

Recursos internos y externos de las familias ante el diagnóstico VIH/SIDA o el comportamiento suicida¹

Pollyanna Zapata García^{2*}, Carlos Andrés Castañeda Villada^{3**}

Universidad Católica Luis Amigó, Colombia

RESUMEN

Introducción: un diagnóstico de VIH/SIDA o la presencia de un comportamiento suicida acarrearán en las familias un proceso de cambio en sus vínculos y dinámica. A la vez la hacen blanco de prejuicios y señalamientos que impactan sus costumbres y relaciones sociales. Para mantener su cohesión utilizan recursos internos y externos, que permiten minimizar y enfrentar la angustia, el dolor y el miedo que estos dos fenómenos generan. **Objetivo:** identificar en la literatura científica los recursos internos y externos que utilizan las familias para enfrentar el diagnóstico de VIH/SIDA o el comportamiento suicida de uno de sus miembros. **Método:** se hace una revisión en las bases de datos EBSCO, SciELO, Redalyc y Google Scholar de investigaciones a nivel iberoamericano y norteamericano, entre 2002 y 2016 centrados en las familias, sus recursos y/o estrategias de afrontamiento. **Resultados:** hay un marcado énfasis en ambas situaciones del uso de apoyos espirituales, informativos, económicos y humanos. Existe además un evidente protagonismo de las mujeres en las familias, bien sea porque asumen el cuidado de los miembros afectados o enfrentan la autolisis y el VIH de manera más emocional. **Conclusiones:** el prejuicio, el estigma y la discriminación social impiden el desarrollo oportuno de los recursos, apoyos y estrategias, llevando a las familias a optar por actitudes como el ocultamiento y la negación de lo sucedido.

Palabras clave: VIH/SIDA, suicidio, apoyo, afrontamiento, dinámica y familia.

INTRODUCCIÓN

Hablar sobre el comportamiento suicida y el VIH/SIDA en lo social es un tema vetado, en parte por la doble moral dominante, así como por la vergüenza y culpa que se asocia automáticamente

¹ Artículo derivado del trabajo de grado para optar al título de Especialista en Intervenciones Psicosociales. Tutora: Sonia Natalia Cogollo Ospina. Psicóloga. Magíster en Literatura Colombiana. Doctora en Artes. Correo electrónico: sonia.cogolloos@amigo.edu.co  <http://orcid.org/0000-0002-6814-0531>

^{2*} Licenciada en Educación Especial. Estudiante de Especialización en Intervenciones Psicosociales. Correo electrónico: pzapatag@ucn.edu.co

^{3**} Psicólogo. Estudiante de Especialización en Intervenciones Psicosociales. Correo electrónico: castaneda.villada@gmail.com

a aquellos que se enfrentan a estas situaciones. No obstante, ambos fenómenos son vistos como una problemática de salud pública, ya que no cesan en el tiempo, y por el contrario tienden al incremento. Según el vocero de ONUSIDA Colombia, César Núñez (“Colombia...,” 2014), este es el tercer país de la región que más casos de transmisión de VIH/SIDA presenta al año, siendo Brasil y México, en su respectivo orden, los que más aportan frente a esta enfermedad en Latinoamérica (párr. 1). En igual sintonía el *Boletín Epidemiológico de Medellín* del año 2016, informa que la ciudad en el 2015 tiene una de las tasas más altas en el país; durante este periodo se presentaron 106 suicidios, constituyendo una tasa de 4,3 por cada 100 mil habitantes, y de intento de suicidio se han registrado 1.599 casos, 15% más que el periodo anterior.

Diversos estudios describen que los individuos que experimentan aislamiento en su vida son más vulnerables al suicidio que los que tienen vínculos sociales fuertes con otras personas; también señalan como factores de riesgo relacionados con las conductas suicidas: el sexo, la edad, débiles redes de apoyo, eventos negativos, patologías psiquiátricas, consumo de sustancias psicoactivas y alcohol, algunos trastornos de la personalidad, la conducta imitativa, la historia previa de intentos de suicidio, la facilidad de acceso a métodos letales, antecedentes familiares de suicidio, entre otros (Tuesca Molina y Navarro Lechuga, 2003; Caycedo et al., 2009; Ballesteros et al., 2010; Vianchá Pinzón, Bahamón Muñetón y Alarcón Alarcón, 2013). Estos hallazgos evidencian la importancia de las redes de apoyo, la utilización de los recursos que se poseen y las estrategias de afrontamiento como posibles factores protectores.

Vanegas, Barbosa González, Alfonso, Delgado y Gutiérrez Serrano (2011) conciben a la familia como un sistema vivo, esto es, que recibe y da información del medio. Esta característica de correspondencia implica que las situaciones que afectan a un miembro de la familia inciden en la colectividad y corresponsabilidad, y es por ello que deben recurrir a ciertas estrategias que les permitan mantener su unidad y supervivencia. Para las familias el manejo de estas situaciones es complejo, puesto que ante la evidencia de un comportamiento suicida o un diagnóstico de VIH/SIDA, la zozobra, el miedo, la angustia y la culpa son algunos de los sentimientos que deben enfrentar e iniciar un proceso de recuperación familiar, ya que ambos casos significan una crisis, es decir, un evento inesperado que rompe con el equilibrio, el cual debe ser recobrado.

En diferentes apartados del artículo se mencionan algunas estrategias que un grupo familiar utiliza para mantener su equilibrio. Eso es lo que llamaremos de ahora en adelante recursos internos y externos de las familias, que emplean para superar la crisis generada por situaciones límite como

las elegidas en este texto. La familia como sistema tiene un papel fundamental en el miembro con VIH/SIDA y con comportamiento suicida, ya que dependerá de su acompañamiento, apