consistió en 15 homosexuales masculinos diagnosticados con VIH, de 20 a 50 años, que viven dentro de la ciudad de Guatemala y que reciben apoyo en OASIS (Organización de apoyo a una sexualidad integral) durante el año 2011.

El grupo de colaboradores participó y colaboró con la investigación asistiendo a las sesiones pactadas, para los días y horas que se le indicó a cada uno, dichos horarios no interfirieron con sus actividades cotidianas. Cada uno de ellos tuvo la oportunidad de exponer su punto de vista de forma confidencial y de autorizar la información que se utilizaría para este estudio.

3.2 Presentación.

Después de la recopilación de datos a través de la aplicación de técnicas e instrumentos, diseñados y aplicados durante el proceso de investigación y con la ejecución del trabajo de campo, se procedió a la siguiente fase, el vaciado de la información, la cual se llevo a cabo de forma sistemática, de tal manera que se pudiera evidenciar claramente para el lector los resultados que se obtuvieron a través de las entrevistas y el análisis que se trabajó en base a indicadores que muestran la relación de creencias nucleares, emociones y conductas de cada participante. Se utilizaron los datos nominales y ordinales para dicho análisis. Dando como resultado información fácil de evaluar e interpretar para el lector.

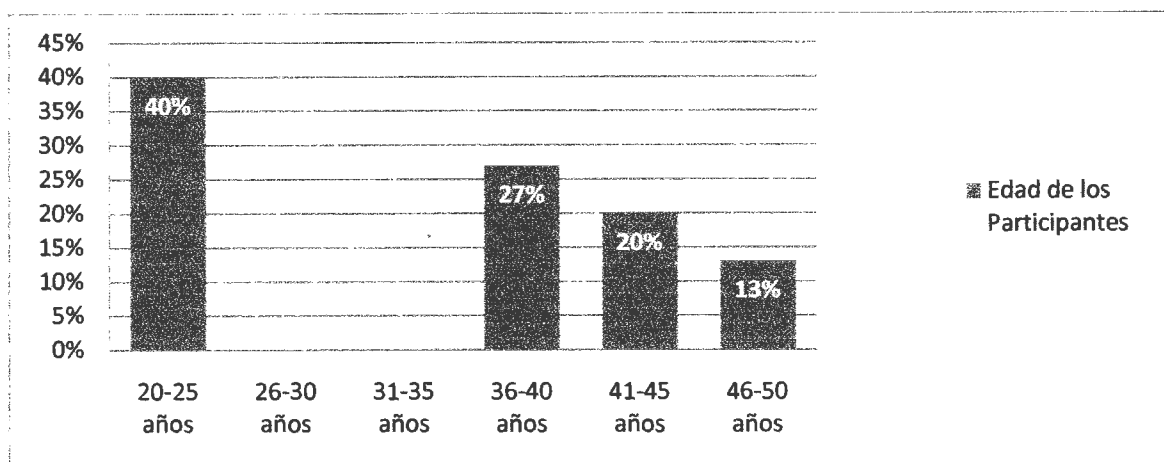
A través de las entrevistas realizadas se logró indagar más acerca de la problemática de la infección, cuáles eran las principales molestias de los participantes, las dinámicas familiares, los principales obstáculos que atraviesan los portadores de VIH pero principalmente la fusión que resulta entre orientación homosexual y el Diagnostico positivo del VIH.

La Tabla de Pensamientos Disfuncionales utilizada en la Terapia Cognitiva sirvió para identificar los pensamientos automáticos en situaciones específicas de cada uno de los participantes, midiendo la intensidad de estos y ubicando las principales distorsiones cognitivas, además se logró identificar las principales respuestas físicas y conductuales de los partícipes en los momentos de estrés. Esta información es el preámbulo del diagrama de conceptualización cognitiva, instrumento que ayudo a ubicar el pensamiento automático, las emociones, reacciones físicas y conductas que provoca este tipo de pensamiento. Este instrumento se utilizó para llegar a la creencia nuclear, se modificó según la necesidad de este grupo y mostró resultados sorprendentes.

3.3 Análisis e Interpretación de los Resultados.

Grafica No 1.

Rango de Edades

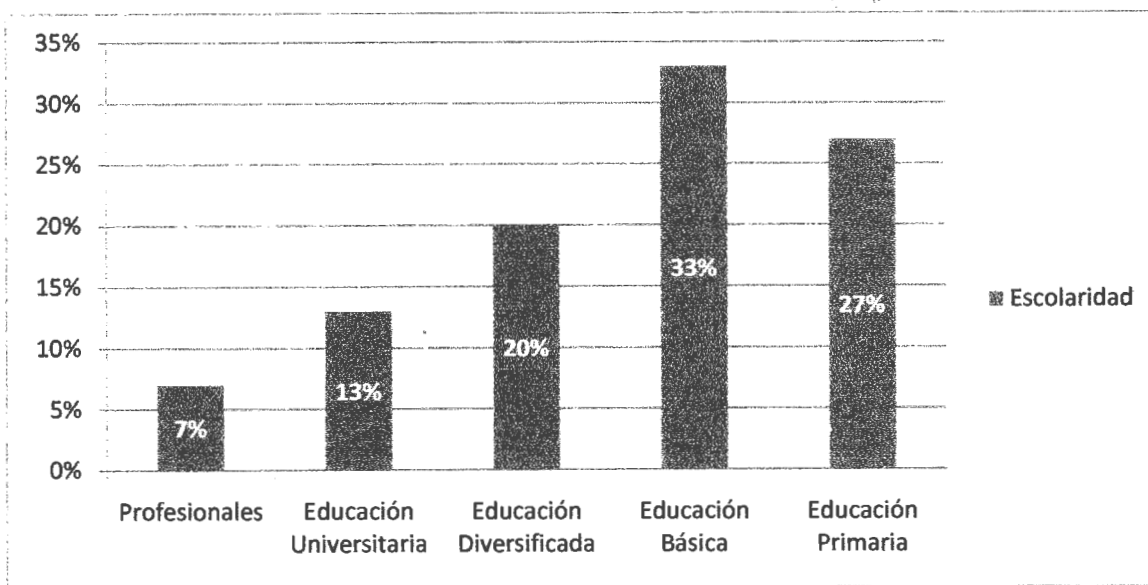


Fuente: Historia Clínica, aplicada a homosexuales masculinos diagnosticados con VIH, de 20 a 50 años, que viven dentro de la ciudad de Guatemala y que reciben apoyo en OASIS durante el año 2011.

Interpretación y Análisis: El mayor grupo de participantes está concentrado entre las edades de 20 a 25 años con un 40% es la población homosexual más vulnerable según esta estadística, son los más jóvenes esto se debe a las múltiples parejas y la falta de responsabilidad en las prácticas sexuales, esto según las respuestas de los participantes cuando se les pregunto ¿Tiene alguna relación afectiva en este momento? Esta directriz se va reduciendo en homosexuales más maduros por ejemplo en los rangos de 26 a 30 años, pareciera que la estabilidad y la fidelidad tomaran más peso en sus actividades sexuales, seguido con un 27% el rango de 36 a 40 años vuelve a desatarse una nueva debilidad esto atribuido a los hombres homosexuales sin relaciones estables y más promiscuos que en su juventud, sin embargo al final de la juventud y al inicio de la adultez más o menos en el rango de los 41 a 45 años esto vuelve a disminuir con un 20 %. A partir de los 45 años los peligros son menores el riesgo a la infección es reducido con un 13%. Esto significa que hay una fuerte tendencia de infección en homosexuales jóvenes y una baja en homosexuales maduros.

Grafica No 2.

Escolaridad de los Participantes.

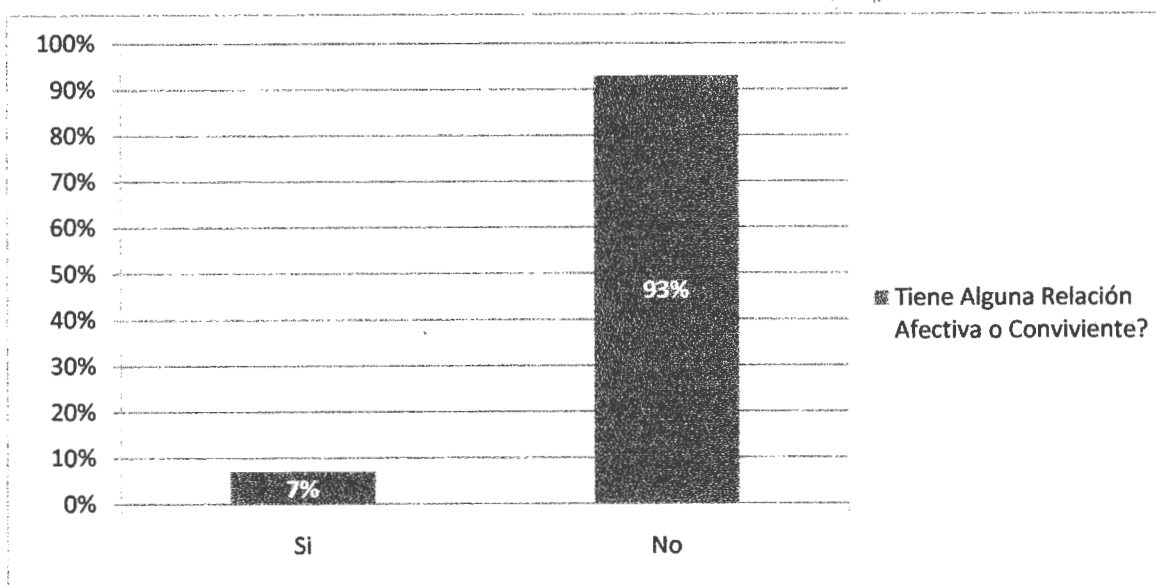


Fuente: Historia Clínica, aplicada a homosexuales masculinos diagnosticados con VIH, de 20 a 50 años, que viven dentro de la ciudad de Guatemala y que reciben apoyo en OASIS durante el año 2011.

Interpretación y Análisis: Dentro de la población entrevistada descubrimos que el mayor porcentaje 33% tienen solamente una educación básica, luego con un 27% los participantes cuentan con una educación primaria, La infección del virus del VIH se ha proliferado en gran parte a la ignorancia acerca de la enfermedad según informes proporcionados por la organización OASIS por ello las personas con una educación mínima son más vulnerables que las que tienen acceso a un nivel educativo superior. Dejando con un 20% a los que cuentan con la educación diversificada, un 13% de la muestra son universitarios, y solo un 7% de los participantes son profesionales. El nivel de escolaridad es una variable importante en el estudio, dado que la probabilidad de infección disminuye a medida que aumentan los años de escolaridad, podemos pensar que si hubiéramos trabajado con sujetos de nivel escolar más bajo, el índice hubiese sido mayor, sin embargo no se descartan que la vulnerabilidad en otros niveles sigue siendo latente.

Grafica No 3.

Núcleo Familiar



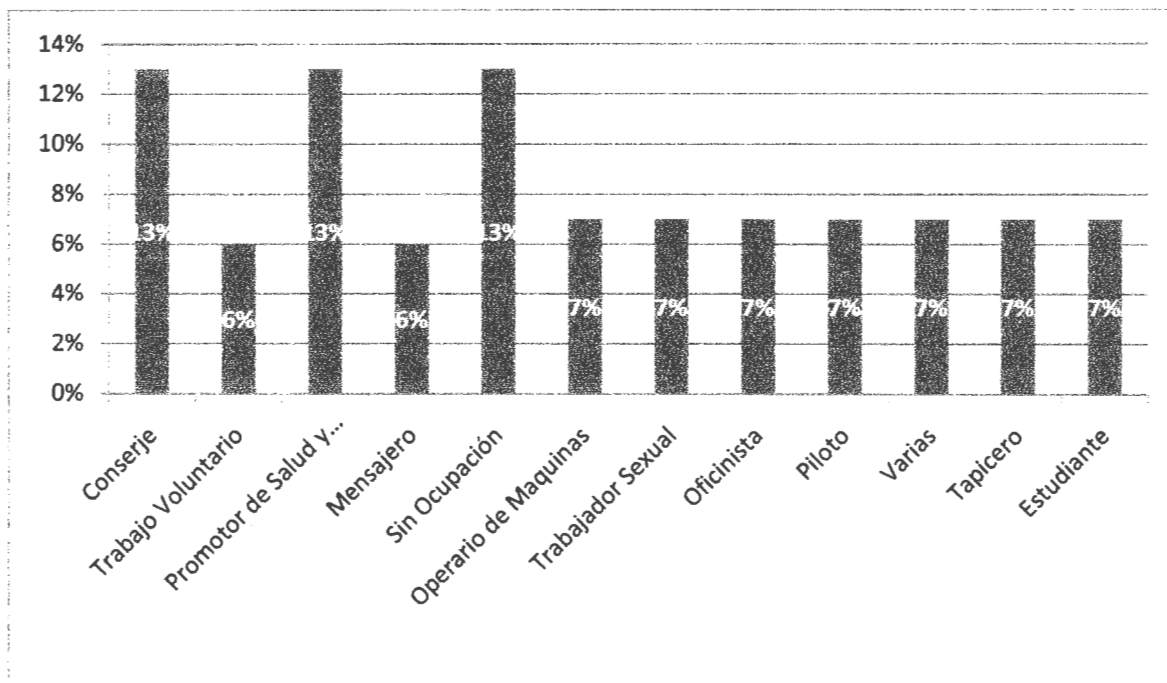
Fuente: Historia Clínica, aplicada a homosexuales masculinos diagnosticados con VIH, de 20 a 50 años, que viven dentro de la ciudad de Guatemala y que reciben apoyo en OASIS durante el año 2011.

Interpretación y Análisis: Las relaciones afectivas en parejas homosexuales es un tema complicado ya que no cuentan con modelos establecidos. La relación no puede extrapolarse de la heterosexual, los componentes de la pareja cuentan con otras características completamente “diferentes”. Dentro de la población seleccionada logramos establecer que el 93% de los participantes no tiene una relación afectiva y solo el 7% mantiene una relación con un conviviente, es difícil llegar a la estabilidad y compromiso de una relación, esto se complica más cuando existe un diagnóstico positivo de VIH según refieren los participantes se vuelve el obstáculo número uno para intentar entablar una relación. Lo que los desmotiva de gran manera y los obliga a llevar esta situación ellos solos además de ser la enfermedad tan estigmatizada pues sucede que conocen a alguien y son mutuamente atraídos, pero al momento de decirle a la pareja que es VIH positivo la otra persona se aleja por miedo a un contagio, o porque el diagnóstico se mantuvo en secreto, por eso dentro de la investigación algunos participantes refieren que no es posible que ellos puedan

encontrar una pareja estable sin embargo tampoco es imposible siempre y cuando el diagnóstico se maneje con responsabilidad y dentro de una relación se tomen en cuenta también todos los cuidados que conlleva el diagnóstico, como refiere Viktor Frankl “el segundo camino para descubrir se produce mediante la aceptación de una donación de la existencia, por ejemplo, la conmoción interior provocada por la belleza de una obra, el esplendor de la naturaleza, o por sentir (por el amor) el cercano calor de otro ser humano” Elizabeth Lukas (logoterapeuta) refiere que “nuestras acciones determinan lo que somos, y por lo tanto nos definen. Si doy cariño, recibo cariño, y a la vez me defino yo misma/o como una persona cariñosa, y si el otro me reconfirma como persona cariñosa, más a mi favor”. Y es por eso que para los participantes la situación de soltería se vuelve un factor importante, pues sentirse amados también ayuda a una reestructuración de vida.

Grafica No 4.

Ocupación de los Participantes.



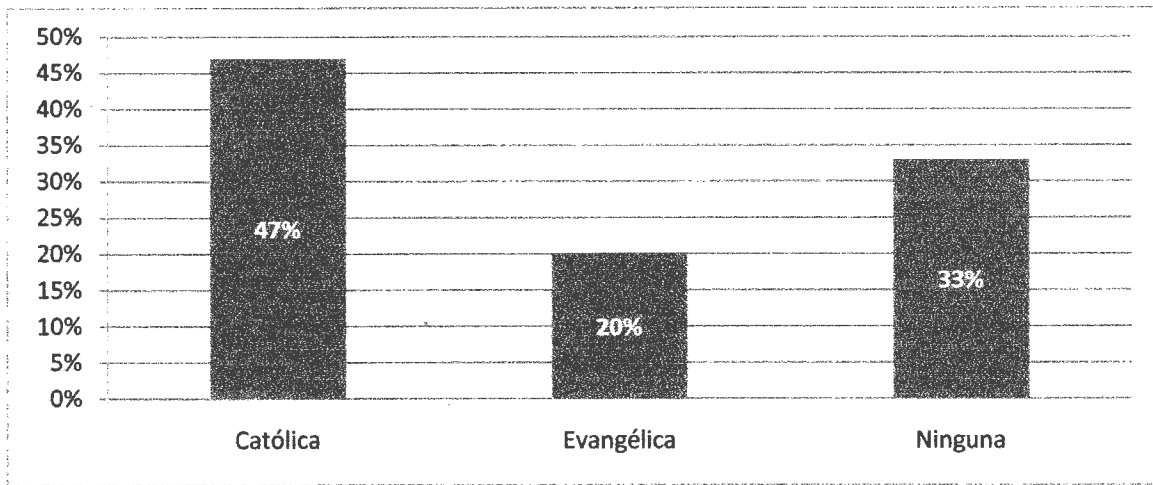
Fuente: Historia Clínica, aplicada a homosexuales masculinos diagnosticados con VIH, de 20 a 50 años, que viven dentro de la ciudad de Guatemala y que reciben apoyo en OASIS durante el año 2011.

Interpretación y Análisis: La ocupación de los participantes está distribuida en su mayor parte con un 13% en promotores de Salud y Prevención del VIH, otro 13% de ellos se dedican a la conserjería, esto se debe en gran parte a la búsqueda de sentido de vida que cada ser humano tiene, para este grupo de participantes les resulta muy oportuno satisfacer la necesidad de ayuda en otros iguales, es este sentido se puede hablar de vacío existencial “que se manifiesta principalmente en un estado de tedio o aburrimiento, en la actualidad el hastío genera más problemas que la tensión y, desde luego, envía a más personas a la consulta con el psicólogo, si se rastrearán algunos pocos casos de suicidio nos topáramos al final del camino con ese vacío existencial” es por esto que los participantes que se ocupan tienden a sentirse mejor y a tener un sentido de vida que a cada uno le es reservado, en este tipo de casos el apoyar a otras personas con el mismo padecimiento hace que los participantes se sientan mejor y esperen bienestar en el futuro basándose en la premisa “El que tiene un porqué para vivir, puede soportar cualquier como”(Nietzsche). Con un 7% las ocupaciones van desde Operarios de Maquinas, Oficinistas, Pilotos, Tapiceros, y Estudiantes, que son los participantes que enmascaran la situación y buscan de alguna manera trabajos que no requieran poner mayor atención a la situación del diagnóstico. Un 6% de los participantes se ocupan en voluntariados y Mensajerías, mientras que un 13% no tienen ocupación alguna y otro 6% se dedican a varias actividades.

Este último grupo presenta un vacío que se muestra bajo disfraces, la supuesta indiferencia no es más que el propio temor a perder el sentido de vida. A veces, la frustración de la voluntad de sentido se compensa mediante la falta de voluntad misma para este grupo de participantes el diagnóstico les quita toda motivación de seguir adelante y de esperar lo inevitable

Grafica No 5.

Religión de los Participantes



Fuente: Historia Clínica, aplicada a homosexuales masculinos diagnosticados con VIH, de 20 a 50 años, que viven dentro de la ciudad de Guatemala y que reciben apoyo en OASIS durante el año 2011.

Interpretación y Análisis: La población muestra un porcentaje del 47% profesar la religión católica, un 33% no profesa ninguna religión y solo el 20% profesa la religión evangélica. Existe la creencia que el VIH es un castigo de Dios para los participantes les fue muy difícil separar una situación de la otra, máximo cuando sus líderes religiosos recalcaron este enunciado y los pusieron en una situación de abandono, muchos de ellos optaron por refugiarse en la iglesia sin importar si eran evangélicas o católicas, otros tantos optaron por no profesar ninguna de las dos, consideraban que dentro de estas instituciones no encontrarían el apoyo necesario para sobrellevar la situación.

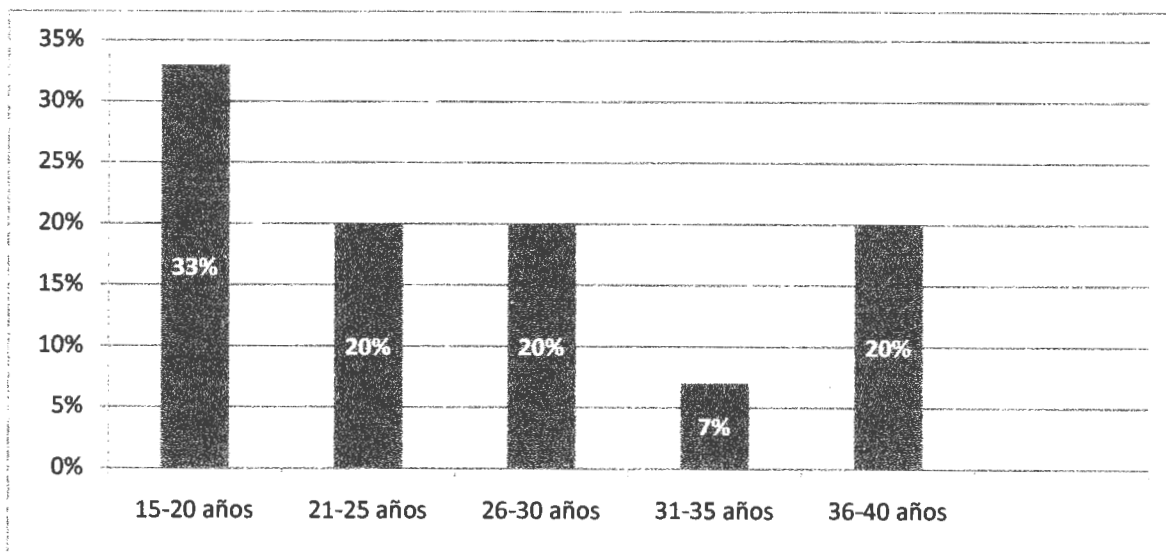
Cómo abordar la problemática VIH sin hablar de moral, cuando el primer impacto que sufrió la humanidad al conocer la nueva enfermedad fue su supuesta ligazón con formas de vivir censuradas por la mayoría por "inmorales". Uno de los primeros folletos que circuló en América Latina hablando sobre la pandemia, rezaba: "El sida es el nuevo problema moral del mundo."

Sin embargo, es cierto que la búsqueda humana de sentido y de valores puede nacer de una tensión interior y no de un equilibrio interno, ahora bien

precisamente esa tensión es un requisito indispensable de salud mental. Viktor Frankl creador de la Logoterapia (terapia del alma) afirma “me atrevería a pensar que nada en el mundo ayuda a sobrevivir, aun en las peores condiciones, como la conciencia de que la vida esconde sentido”, el creer en un ser superior y tener la plena confianza en que Dios reconforta a la persona enferma motiva a los participantes a congregarse en un grupo religioso, Según la logoterapia, la dimensión espiritual implica la chispa divina que llega a nosotros y nos es esencial en la toma de una decisión más consciente. Víctor Frankl le llama presencia ignorada de Dios. De aquí que la ubique en y la conceptualice como dimensión espiritual; dimensión en donde tomamos nuestras decisiones y responsabilidades de nuestra vida: elegimos, nos responsabilizamos y decidimos si nos oponemos a nosotros mismos, a nuestros condicionamientos, a nuestra comodidad. Es en esta dimensión en donde tomamos la decisión de elegir la clase de persona que deseamos llegar a ser y es en esta dimensión también donde las personas VIH positivas pueden elegir entre ser responsables consigo mismos apegándose al medicamento, alejándose de conductas autodestructivas, etc

Grafica No 6.

Edad Al Momento Del Diagnóstico.

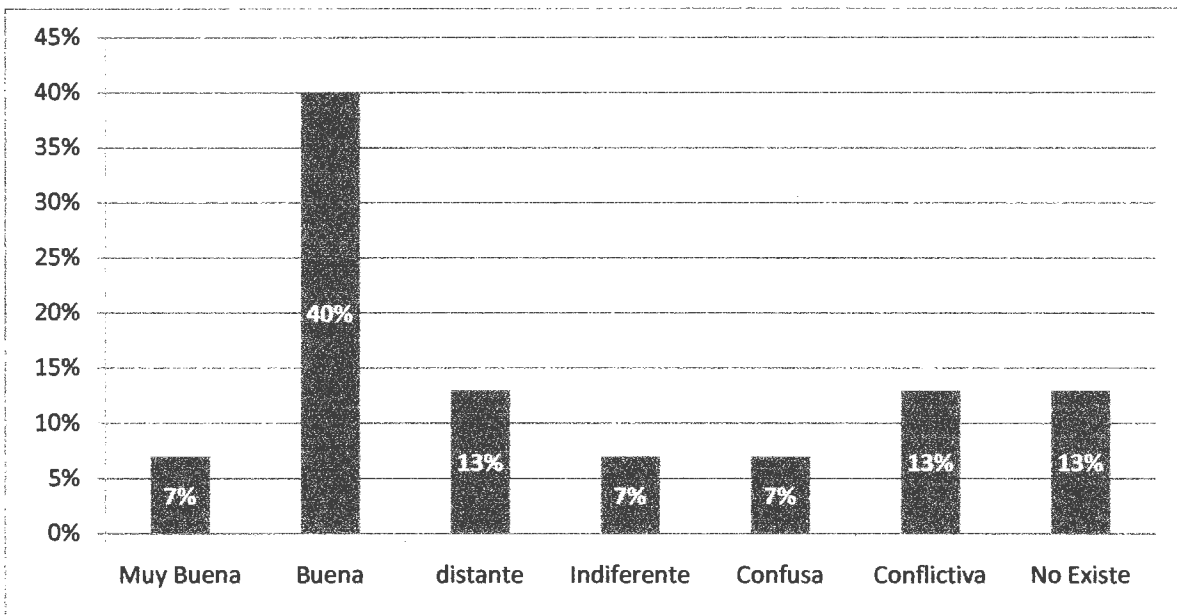


Fuente: Historia Clínica, aplicada a homosexuales masculinos diagnosticados con VIH, de 20 a 50 años, que viven dentro de la ciudad de Guatemala y que reciben apoyo en OASIS durante el año 2011.

Interpretación y Análisis: Las edades más frecuentes en las que se obtiene el diagnóstico positivo de VIH son de un 33% para los más jóvenes en un rango de 15 a 20 años. Los hombres que practican sexo con otros hombres (HSH) que oscilan entre estas edades continúan situándose en el centro de la epidemia. Luego la población que es más vulnerable con un 20% es con un rango de 21 a 30 años y de 36 a 40 años. Además de esto, entre los homosexuales más jóvenes, se observa un despunte de la infección, lo que ha hecho saltar las alarmas entre las autoridades sanitarias y las ONG en Guatemala, al parecer lo que ocasiona tal proliferación es la falta de información y la promiscuidad que no solo afecta a los homosexuales jóvenes sino a los que tienen relaciones con ellos, homosexuales maduros en la mayoría de casos, dando como resultado un fenómeno extraño en la población de 31 a 35 años en la que solo un 7% siendo ellos lo menos afectados.

Grafica No 7.

Dinámica Familiar.

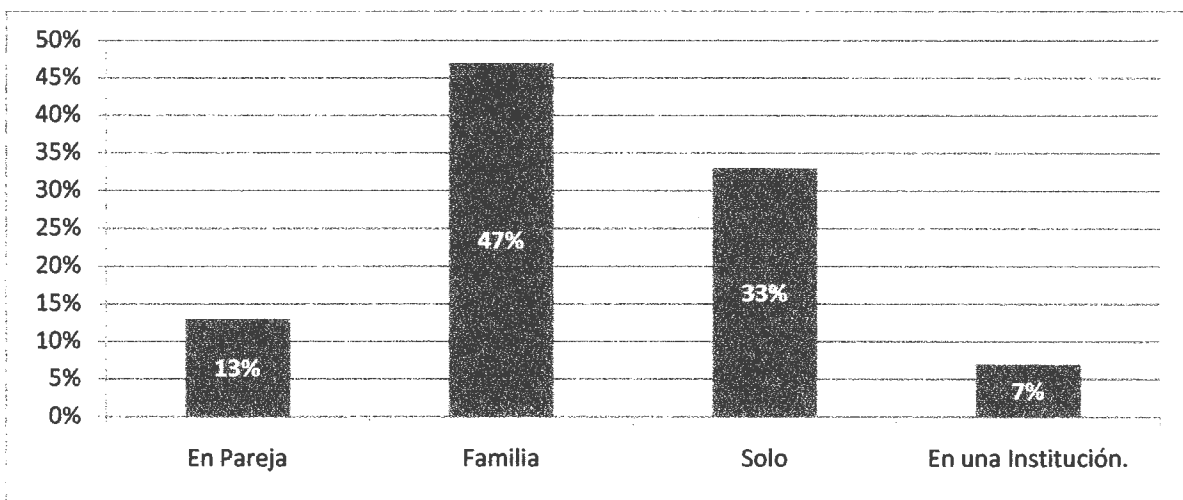


Fuente: Historia Clínica, aplicada a homosexuales masculinos diagnosticados con VIH, de 20 a 50 años, que viven dentro de la ciudad de Guatemala y que reciben apoyo en OASIS durante el año 2011.

Interpretación y Análisis: Al realizar las entrevistas con los participantes se descubrió que el 40% maneja una buena relación con sus familiares, porque dicha dinámica está más ligada a su orientación sexual y no a su diagnóstico positivo como VIH. Así que los participantes que fueron aceptados desde un principio vieron el diagnóstico como una posibilidad de reestructuración de vida. Mientras que las familias que dieron la espalda a los otros participantes por su condición homosexual vieron el diagnóstico como una profecía de su mala elección dando como resultado que el 13% llevan una relación conflictiva, otro 13% tienen una relación distante y para otro 13% no existe ningún tipo de relación. Por tanto las relaciones familiares estuvieron basadas previo al diagnóstico y aseveradas ante esta nueva situación. A un porcentaje del 7% le es indiferente, para otro 7% es confusa y un 7% de los participantes manejan una muy buena relación con su familia. El papel que juega la familia en el proceso de construcción y aceptación de la orientación sexual es de vital importancia y determinante para el desarrollo del homosexual y para sobrellevar el diagnóstico de una mejor manera, apegarse al medicamento, contar con apoyo en la toma de decisiones, etc.

Grafica No 8.

Con Quien Vive En Este Momento.

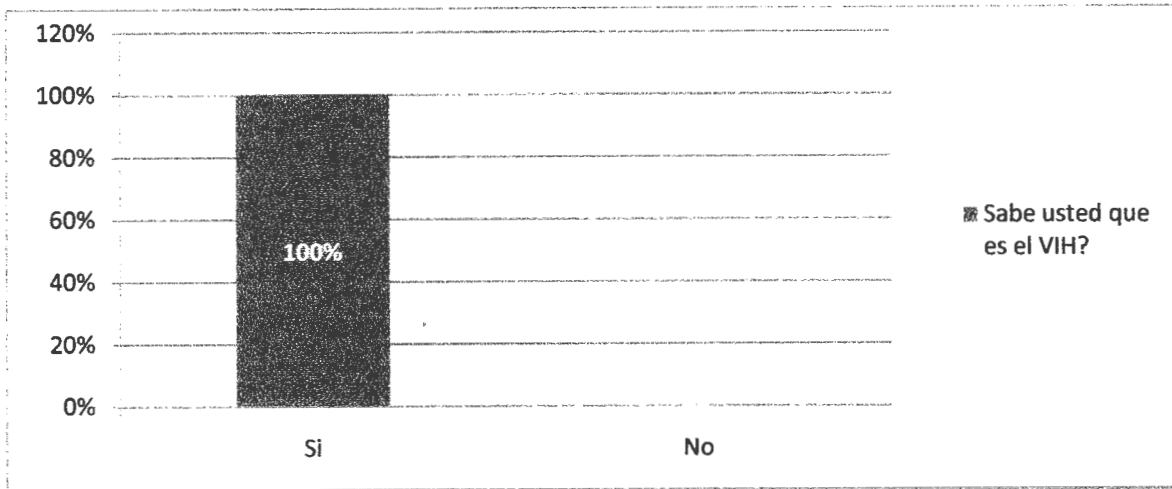


Fuente: Historia Clínica, aplicada a homosexuales masculinos diagnosticados con VIH, de 20 a 50 años, que viven dentro de la ciudad de Guatemala y que reciben apoyo en OASIS durante el año 2011.

Interpretación y Análisis: La nueva situación a la que se adaptan los portadores de VIH les impide ver con claridad lo que requieren para su nuevo estilo de vida, algunos optan por aislarse y buscar independencia, argumentando que no necesitan de nadie y no quieren ser víctimas de "lastima", así es como el 33% de los participantes decidieron vivir solos. Otro porcentaje del 47% se refugia en la familia y se estrechan los lazos fraternos y resulta muy oportuno para su nueva adaptación. Un porcentaje menor del 13% viven con su pareja y esto resulta ser un sube y baja de emociones, que intensifica por lo general las crisis de los pacientes. También existe un porcentaje del 7% que vive en Instituciones con otros portadores como ellos, que tienden a deprimirlos y violentarlos más; en la investigación las personas que se encuentran viviendo en una institución y que no están pasando por una situación tan difícil como los otros que ya están frente a la fase de sida refieren que lo que hacen es colaborar en la institución y brindar ayuda y acompañamiento de gestiones como inscripciones a los hospitales, comprar medicina, atender en los cuidados higiénicos a los pacientes, en un caso de la investigación una persona que vive en un albergue para personas con VIH es la que colabora con salir a las calles y pedir recursos para la institución por ejemplo comida en establecimientos comerciales como mercados y carnicerías, también cocina para el albergue y acompaña a otros pacientes en sus citas del seguro social, Por tal razón concluimos que la convivencia y el lugar donde se desarrollan los portadores son de vital importancia para el manejo adecuado o no de la enfermedad.

Grafica No 9.

Conocimiento del VIH

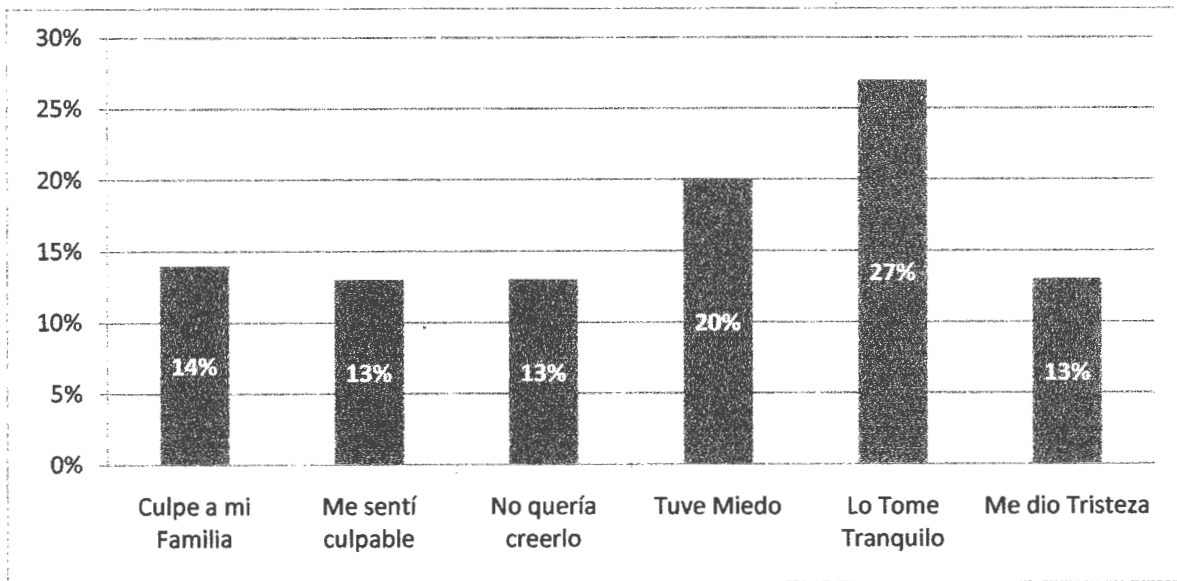


Fuente: Historia Clínica, aplicada a homosexuales masculinos diagnosticados con VIH, de 20 a 50 años, que viven dentro de la ciudad de Guatemala y que reciben apoyo en OASIS durante el año 2011.

Interpretación y Análisis: Dentro de la muestra de la investigación determinamos que el 100% de los participantes, hoy por hoy están conscientes de que es el VIH. A pesar que aun existen incertidumbres o situaciones no muy claras acerca de la enfermedad para los portadores de VIH. Es un hecho que hoy se preocupan más de lo que representa la enfermedad en sus vidas que lo que les interesaba antes de ser portadores. Las personas infectadas por el VIH experimentan una profunda conmoción por la irrupción de la enfermedad y por la amenaza que representa este estado biológico particular; vivir siendo portador del VIH, supone como lo afirman los autores Carricaburu y Pierret experiencias muy diversas que pueden manifestarse por trastornos profundos en la organización de la vida, por cambios poco visibles o incluso por un status diferente. Estas personas se enfrentan a una situación que deben saber manejar para seguir adelante con su vida, enfrentar la incertidumbre y los riesgos que esta les impone, deben integrar la seropositividad como una parte de sí mismos en la propia historia y admitir los límites y restricciones que ella supone y que les impone también informar a otras personas acerca de la enfermedad y hacer que el pensamiento errado que se tiene sobre el VIH cambie

Grafica No 10.

Emociones Presentadas al Saber el Diagnóstico.

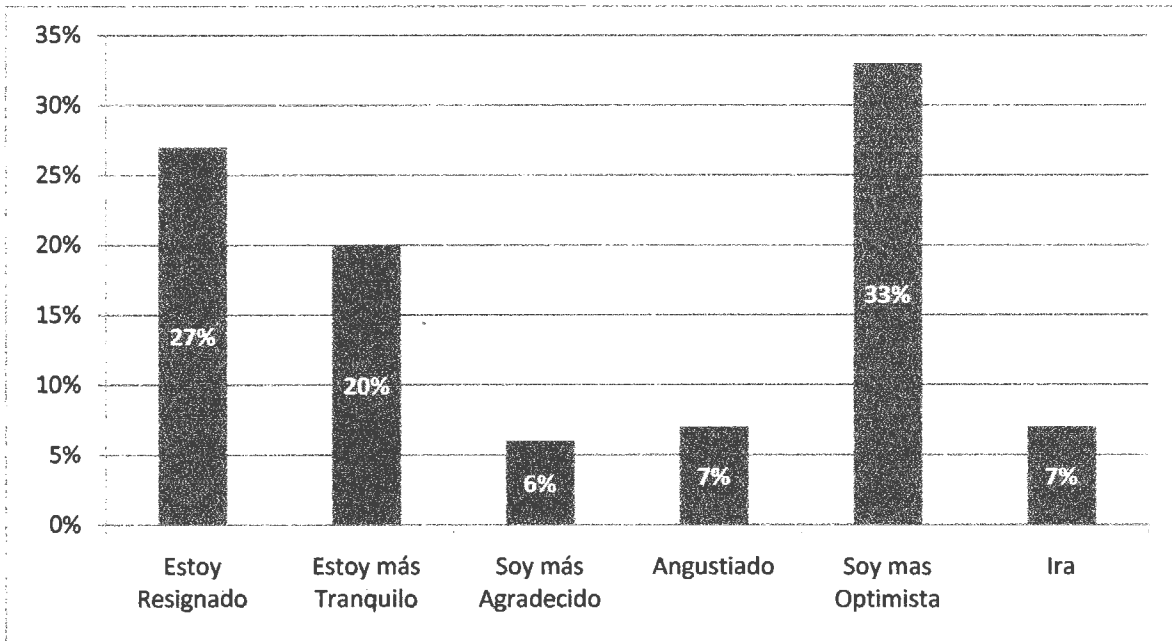


Fuente: Historia Clínica, aplicada a homosexuales masculinos diagnosticados con VIH, de 20 a 50 años, que viven dentro de la ciudad de Guatemala y que reciben apoyo en OASIS durante el año 2011.

Interpretación y Análisis: Afrontar el diagnóstico por VIH y sida implica reacciones emocionales como respuesta a las múltiples exigencias que debe asumir la persona al recibir el diagnóstico, dentro de las respuestas de los participantes se obtuvo un porcentaje del 27%, quienes lo tomaron de forma tranquila, se debió a que ya existían antecedentes de información acerca de la infección y sobre el sida, un 20% tuvo miedo al no tener consciencia de lo que vendría después, el 14% culpo a su familia, por el hecho de no tener su aceptación desde el principio respecto a su orientación sexual, un 13% de la muestra se sintió culpable del diagnóstico y reconoció su falta de responsabilidad. Otro 13% no podía creerlo, se negaban rotundamente a entenderlo e incluso practicaron una segunda y tercera prueba para estar totalmente seguros. Finalmente el otro 13% reaccionó con tristeza ya que aunque sabían que corrían el riesgo, siempre se esperanzaron con la posibilidad de salir negativos en su prueba.

Grafica No 11.

Emociones En La Actualidad.



Fuente: Historia Clínica, aplicada a homosexuales masculinos diagnosticados con VIH, de 20 a 50 años, que viven dentro de la ciudad de Guatemala y que reciben apoyo en OASIS durante el año 2011.

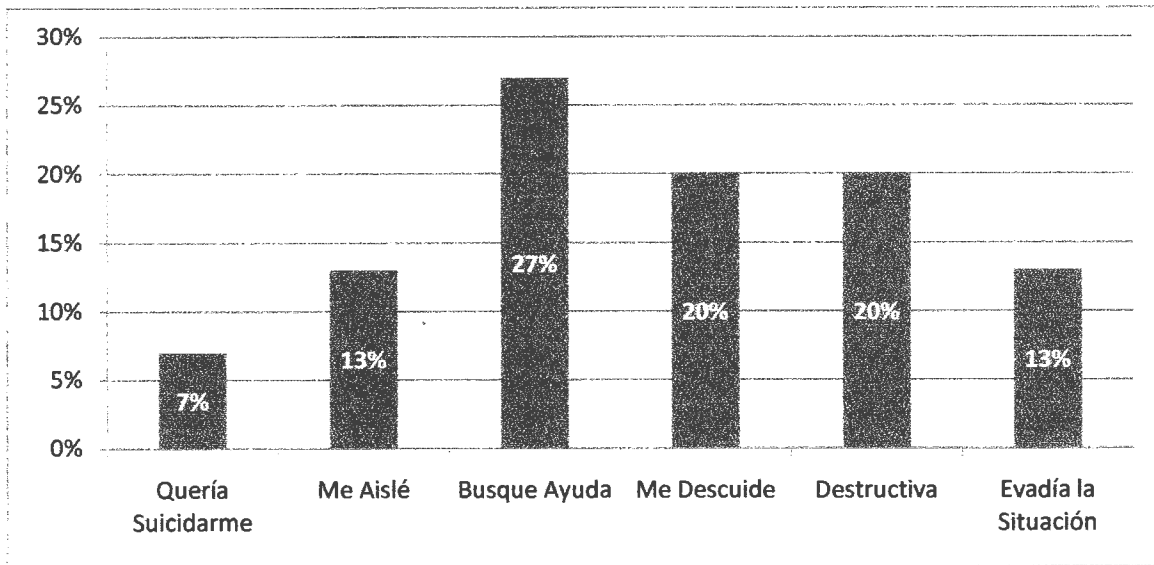
Interpretación y Análisis: La mayoría de participantes coinciden en un cambio significativo del día que recibieron su diagnóstico al día de hoy, descubrimos que el 27% de ellos hoy por hoy se encuentran más resignados, ven la enfermedad como un nueva forma de existencia otro 20 % se sienten más tranquilos en relación a las primeras reacciones que provocó el diagnóstico. Un 6% se sienten más agradecidos y esperanzados tomando en cuenta el tiempo que ha pasado después de la noticia alrededor de uno a 26 años, tiempo en el que han asimilado su condición y han optado por buscar apoyo social, por ejemplo asistiendo a grupos de Auto-apoyo: espacio que brinda herramientas que facilitan el proceso de auto-aceptación y motivación de los participantes, al sentirse identificados con otras personas con condiciones iguales o similares, además son muchos los procesos que acompañan a los participantes para un verdadero cambio de esquema así pues se necesita un proceso de duelo ante la pérdida de salud, para aceptar al final que no todo está perdido, Un 33% de los participantes

se sienten más optimistas presentan más motivaciones y deseos de seguir intentando rehacer sus vidas e incorporar nuevos hábitos en pro de su bienestar intentan aprovechar al máximo las experiencias a futuro, otros se centran en la búsqueda de soluciones alternativas como actividades que de alguna manera ayudan a liberar tensiones y pensar en lo mejor que puede hacer para superar la situación, además de apoyar a otras personas bajo las mismas condiciones brindando información sobre el diagnóstico.

En la mayoría de los pacientes el sentimiento de venganza a quedado vedado apoyándose en la religión y en la construcción de la fe como estrategia para hacer frente al diagnóstico, es notable el hecho de cómo los pensamientos positivos motivan a los participantes a seguir adelante y a llevar a cabo sus metas así como también pensar en el bienestar psicológico para sentirse mejor en el futuro, las ideas suicidas han quedado atrás en la mayoría de casos al recibir información verídica acerca del diagnóstico de VIH y su tratamiento, además de los cuidados que ésta requiere para optar a la calidad de vida que deseen. Pero no todo ha sido positivo, un porcentaje del 7% sigue manejando ira y angustia ante las condiciones, ya que lo inevitable para ellos esta por llegar y día, día ven frustrados sus intentos de sobrellevar la situación. algunos participantes no creen haber cambiado su forma de pensar y sentir acerca del tratamiento, se niegan a pensar en forma positiva y a realizar actividades que les proporcionen bienestar, se aferran a negar su condición y actúan como si nada hubiera pasado, otros siguen encaminados a sentirse culpables y a culpar a su familia o amigos esto sucede en mayores proporciones cuando la infección se ha producido por vía sexual es muy difícil que la persona portadora de VIH no piense en la venganza como medio de tranquilidad lamentablemente superficial, ya que el bienestar que pueden sentir al infectar a otra persona solo perdura un momento y se esfuma, dejando aun más elevado el sentimiento de culpa.

Grafica No 12.

Conducta Presentada al Saber el Diagnóstico.



Fuente: Historia Clínica, aplicada a homosexuales masculinos diagnosticados con VIH, de 20 a 50 años, que viven dentro de la ciudad de Guatemala y que reciben apoyo en OASIS durante el año 2011.

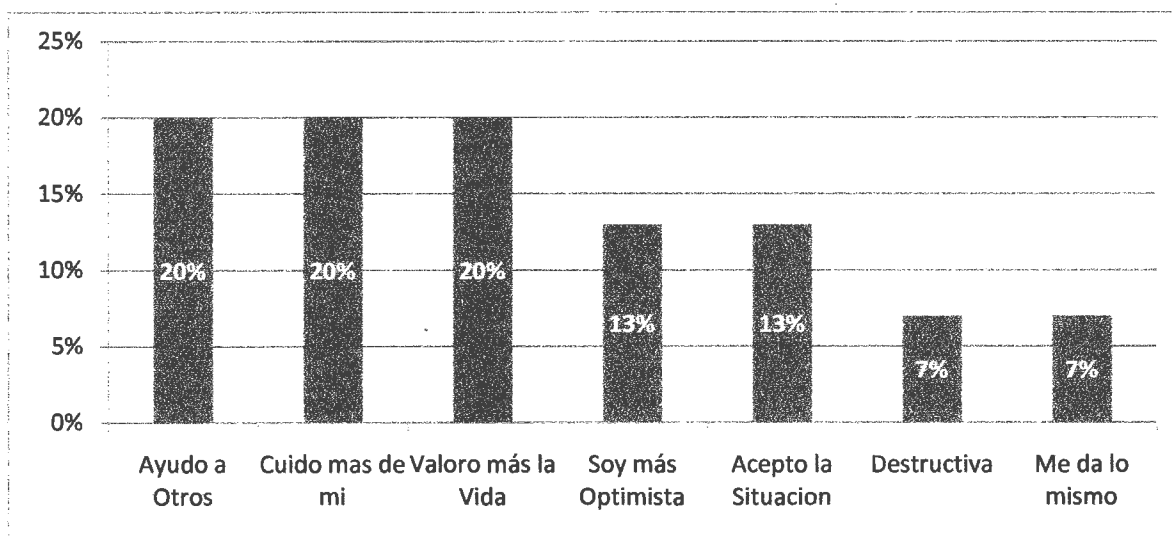
Interpretación y Análisis: Sentirse enfermo es un proceso complejo en el que intervienen diversidad de factores: perceptivos, cognitivos, emocionales y conductuales. Son pocas las conductas motivadas directamente por la propia enfermedad, por un lado la experiencia del propio individuo, la atribución que se hace de los síntomas y signos que se sufren, que pueden ser muy catastróficas y amenazantes dependiendo, entre otras cosas, de lo aprensivo que sea el sujeto. También el estado emocional del que ya hablamos anteriormente resulta decisivo, así como la reacción que tengan los demás ante la enfermedad.

Todo este sinfín de aspectos que no dependen únicamente del diagnóstico y lesión experimentada conforman la conducta de los participantes, evaluando estos factores se encontró que un gran porcentaje 27% busco ayuda y decidió enfrentar la enfermedad con estrategias que les permitiera comprender y entender como era la infección, buscaron grupos de auto-apoyo y atención medico hospitalaria si era necesaria, otro porcentaje del grupo 20%, optaron por conductas autodestructivas al no cuidarse a sí mismos, aumentando el

consumo de drogas como el alcohol o el cigarrillo, siguiendo con conductas sexuales irresponsables que pueden provocar una re-infección, otros disminuyendo el consumo de alimentos, cayendo en riesgo al no buscar ayuda en clínicas integrales donde se puede acceder al medicamento antirretroviral, otros que si tenían el acceso al medicamento no se apegaban al mismo poniendo como excusa los efectos secundarios que provoca, no siguiendo al pie de la letra las instrucciones de un medico ni llevando a cabo la práctica de conductas higiénicas adecuadas, otro porcentaje del 13% actuaron de forma pasiva, buscando aislarse de la familia y conocidos, encaminados al abandono igual o más que el otro 13% que opto por evadir la situación y mostrarse indiferentes ante su diagnóstico; se dedicaron a perder el interés en las cosas cotidianas, como el trabajo o estudio y otras actividades, así es que mientras sus esquemas fueron más asociados a vivencias positivas el diagnóstico pudo ser tomado con mayor responsabilidad y a medida que los esquemas son asociados a vivencias negativas como es el caso de la mayoría de participantes dio como resultado fomentar actitudes irresponsables y autodestructivas tan extremas como el 7% restante que tuvo conductas suicidas al momento del diagnóstico, por ende, “los pensamientos y comportamientos resultantes tienen un carácter adaptativo o no en la medida en que no se adecuen a la realidad objetiva del participante”.

Grafica No 13.

Conducta En La Actualidad



Fuente: Historia Clínica, aplicada a homosexuales masculinos diagnosticados con VIH, de 20 a 50 años, que viven dentro de la ciudad de Guatemala y que reciben apoyo en OASIS durante el año 2011.

Interpretación y Análisis: Los participantes refieren que el cambio de conductas ha sido positivo en algunos de los casos, el 20% de ellos se preocupan cada vez más por su salud en la medida que toman conciencia de su bienestar y la iniciativa de cambiar, optan por omitir las conductas de riesgo, disminuyendo la ingesta de alcohol u otras drogas, apegándose al medicamento, aunque, se conoce que se presenta como algo muy difícil para los portadores de VIH ya que los efectos secundarios que se manifiestan con diarreas, vómitos, sudoración y otros síntomas, impiden muchas veces que se obtenga disciplina en cuanto al medicamento y su utilización.

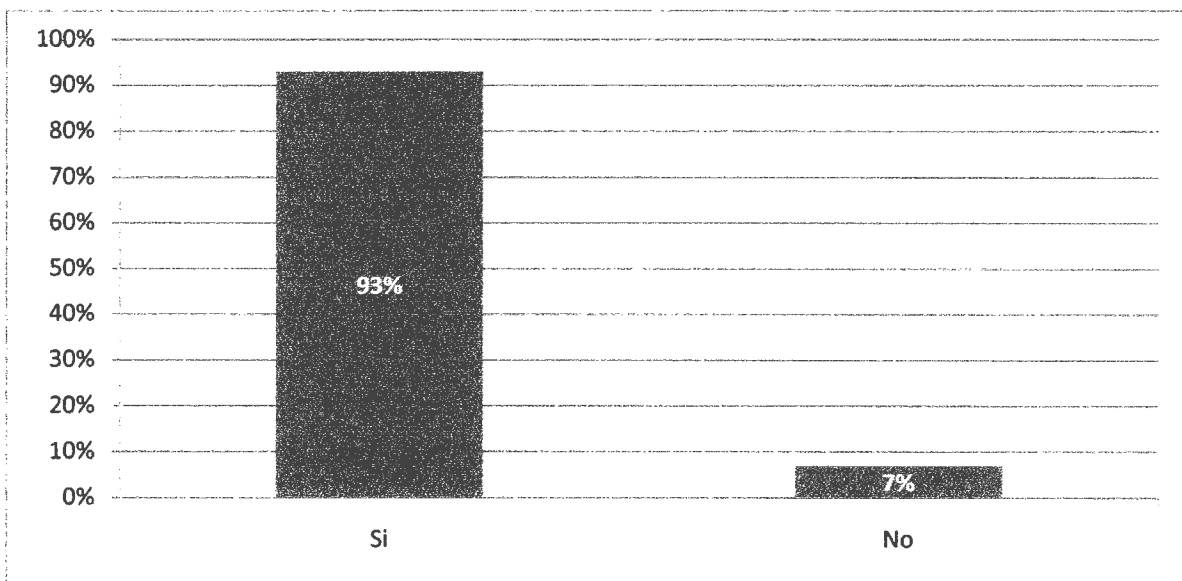
Otros 20% de los participantes ayudan a otros, valiéndose de la motivación se han dedicado a fomentar la difusión del conocimiento actual sobre el tema como por ejemplo formas reales de contagio, fomento de la conciencia individual y grupal sobre la responsabilidad que tiene la sociedad en los procesos de contagio, propagación y actitudes frente al paciente (VIH positivo). Las conductas destructivas hacia otras personas han disminuido solo el 7% continúan en esa

actitud, aceptando que el deseo de venganza no ayuda al bienestar del portador además otro 20% de los participantes incluyen actividades recreativas que aportan conductas sanas a sus vidas como el ejercicio, la comida sana y hábitos de higiene, ellos reconocen que ahora cuidan más de ellos mismos.

Un porcentaje del 13% en cambio ha logrado aceptar la situación y muestra mayores expectativas. Otro 13% se siente más optimista ven cada día como una nueva oportunidad. Desafortunadamente no todo es positivo, aunque tampoco desalentador, pues un porcentaje del 7% de los participantes dentro de la investigación, que no optaron por actitudes sanas y positivas, siguen concentrados en la indiferencia y en el vivir día a día sin mayor motivación. Las ideas suicidas se presentan sobre todo en épocas de crisis; se da como una vía de solución para evitar el dolor las incomodidades o para atenuar el dolor y la vergüenza de los seres queridos.

Grafica No 14.

Aceptación De La Familia Sobre La Preferencia Sexual.

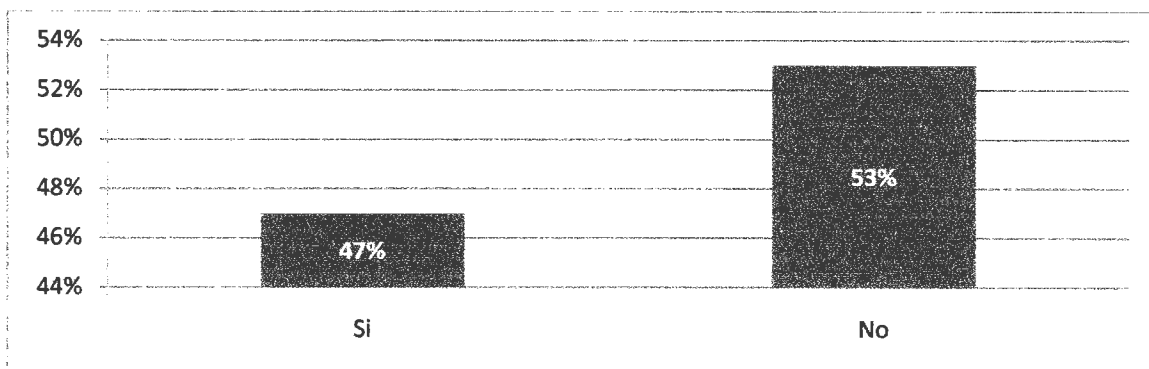


Fuente: Historia Clínica, aplicada a homosexuales masculinos diagnosticados con VIH, de 20 a 50 años, que viven dentro de la ciudad de Guatemala y que reciben apoyo en OASIS durante el año 2011.

Interpretación y Análisis: Dentro de la muestra seleccionada el 93% de los pacientes comparten su preferencia sexual con su familia, y solo un 7% prefiere no hacerlo. El principal problema de los hombres homosexuales es la aceptación de su círculo primario. Los padres de hijos homosexuales son habitualmente hijos de padres heterosexuales, así es que claramente para ellos es una experiencia nueva rodeada de tantos dogmas y prejuicios impuestos por la misma sociedad, por ello se hace imposible lograr un ambiente de confianza que permita la exteriorización de la condición homosexual en la generalidad de los casos; Sin embargo, en la mayoría de casos la familia es conocedora de esta orientación, pero si vamos a las historias de vida de cada uno es evidente que la aceptación es casi nula, la familia tomó decisiones radicales como sacar al participante a la calle para que “se le quite la maña” porque dentro del núcleo familiar hay tantas ideas equivocadas acerca de la diversidad sexual, se cree que ser no heterosexual es “pecado” y es así como esta decisión de los padres afecta claramente y en gravedad la vida de una persona, llevándola a tomar también medidas extremas como prostituirse para ganar dinero y poder comer y tener un lugar donde vivir. Solo un pequeño porcentaje sigue en el anonimato, esto probablemente se deba a la no aceptación de ellos mismos o las posibles dudas de su homosexualidad.

Grafica No 15.

Conocimiento De La Familia Sobre El Diagnóstico.

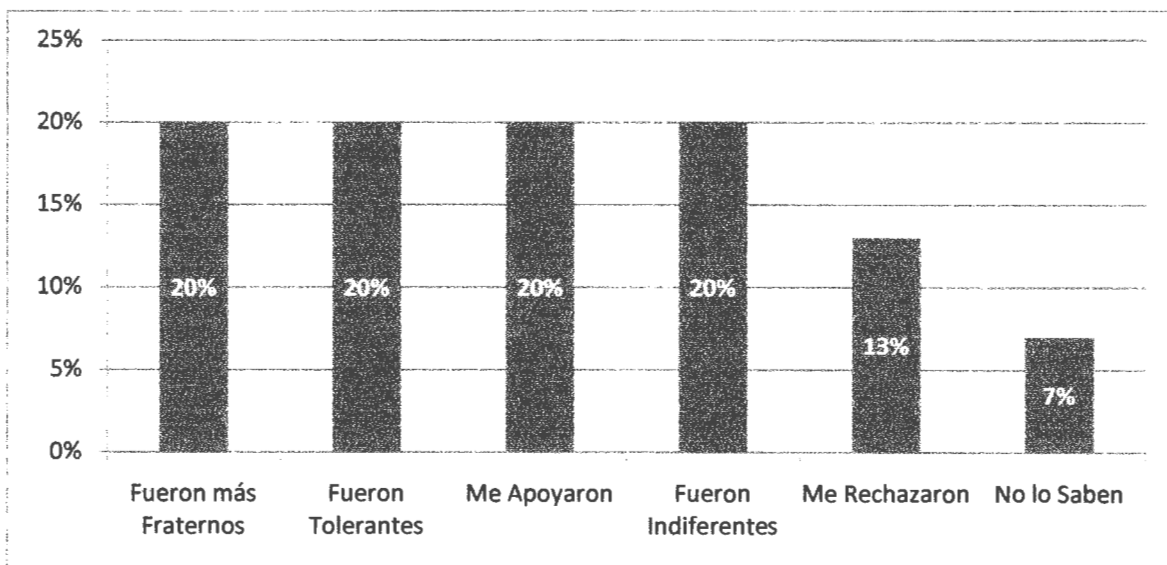


Fuente: Historia Clínica, aplicada a homosexuales masculinos diagnosticados con VIH, de 20 a 50 años, que viven dentro de la ciudad de Guatemala y que reciben apoyo en OASIS durante el año 2011.

Interpretación y Análisis: Dentro de la población entrevistada descubrimos que el 47% de los participantes comparten el Diagnóstico positivo de VIH con su familia y el 53% prefieren no hacerlo. Para los portadores de VIH, el diagnóstico positivo se vuelve un nuevo estilo de vida, que tienen que asumir a la brevedad posible, la situación se vuelve más pesada si esa transición se realiza sólo. El VIH afecta a todos, incluidos los padres, hermanos, la pareja y amigos, para los participantes según afirman es muy difícil decir que son portadores de VIH pues si al momento de conocer su orientación sexual fueron víctimas de discriminación por parte de su familia, es posible que si los familiares se enteran de su condición de salud la reacción se torne más extrema pues la información que existe de la enfermedad es muy equivocada, y los casos de discriminación por parte de la familia son frecuentes; por ello es importante incorporarlos a la situación lo más pronto y profesionalmente posible, pues para los pacientes que han compartido su estado de salud con sus familias lograron mejor aceptación y bienestar más duradero que aquellos que decidieron no hacerlo.

Grafica No 16.

Reacciones Ante El Diagnóstico.



Fuente: Historia Clínica, aplicada a homosexuales masculinos diagnosticados con VIH, de 20 a 50 años, que viven dentro de la ciudad de Guatemala y que reciben apoyo en OASIS durante el año 2011.

Interpretación y Análisis: El VIH y sida forman parte de las enfermedades clasificadas por la sociedad como una enfermedad estigmatizante por la sociedad, al hablar de sociedad es fundamental hablar sobre la familia que es la base de la misma, por eso es de esperarse que si dentro de la familia de una persona portadora de VIH la conducta es de rechazo hacia el paciente, así se desarrolle en todos los marcos e instituciones sociales, la mayoría de los participantes sufren en solitario la noticia y todos los factores que intervienen luego de saber que son portadores, por el miedo al qué dirán, que pensarán o como reaccionarán, por este motivo la mayoría de participantes optado por no informar a la familia de su estado de salud, sin embargo los participantes que se decidieron a decirlo a algún miembro de la familia en el cual confían o algún amigo cercano, según la muestra entrevistada, para el 60% de los casos la actitud de la familia y amigos a sido positiva, dentro de este rubro el 20% tomaron una conducta más fraterna y demostraron mas empatía hacia los participantes, otro 20% mostró apoyo se involucraron más y se informaron acerca de la enfermedad se estrecharon los vínculos y mejoró la dinámica familiar otro 20% fueron tolerantes no se relacionaron mucho con la situación, pero tampoco optaron por el rechazo.

El 13% de los participantes se topo con una actitud negativa por parte de la familia y seres queridos cercanos, muchos de ellos por la ignorancia de la enfermedad, fueron victima de rechazo y decidieron no hacerlo público con otras personas. Otro porcentaje maneja su diagnostico de forma selectiva con algunos miembros de la familia o con ciertos amigos de sus grupos nucleares. Solo el 7% de los participantes decidieron no informar a la familia o a los amigos cercanos porque no lo consideran necesario.

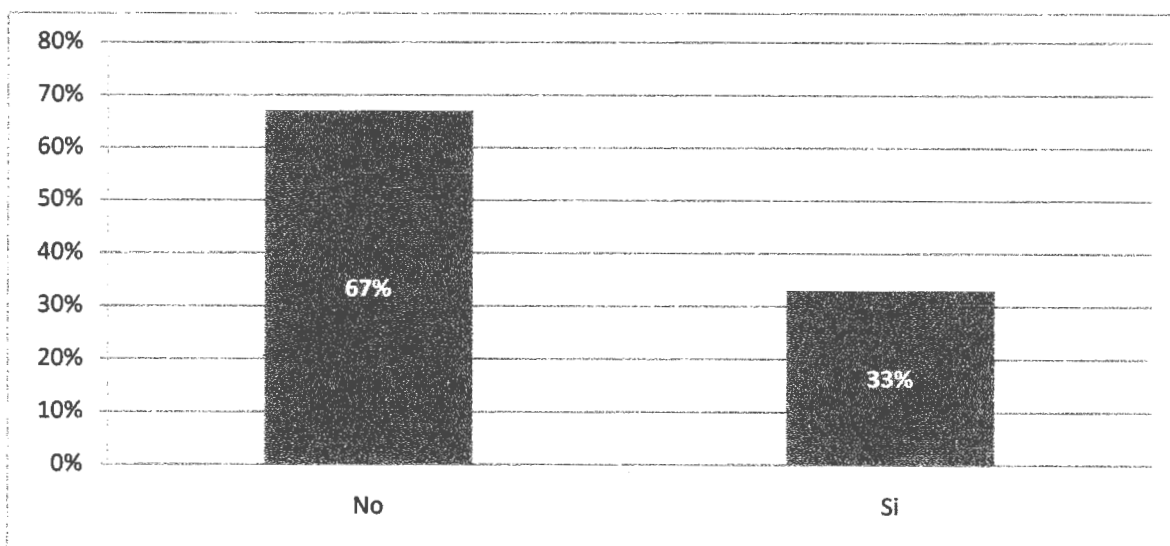
Finalmente para el 20% de las familias restante les fue indiferente el diagnostico positivo, resulta que las reacciones varían dependiendo de muchos factores, por ejemplo la personalidad, la funcionalidad familiar, la interacción de los miembros, los mecanismos de infección, la fase clínica de la enfermedad, entre otras. Las principales reacciones van desde el rechazo hasta la negación, este mecanismo es amortiguador en su aparición trata de mantener

el equilibrio emocional, se maneja de acuerdo a los recursos internos y adaptativos de cada persona y la familia.

Por lo tanto es importante que la familia acepte la inducción necesaria para el manejo de esta crisis y no se dé el abandono del conviviente con el VIH. La Negociación es la etapa más importante para ambos, familia y paciente, en un proceso de duelo por la pérdida de la salud, debido a que hay un reconocimiento de los valores se da un auto-reconocimiento de los propios errores y de los de otro permitiendo un equilibrio entre la negación y la aceptación, también se habla sobre la Depresión que es una reacción a nivel emocional que se agrava de acuerdo al estado clínico del paciente y la aceptación o consentimiento, esta etapa es el producto de la evolución y resolución de las anteriores. Lo que beneficia llegar a esta etapa es el acompañamiento de la familia y que ellos, como cuidadores, mantengan el seguimiento terapéutico en el manejo de las grandes cargas de estrés que en ellos se presenta a raíz de esta crisis no normativa.

Grafica No 17.

Experimento Rechazo



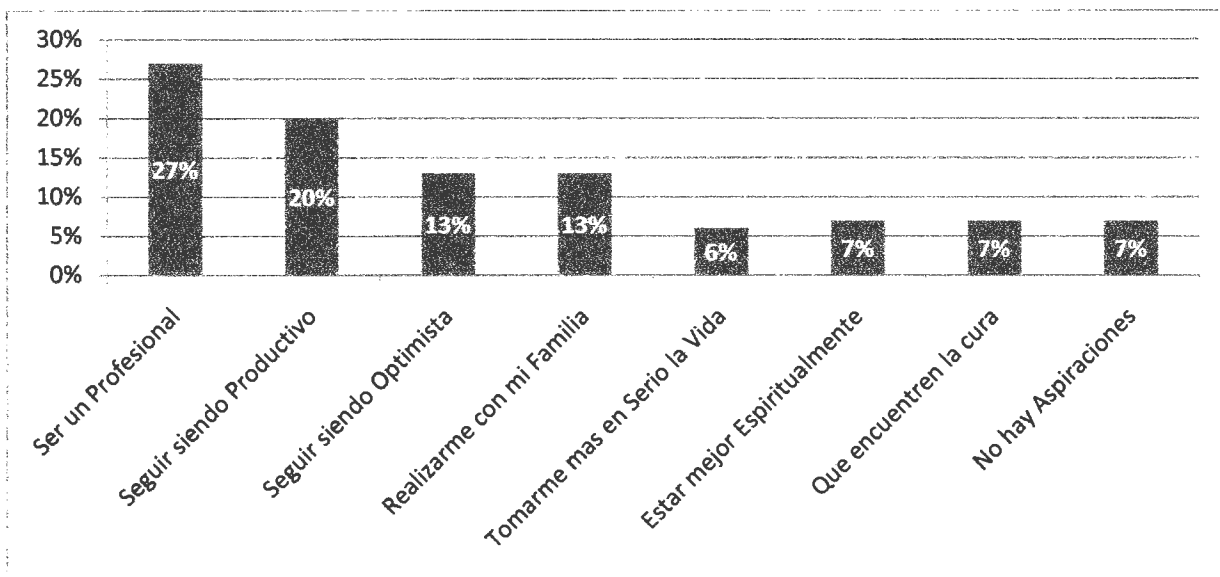
Fuente: Historia Clínica, aplicada a homosexuales masculinos diagnosticados con VIH, de 20 a 50 años, que viven dentro de la ciudad de Guatemala y que reciben apoyo en OASIS durante el año 2011.

Interpretación y Análisis: Dentro de las entrevistas realizadas determinamos que el 33% de los participantes han sido víctimas de rechazo debido a su enfermedad en algún momento, sin embargo un porcentaje mayor de 67% no han pasado por esa situación. Ese porcentaje considerable de portadores que lo admiten sufre rechazo, descalificaciones y presiones para dejar su puesto. Sin embargo, el panorama no es tan gris, por cada persona que discrimina hoy en día existen dos que apoyan la causa y esto da como resultado una sociedad más consciente y más informada acerca de la enfermedad.

El concepto de triada cognitiva consiste en tres patrones de pensamiento principales que inducen al paciente a considerarse a sí mismo, su futuro y sus experiencias de un modo característico que va a tener influencia sobre la emoción (tristeza, desanimo), conducta (aislamiento social, abandono del cuidado de sí mismo, etc.) Y fisiología (trastornos del sueño, pérdida o aumento de peso, fatiga etc.) Las siguientes preguntas se centran en dicha triada:

Grafica No 18.

Aspiraciones A Futuro.



Fuente: Historia Clínica, aplicada a homosexuales masculinos diagnosticados con VIH, de 20 a 50 años, que viven dentro de la ciudad de Guatemala y que reciben apoyo en OASIS durante el año 2011.

Interpretación y Análisis: Dentro de la muestra seleccionada determinamos que el mayor porcentaje de los participantes tienen aspiraciones de vida prometedoras, el 27% de ellos se visualizan como profesionales y presentan objetivos claros de su contribución a la sociedad y a otros que como ellos fueron infectados por el VIH, otro porcentaje del 20% tiene como principal aspiración el seguir siendo productivos ya que no ven su enfermedad como un impedimento para su realización personal. Un porcentaje del 13% tiene una visión optimista y general del futuro, sus deseos van desde hacer cosas individuales hasta formar parte de grupos de auto ayuda, este grupo se concentro mas en continuar con el cuidado personal y llevar un mejor control de su medicación.

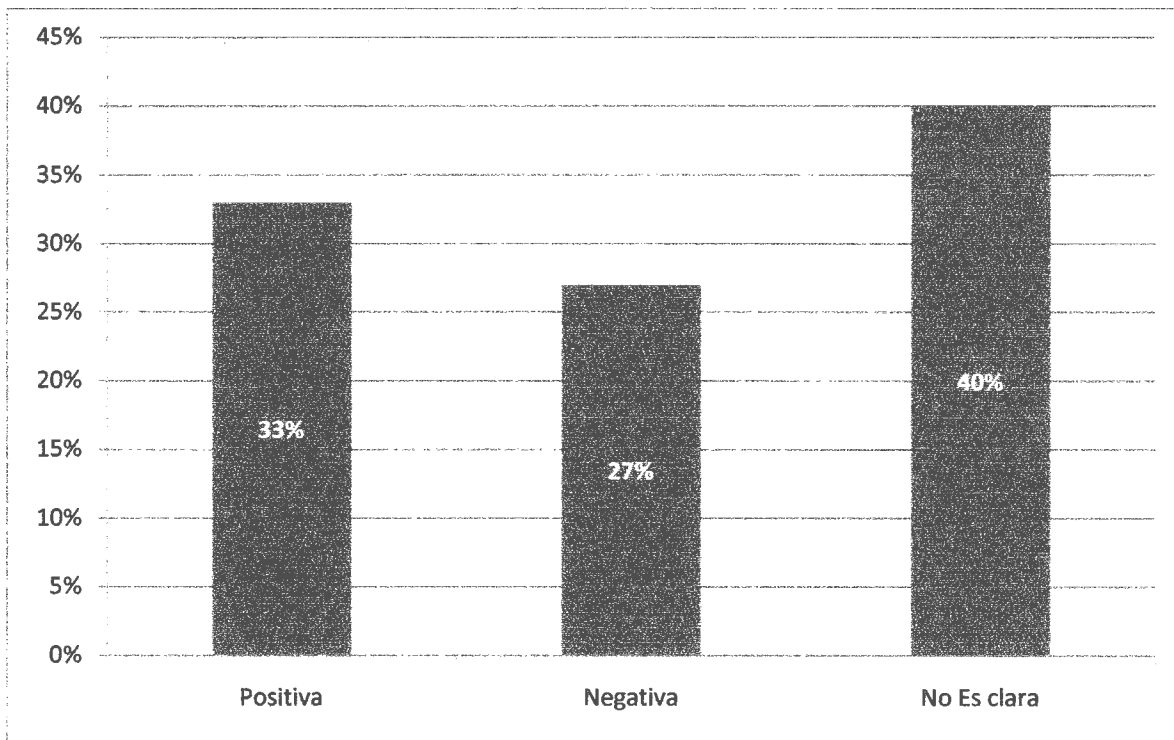
Otro 13% de los participantes siente que sus aspiraciones van orientadas a los vínculos familiares, se aferran más a pasar momentos de mejor calidad que los que ahora tienen y en buscar la forma de estrechar los lazos con los miembros que todavía no son partícipes de la enfermedad. Los porcentajes más bajos a esta pregunta nos dieron como resultado que un 7% tiene como aspiración a futuro mejorar su situación espiritual, ya que refieren que para ellos Dios les ha dado una nueva oportunidad y tiene que aprovecharla. Otro 7% tienen la esperanza de encontrar una cura, o una vacuna que aminore sus molestias físicas. Un 6% de los participantes tienen una visión conformista hacia el futuro y reconocen que deben tomarse la vida más en serio y ser capaces de mejorar su estilo de vida. Finalmente para el 7% restante no hay aspiraciones en lo absoluto, les resulta muy cómodo vivir el día a día esperando que llegue el final.

Con las preguntas ¿Qué cambiaría de su situación, si tuviera la oportunidad de hacerlo? Y ¿qué espera del futuro? Se pretendía conocer la visión negativa o positiva acerca del futuro, la mayoría de los participantes no anticipan que las dificultades o sufrimientos actuales continuaran indefinidamente sino que se enfocan a lo positivo que pueda suceder, la mayoría por ejemplo piensa en que pueden agilizarse las investigaciones para la cura del Virus y que en un futuro cercano aunque ellos no lo vivan otras personas contarán con el antídoto, hablan sobre llevar a cabo sus sueños y cumplir los propósitos impuestos a corto y largo

plazo, preocuparse por los cuidados que el diagnóstico implica, seguir contando con fuentes de trabajo y ser mejores, pocos opinan que cambiarían el hecho de ser VIH positivos, también refieren que tratarían de cambiar la forma en que las personas reaccionan ante una persona que es portadora de VIH, la discriminación de la que han sido víctimas y el hecho de no obtener atención integral por parte de los hospitales públicos a los que tienen acceso. Son pocos los participantes que tienen una visión negativa del futuro, se inhiben y refieren que su situación no va a mejorar o incluso piensan que su condición puede empeorar.

Grafica No 19.

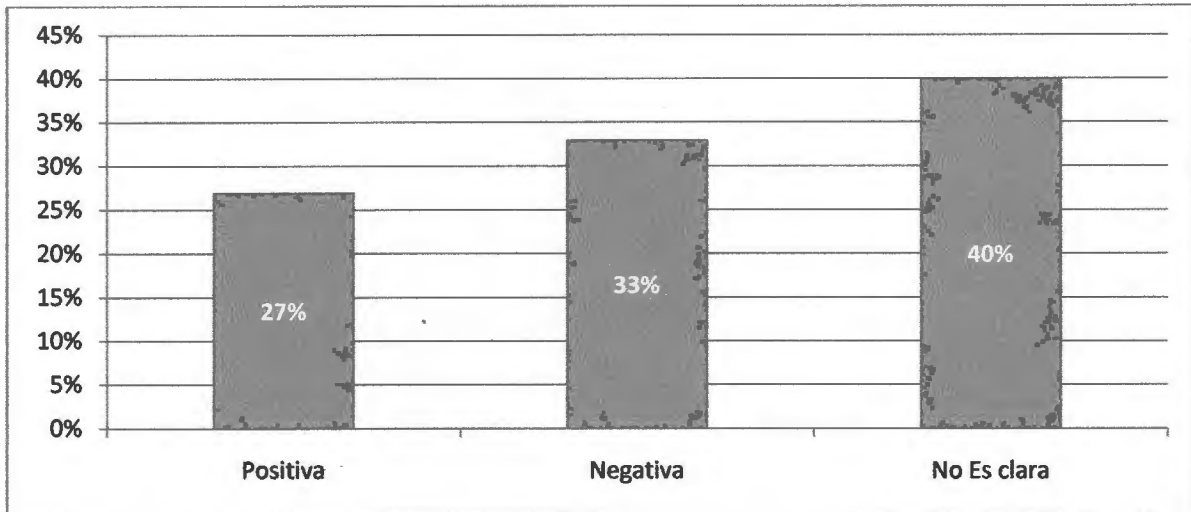
Auto Percepción.



Fuente: Historia Clínica, aplicada a homosexuales masculinos diagnosticados con VIH, de 20 a 50 años, que viven dentro de la ciudad de Guatemala y que reciben apoyo en OASIS durante el año 2011.

Grafica No 20.

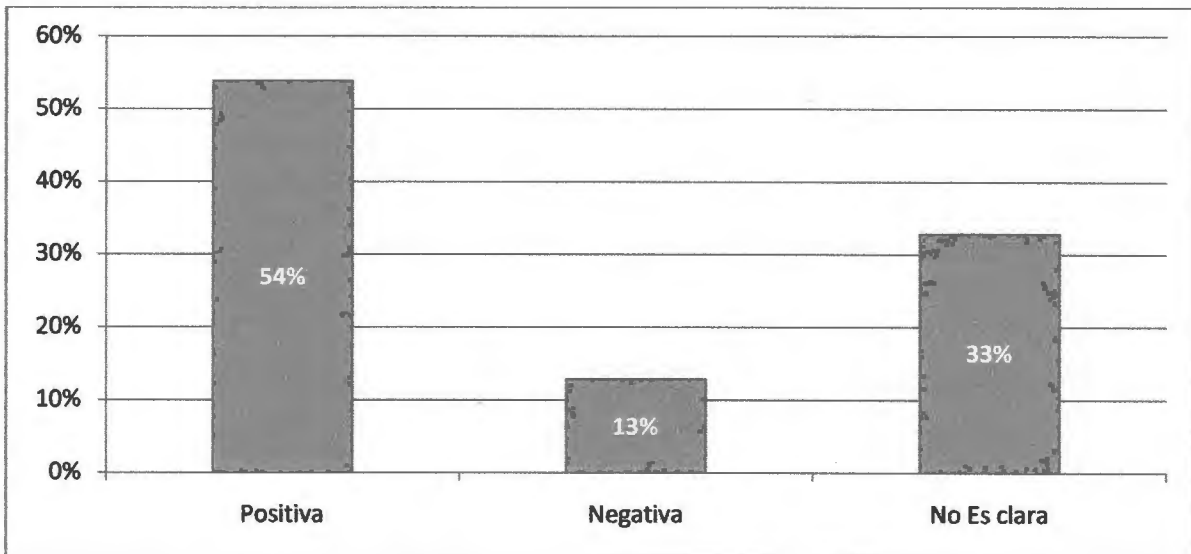
Percepción Del Mundo.



Fuente: Historia Clínica, aplicada a homosexuales masculinos diagnosticados con VIH, de 20 a 50 años, que viven dentro de la ciudad de Guatemala y que reciben apoyo en OASIS durante el año 2011.

Grafica No 21.

Percepción a Futuro.



Fuente: Historia Clínica, aplicada a homosexuales masculinos diagnosticados con VIH, de 20 a 50 años, que viven dentro de la ciudad de Guatemala y que reciben apoyo en OASIS durante el año 2011.

Interpretación y Análisis: Los participantes tienen imágenes de ellos mismos cuando se trata de evaluar las propias fuerzas y autoestima, dando como resultado que el 33% de ellos se perciben de forma positiva. Para el 27% la auto percepción es negativa y para el 40% no es claro este concepto. Este rubro se estableció bajo la pregunta ¿brevemente defina como se siente hoy? que está relacionada con la visión negativa o positiva de las experiencias y como estas definen las emociones y conductas del presente, en la minoría de los casos las respuestas fueron negativas atribuyendo en cierto sentido a las demandas exageradas que se les hace y “los obstáculos insalvables” que les presenta el mundo, por ejemplo, “estoy enojadísimo porque llegue tarde y se arruino mi día”, o “la vida es insoportable para mí”, “estoy muy agotado”. La mayoría de los participantes tienen una visión positiva del mundo argumentando con sus respuestas que se sentían muy bien, con ánimos de seguir adelante y hacer las cosas bien, cumplir sus sueños, incluso sintiéndose libres al hablar.

La percepción del mundo para los participantes varia de forma significativa para el 27% de ellos tienen a ver el mundo de forma positiva, el 33% de ellos lo hacen de forma negativa y para el 40% restante aun no es clara. Con la pregunta: ¿Qué opina acerca de otras personas que son portadoras de VIH? Colocando al participante en la realidad de otras personas que al mismo tiempo comparten su realidad con él mismo, las respuestas nos dan la pauta que el participante se ve a sí mismo en la minoría de los casos como desgraciado, torpe, enfermo, incapaz de salir adelante por sus propios medios, con poco valor, además de atribuir las experiencias desagradables a un defecto de la persona, por ejemplo: pensando que el diagnóstico es un castigo de Dios por ser una mala persona o pensando que se lo merecía y cree que a causa de esto carece de valor. La mayoría de personas prefiere no opinar acerca de otros portadores argumentando no tener el criterio suficiente para juzgar a otras personas con su misma condición y puede ser que se nieguen a realizar una autoevaluación acerca de su reacción ante el diagnóstico; otro grupo de participantes se centro en el tipo de acciones ante el Virus por ejemplo aconsejan a otros portadores a practicar conductas sanas, tomar conciencia sobre los cuidados que se requieren y hablaron sobre el apego al

medicamento, se puede decir que tienen una visión positiva acerca de otras personas y de sí mismos.

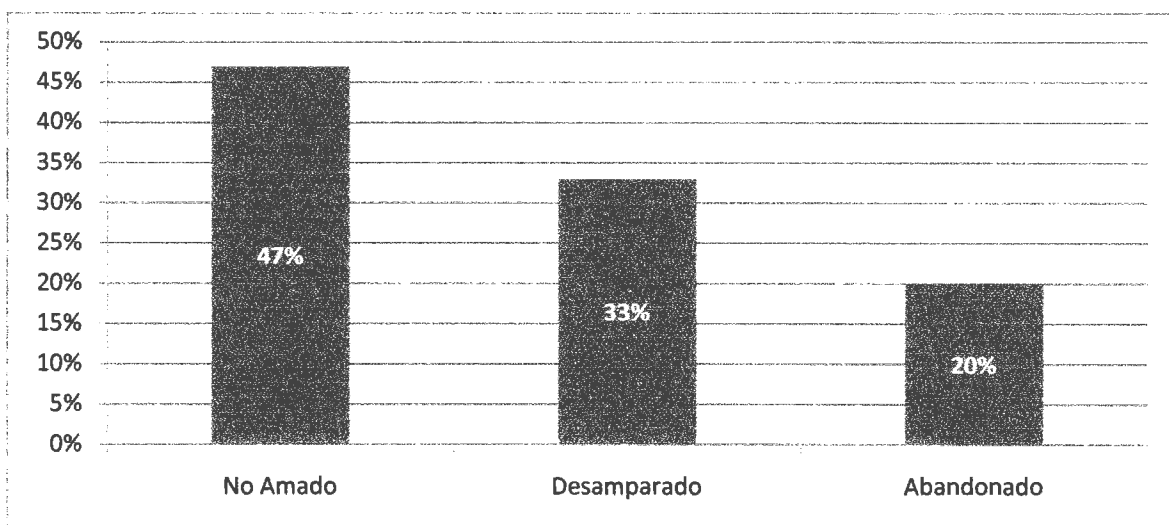
Finalmente cuando se les pregunto ¿Qué espera usted del futuro? El 54% de los participantes dio respuestas positivas, el 13% mostró aspiraciones negativas y un 33% no tiene aspiraciones a futuro claras. Estos porcentajes variaron levemente ya que para los participantes la auto-percepción es similar a la que tienen del mundo y la que esperan a futuro, con esto se confirma la teoría de Beck relacionada a la triada cognitiva. Sin embargo si existe algunas excepciones dentro de los casos.

Luego de estos cuestionamientos a nuestros participantes sobre su historia de vida y de analizar muchos factores que influyen en su estado actual se realizó el análisis más importante dentro de esta investigación, el de la creencia nuclear predominante en homosexuales portadores de VIH.

3.4 Análisis Global de los Resultados.

Grafica No 22.

Creencias Nucleares Más Frecuentes En Homosexuales Portadores De VIH



Fuente: Diagrama de Conceptualización Cognitiva, aplicado a homosexuales masculinos diagnosticados con VIH, de 20 a 50 años, que viven dentro de la ciudad de Guatemala y que reciben apoyo en OASIS durante el año 2011.

Interpretación y Análisis: Dentro del grupo de participantes se determina que el 20% de ellos tienen como creencia nuclear el Abandono, el 33% de ellos tienen la creencia central del desamparo y el 47% tienen como creencia nuclear el No Amando. Siendo estas las categorías más comunes en la depresión.

Una creencia central es siempre un "yo" como en "Yo no soy digno de ser amado", la creencia entonces es "Nadie me ama". Se le llama un "apoyo a la creencia" a una predicción o pronóstico sobre lo que otros hacen o han hecho todo esto gracias a la creencia central de que bien pudo ser capaz de aceptar el amor y ser amado. La falsa creencia central es lo que ayudó a que el participante presentara otras reacciones y se produjera así la creencia central de la "apariencia" de ser cierto (Una Autoprofesía).

Para determinar estas creencias, la información se basó en los pensamientos automáticos que proporcionaron los participantes en situaciones reales de su vida, Las características generales de estos pensamientos automáticos fueron desde mensajes específicos que a menudo aparecen de forma literal como por ejemplo "Debo hacerlo mejor.", "debo hacerlo, la situación lo amerita." O "No encajo aquí..." hasta mensajes que son creídos a pesar de ser irracionales y no basarse en evidencia suficiente como "Mi familia tiene la culpa.", "Que desaparezcan todos los que me dañan" o "¿Porque me pasa todo a mi?" "¿Porque todos me desprecian?". Estos pensamientos son vividos como espontáneos, involuntarios y difíciles de controlar. Tienden a dramatizar en sus contenidos la experiencia misma y tienden a producir una percepción y valoración de los eventos, que constituye una verdadera distorsión.

Dado que las creencias nucleares se presentan como proposiciones absolutas, duraderas y globales sobre múltiples situaciones y representan el nivel cognitivo más profundo, suele no ser consciente y no es identificado por los sujetos. Dentro del grupo de participantes los pensamientos automáticos apuntaban con gran facilidad a la soledad y la apatía, sus supuestos estaban muy enmarcados en situaciones negativas como por ejemplo "estoy cansado de pelear, no sirvo para nada", "yo tengo la culpa de lo que me pasa", "ellos no me

quieren, ellos me desprecian” con el resultado de la interacción entre los supuestos o creencias intermedias, los procesos cognitivos y los elementos situacionales se determina que el mayor número de participantes se sienten “No Amados”, (Soy feo, indeseable, estoy abandonado, no tengo valor). Cada una de las personas tiene una extensa riqueza de recuerdos y experiencias de tipos diferentes, cuando se piensa acerca de uno mismo se seleccionan algunas de esas experiencias, se agrupan y son representadas de alguna forma en particular; aunque hay amplias generalizaciones acerca de cómo los sujetos hacen esto, cada uno lo hace con su propia estructura. Para los participantes, las ideas de desvalorización vienen constantemente debido a que gran parte de ellos fueron rechazados por su preferencia sexual, adquiriendo estos esquemas se hace fácil construir un nuevo elemento de auto-concepto usando la misma estructura pero con diferente contenido.

Cuando alguien dice, “Yo no soy digno de ser amado”, eso indica que la persona piensa que no merece ser amada, que tiene un concepto negativo sobre esa cualidad algunos participantes son ya ambivalentes de esta forma muchas veces se sienten dignos de ser amados y otras veces no, con frecuencia simplemente la duda permanece.

Otro grupo de participantes piensan que merecen ser amados, esto indica que tiene un elemento positivo de auto-concepto con respecto al contenido “ser amado” (o cualquier otra cualidad). Desde que tiene este conocimiento interior, no necesita que otros se lo digan, y cuando otros le expresan su aprecio, ellos pueden disfrutar por completo de la confirmación adicional.

Todo el mundo parece tener diferentes creencias o presunciones negativas, la mayoría de estas creencias sin embargo están conectadas de una manera amplia, las teorías o creencias se estructuran sobre la base de hechos falsos, el esquema resultante en estos casos es disfuncional dando pauta a que las respuestas constantes sean la aparición de sentimientos de autodestrucción o castigo, ideas suicidas o abandono personal, así como los sentimientos de culpa

hacia sí mismos y hacia la familia, esto puede deberse a que dentro de los casos vistos en la investigación los participantes viven separados de la familia por no ser aceptada su orientación sexual o estilo de vida, es importante recalcar que en la adaptación psicológica a cualquier enfermedad grave entran en juego múltiples factores relacionados con la respuesta afectiva a la enfermedad y tratamiento, determinando también el proceso de elaboración de duelo ante la pérdida de la salud como son los aspectos relacionados con la personalidad y la capacidad de afrontamiento, el soporte familiar y las redes de apoyo y los aspectos socioculturales vinculados a la enfermedad.

Se encontró también que el miedo y la incertidumbre forman parte del cuadro reactivo ante el diagnóstico, esto puede deberse a la expectativa y a la falta de información de los cuidados y estilo de vida de las personas que son diagnosticadas al no conocer la diferencia entre el diagnóstico de VIH y la fase sida, puede deberse también al miedo al rechazo de la familia y amigos cercanos, ya que anteriormente han sido víctimas de discriminación por el hecho de ser homosexuales, se estima que la reacción ante el diagnóstico puede tornarse inaceptable ante el hecho de ser una enfermedad rodeada de tabúes. Sufrir a escondidas, ocultando la enfermedad o ser víctimas de miradas despectivas y conductas confusas que oscilan entre el miedo, el desprecio y el rechazo, tienen repercusiones negativas sobre la gravedad del cuadro clínico y psicológico de los participantes remarcando la creencia nuclear.

Las creencias nucleares también guardan relación con la edad, la grafica no. 1 muestra que el grupo de 20 a 25 años es el que más prevalece en la investigación, haciendo un enlace con la creencia nuclear más frecuente (grafica no 22.) se ratifica que la edad guarda cierta relación con la forma de pensar y auto percepción del paciente, esto se debe a que en esta edad que oscila entre la etapa de la adolescencia y la adultez joven, es el momento en el que se espera que un joven asuma progresiva independencia y auto sostenimiento económico, psicológico y social, optar por un estilo de vida personal o familiar de acuerdo a sus propios valores independientes. Asumir responsabilidades aceptando las

consecuencias de su propia conducta y contar con un estado afectivo más equilibrado esto se espera claro cuando una persona ha tenido a su favor un contexto favorable para su desarrollo emocional y físico, no así cuando en situaciones como el ser homosexual y vivir con un diagnóstico de VIH ha provocado que su contexto e historia de vida no forme esquemas que permitan la adaptación cognitiva que se espera, es por eso que la creencia nuclear frecuente que los participantes han creado por aprendizaje en esta edad es “no amado” que confirma una visión negativa de sí mismos, desarrollada por una historia de rechazo, en donde el participante necesita ser aceptado.

Cuando se habla de aceptación entra también la relación entre creencias nucleares y aceptación de orientación sexual y diagnóstico de VIH (graficas 14,16) por parte de la familia y amigos de los participantes como factor común en la formación de errores de pensamiento predominantes que dan vida a la creencia “no amado” , es lógico que si dentro de la primera institución encargada de la formación social, emocional y física de una persona no se practiquen patrones de crianza funcionales y el ambiente se preste a una dinámica familiar no adecuada, se active una historia de rechazo como la de muchos de los participantes quienes al momento de que la familia se enterara de su homosexualidad fueron totalmente desprotegidos por la misma y conducidos por esta decisión a vivir en las calles, a crecer sin un apoyo y sin amor de parte de su núcleo familiar por ende es imposible que el esquema que se forme no sea de una persona “no amada”, o “abandonada” donde la persona se autoexija, auto observe y se auto castigue hasta llegar a la conclusión de que no necesita de nadie.

La triada cognitiva (graficas no. 18, 19, 20, 21) forma una idea clara de la percepción que tienen los participantes acerca de si mismos, el mundo y que esperan del futuro, este concepto de triada cognitiva consiste en tres patrones de pensamiento principales que inducen al paciente a considerarse de un modo característico negativo y que tienen influencia sobre la emoción y conducta de los participantes (graficas no. 10,11,12,13) y por ende a la creencia nuclear mas frecuente “no amado” (grafica no.22) muestran que las emociones están ligadas al

estilo de vida y a la percepción de ciertas experiencias negativas que las forman, como es el momento de conocer que se es portador de VIH, las conductas no pueden ser ni positivas ni negativas lo mismo que las emociones, pues los participantes reaccionaron de manera que les tocaba reaccionar frente a la noticia, a pesar de que la creencia frecuente es “no amado” los participantes no dejan de tener expectativas hacia el futuro, muchos desean seguir estudiando, viajar, trabajar hasta donde el diagnóstico lo permita, encontrar una cura para el VIH, esto muestra que en la medida que pasa el tiempo y con el apoyo necesario de ciertos factores como la familia, la aceptación social, contar con una pareja estable o con amigos que acepten esta condición de salud y contar con herramientas psicológicas prácticas, se puede lograr un cambio de esquema y esperar algo más del mundo, de sí mismos y de las experiencias.

CAPÍTULO IV.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

4.1 Conclusiones.

- Luego de un análisis de las principales definiciones, evaluaciones e interpretaciones que los participantes tienen de sí mismos, de las otras personas y del mundo se determinó que el “No Soy Amado” es la creencia que predomina y la que no les permite desarrollarse plenamente.
- Los participantes atendieron a estímulos específicos, que se adaptaron a sus creencias nucleares, los combinaron y conceptualizaron a la situación, en términos de un pensamiento negativo. Este patrón se volvió cada vez más común y se generalizó a situaciones menos relacionadas, comprobando que al tener la creencia nuclear de “No Soy Amado” existe una tendencia latente a la Depresión.
- El contexto donde se desarrollan, el valor restado hacia sí mismos y la falta de afecto no solo modificó su auto estima, sino también cimentaron este tipo de ideas en los participantes. Las relaciones interpersonales, las experiencias negativas y el Diagnóstico positivo de VIH son elementos que remarcaron las ideas irracionales llevándolos a construir la creencia nuclear de “No Soy Amado”.
- La creencia nuclear determinó hasta qué punto los participantes se ven con valor, seguridad, competencia, poder, autonomía y principalmente si se sienten amados, estableció un sentido de pertenencia y una imagen básica de cómo son tratados por los demás específicamente en la institución OASIS.

- En la adaptación psicosocial de un portador de VIH intervienen una serie de factores, los más predominantes son los relacionados con las características de la enfermedad y el tratamiento; cuando se tiene la creencia nuclear de “No Ser Amado” la capacidad de afrontamiento disminuye o se evade. Los participantes optaron por aislarse y evitar contacto con amigos o seres queridos incluso evitaron tener relaciones afectivas para no desarrollar apegos, según ellos por no ser merecedores de amor o afecto.
- La familia determina un papel importante para el desarrollo de la enfermedad positiva o negativamente, los participantes que se sienten “No Amados” objetaron que no necesitan de nadie y no quieren ser víctimas de “lastima”; sin embargo, los que tuvieron un acercamiento con su familia lograron cambiar significativamente su estado emocional.
- Debido a la marginación social histórica que caracteriza este país, un buen número de los participantes han remarcado la creencia nuclear de “No Ser Amados” y se han visto en la necesidad de trabajar independientemente, formando nuevas empresas y buscando nuevas oportunidades de desarrollo, reestructurando así un nuevo sentido de vida y sintiéndose bien consigo mismos y útiles para la sociedad.
- Para la reestructuración de vida de cada participante es indispensable contar con el apoyo psicológico que les permita identificar la organización conceptual de ideas, imágenes, creencias y metas personales y a la vez permita conocer las emociones y conductas de respuesta que lleven a ubicar las creencias nucleares, que con pruebas de realidad faciliten una estructura de vida.

4.2 Recomendaciones.

- Apoyar al fortalecimiento de las instituciones que trabajan con las poblaciones más vulnerables, brindando técnicas enfocadas a la transformación de la conducta y poder modificar los pensamientos disfuncionales. Con la idea de contraatacar los pensamientos primitivos con modos maduros para re-organizar su realidad.
- Que la Institución OASIS, de seguimiento a la implementación de grupos de autoayuda o grupos de apoyo a los participantes diagnosticados con VIH para lograr la utilización de herramientas que permitan el bienestar psicológico de los mismos y se logre un sentido de pertenencia entre los asistentes.
- La implementación de un Psicólogo de planta dentro de la Institución que pueda tener un mejor manejo de los episodios depresivos y otras problemáticas que presentan algunos de sus asistentes y esto sea replicado en otras instituciones con objetivos similares.
- A los participantes, cambiar las creencias nucleares requiere tiempo y esfuerzo, llegar a ser consciente de las creencias nucleares negativas es el primer paso para cambiarlas; no son fácilmente evidentes, pero todo lo demás descansa sobre ellas. Si se logra mantener un plan de tratamiento psicológico adecuado es posible lograr cambios significativos, cambios que alteren fundamentalmente la visión que tienen de ustedes mismos, de su ambiente y de su futuro y podrán enfocarse en la búsqueda de acciones que brinden sentido a la vida haciéndola más grata.

- A la universidad de San Carlos de Guatemala, a la Escuela de Psicología y demás Instituciones del área de la salud se recomienda la implementación y seguimiento de investigaciones que puedan aportar información reciente y verídica acerca de la homosexualidad y el VIH y sida, así como de estudios sobre Distorsiones Cognitivas ya que aun a la fecha la información es anticuada y mínima dentro de las bibliotecas universitarias.
- A las Instituciones de Salud Pública, velar que las personas diagnosticadas con VIH puedan contar con el acceso a los servicios de salud integral dentro de los hospitales públicos y privado; que además de ser atendidos medicamente, puedan tener acceso a la atención psicológica y sean informados profesionalmente de su nueva situación y así puedan tomar conciencia de una reestructura de vida.
- A las familias en general se recomienda la práctica de patrones de crianza funcionales, donde los hijos sean escuchados, estableciendo relaciones de mutuo respeto, creando sistemas de apoyo para cada integrante y tomando en consideración las opiniones, ideas y sentimientos de todos los miembros de la familia, utilizando criterio abierto al discutir temas relacionados con la sexualidad y enfermedades de transmisión sexual como el VIH y sida e informar sobre la diversidad y no estereotipar las preferencias sexuales.
- A las familias y amigos de portadores de VIH y sida se recomienda manejar y considerar las reacciones de los infectados, siendo continuamente francos con el miembro diagnosticado, sin fatalizar la enfermedad; sino, enfatizarla como una reestructura de vida, no infundir falsas esperanzas, no rebatir con él ciertas ideas porque destruye el dialogo y origina en el paciente un bloqueo propiciando que éste se encierre en su sufrimiento.

- A futuros investigadores se recomienda tener claros los conceptos utilizados dentro de la diversidad sexual es necesario considerar las características anatómicas del sexo, la identidad de Género, la orientación sexual y la identidad sexual para referirse a una población establecida dentro de la investigación, la suma de todos estos factores forma la llamada comunidad de la diversidad sexual: Lésbica, homosexual, Bisexual, Transgénero y transexual, Intersexual y Asexual.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- 2 De la Riva, Celeste, **“Homosexualidad, Mexico, Centroamerica y El Caribe”**, De la Riva, México, 2008. 234pgs.
- 3 Dicaprio S, Nicholas. **“Teorías de la personalidad”** McGraw-Hill, 2da edición, Mexico, 1996. 558pgs.
- 4 Dr. Quinto Barrera, See King Emilio. **“El Modelo Cognitivo II. Psicoterapia cognitiva”** Manual de Terapia Cognitiva, Guatemala, 2005. 204pgs.
- 5 Freud, Sigmund. **“Tres ensayos sobre una teoría sexual”**. Ed. Biblioteca Nueva. Madrid, 1973. 654pgs.
- 6 Guidano, V. F., y Lotti, G. **“Procesos cognitivos y desordenes emocionales”**, **Avances Recientes en Cognición y Procesamiento de la información**. Ediciones Graficas, Medellin, Colombia, 1995. 197pgs.
- 7 Juárez R, Mario R. y Media Oliva, Adrian. **“Homosexualidad Masculina”**. USAC, Guatemala, 2008. 84 pgs.
- 8 Kinsey, Alfred Charles, W. B. Pomeroy, **“Comportamiento sexual del hombre”**. Indiana University Press, Indiana, 1998. 592 pgs.
- 9 López Rivera, Oscar. **“Guatemala: intimidades de la pobreza”**. USAC, Guatemala. 1999. 245pgs.
- 10 Lopez Sologastoa, Jorge Luis, Zapeta Mazariegos, Luis. **“Extracto Guatemala el rostro de la Homofobia, Informe especial los crímenes de odio por identidad sexual”**, OASIS, Guatemala, 1,996-2,006, 32 pgs.
- 11 Monroy, Juan. **“Clases sociales de Guatemala”**, USAC, Guatemala. 2008. 97pgs.
- 12 Montero Maritza, **“Hacer para transformar, el método en la psicología comunitaria”**, Paidós, Buenos Aires, 2007, 372pgs.
- 13 Murray A, Henry.” **La Personalidad, en la naturaleza, la sociedad y la cultura”**. Ediciones Grijalbo, Barcelona, 1997. 372pgs.
- 14 Ortega, Saira Carina, **“Informe Nacional de diversidad Sexual y VIH, sida”**, Guatemala, Quetzaltenango. Diciembre 2004. 31 pgs.

- 15 Peñalosa, José H. **“Actualizaciones Fundamentales Del SIDA”: En Su “Lo Esencial Sobre El SIDA: Para Los Profesionales De La Salud”**, Ediciones Unidas, Guatemala, 1998. 125pgs.
- 16 Pérez Jerez, Cristóbal. **“Guatemala hacia la pobreza”**. Economía, Guatemala. 1987. 117pgs.
- 17 Pierre, Pichot. **“Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM VI, Trastornos Sexuales”**, American Psychiatric Association, Washington, D.C. 1994. 871 pgs.
- 18 R. Brett, y F. Rodas. **“Informe Nacional de Desarrollo Humano 2009. Guatemala: Una agenda para el desarrollo humano”**. PNUD Sistema de las Naciones Unidas, Guatemala, 2009. 221pgs.
- 19 Riso, Walter. **“Depresión” Avances Recientes en Cogniciones y Procesamiento de la Información**. Ediciones Gráficas, Medellín, Colombia, 1995. 153 Pgs.
- 20 Rivadeneira, Luis. **“Guatemala: población y desarrollo. Un diagnóstico socio demográfico”**, CEPAL, Guatemala. 2008. 93pgs.
- 21 *Rodríguez Guinea, Karen.* **“Contexto social Guatemalteco”**. AVACSO, Guatemala, 2009. 135pgs.
- 22 Shneider M, David. **“concepto de personalidad”**. Ediciones Grijalbo, S.A. Buenos Aires, 1977. 392pgs.
- 23 Sors Pablo, **“SIDA: El hombre y su virus”**, Inter-Pares ONG, México 2009. 48 pgs.
- 24 Whitehead, N. **“Homosexualidad y problemas de salud mental”**. Instituto Valenciano de Fertilidad, Sexualidad y Relaciones Familiares. España, 2002. 278 pgs.
- 25 Autores Varios **“El desafío social del SIDA.”** Centro de estudios sociales aplicados y autores. Madrid. España 1997. 45pgs.
- 26 Artículo sobre Día internacional de la familia, **“VIH /SIDA y Bienestar Familiar”** traducción no oficial realizada por el Centro de Información de la ONU Lima, Perú Mayo del 2005.

Anexos

I. ANEXOS

Anexo No. 01

Tabla de Pensamientos Disfuncionales.

Nombre:	Fecha:	No.
----------------	---------------	------------

Instrucciones: Cuando mi estado de animo se modifique o se altere, me preguntaré a mi mismo ¿Qué pasa por mi mente ahora?, tan pronto sea posible escribiré el pensamiento o la imagen en la columna de pensamientos Automáticos.

Fecha/ Hora	Situación	Pensamientos Automáticos	Emociones	Reacción Física	Respuesta Alternativa	Resultado

Situación: ¿Qué eventos o recuerdos me llevaron a sentir la emoción desagradable? ¿Qué sensaciones físicas molestas tuve?

Pensamientos Automáticos: ¿Qué pensamientos o imágenes pasaron por mi mente? ¿En qué porcentaje creía en ellas en ese momento?

Emociones: ¿Qué emoción (enojo, ansiedad, tristeza), tuve en ese momento? ¿Qué tan intensa (0-100%) fue esa emoción?

Anexo No. 02

Diagrama de Conceptualización Cognitiva

No.

Nombre:	Fecha:	Diagnóstico:
---------	--------	--------------

Historia Relevante		
↓		
Creencias Nucleares		
↓		
Reglas Creencias Condicionales		
Positivas		
Negativas		
↓		
Estrategias Compensatorias		
↓	↓	↓
Situación 1	Situación 1	Situación 1
↓	↓	↓
Pensamiento Automático.	Pensamiento Automático.	Pensamiento Automático.
↓	↓	↓
Significado	Significado	Significado
↓	↓	↓
Emoción	Emoción	Emoción
↓	↓	↓
Conducta	Conducta	Conducta
↓	↓	↓
Fisiología	Fisiología	Fisiología

Historia Clínica.



- Datos Generales:

1. Nombre (iniciales): _____
2. Edad: _____
3. Escolaridad: _____
4. Estado Civil: _____
5. Ocupación: _____
6. Religión: _____

- Historia Personal.

7. Edad de la persona al momento de saber que es portador de VIH. _____
8. Relación actual con familiares: _____

9. Con quien vive en este momento: _____

10. Sabe usted que es el VIH?

11. ¿Hace cuanto sabe acerca de su situación como portador de VIH?

12. ¿Cuáles fueron sus sentimientos y pensamientos al momento de conocer que era portador de VIH?

13. ¿Qué sentimientos tiene ahora acerca de la situación?

14. ¿Qué actitud tuvo usted en ese momento frente a la enfermedad?

15. ¿Qué ha cambiado de esa actitud en este momento?

16. ¿Tiene su familia conocimiento acerca de su orientación Sexual?

17. ¿Tiene su familia conocimiento acerca de su situación de salud?

18. ¿Cuál es la actitud de la familia y amigos frente a la enfermedad?

19. ¿Ha experimentado rechazo por parte de alguna persona debido a su enfermedad?

20. ¿Qué espera usted del futuro?

21. ¿Qué opina acerca de otras personas que son portadoras de VIH?

22. ¿Brevemente describa como se siente hoy?

23. ¿Qué cambiaría de su situación, si tuviera la oportunidad de hacerlo?

Anotaciones:

OASIS.

(Taller de Cierre)

- **Estrategia**

Desarrollo de un taller de motivación para los pacientes de oasis para fomentar en ellos un mejor panorama de la calidad de vida que pueden alcanzar.

- **Objetivos**

- **General**

Lograr que cada uno de los participantes interactúe, conviva y aporte herramientas a otros participantes para fomentar la unidad y lograr una mejor calidad de vida para cada uno de ellos.

- **Específicos**

- **Establecer un clima de confianza.**

- Integrar al grupo por medio de dinámicas participativas.

- Analizar la comunicación en grupo y motivación, dentro de cada Individuo.

- Interactuar con el grupo de apoyo practicando dinámicas de participación.

- **Metas**

- Lograr la mejora continua en la calidad de vida de los pacientes de oasis a través de la concientización de la importancia de los cuidados paliativos.

- Brindar las herramientas adecuadas a los colaboradores de oasis para que puedan prestar un servicio de alta calidad a los pacientes del centro.

OASIS.

(Dosificación)

Objetivo General: Lograr que cada uno de los participantes interactúe, conviva y aporte herramientas a otros participantes para fomentar la unidad y lograr una mejor calidad de vida para cada uno de ellos.

Estrategia Desarrollo de un taller de motivación para los pacientes de oasis para fomentar en ellos un mejor panorama de la calidad de vida que pueden alcanzar

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	CONTENIDO	ACTIVIDADES	RECURSOS	EVALUACIÓN	FECHA Y HORA
<ul style="list-style-type: none"> • Establecer un clima de confianza. • Integrar al grupo por medio de dinámicas participativas. • Analizar la comunicación en grupo y motivación, dentro de cada individuo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dinámica de Presentación. • Dinámica de Integración grupal. • Plenaria sobre presentación (Inicio) 	<ul style="list-style-type: none"> • Presentación de cada participante. (Inicio) • Dinámica " El trueque de un secreto"(Adriana) • Presentación de "Cuidados Paliativos." 	<p>HUMANOS:</p> <p>Investigadores</p> <p>Participantes</p> <p>MATERIALES:</p>	<p>EN PROCESO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Participación. <p>A PARTICIPANTES:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reflexión personal. 	<p>Sábado 09 de Abril de 2,010.</p> <p>2:30 P.M.</p>

- Interactuar con el grupo de apoyo practicando dinámicas de participación.
- Cerrar las actividades de Investigación con los participantes

- **Dinámica sobre necesidades y motivación.**

(Inicio y Adriana)

Los que se necesitan en cada dinámica.

- **Dinámica" buenas o malas noticias" (concientización sobre como el entorno afecta el estado de ánimo)(Adriana)**
- **El óscar a lo imprevisto (I. Explorar los comportamientos y emociones al enfrentar situaciones imprevistas y Explorar los comportamientos en la Improvisación de soluciones creativas)(Inicio)**
- **Describiendo mis necesidades y ejercicio de motivación**

INSTITUCIONALES

OASIS

(Adriana)

- **Refrigerio.**
- **Cierre y palabras de despedida (Inicio y Adriana)**
- **Ejercicio de motivación.**
- **Refrigerio.**
- **Cierre de actividades.**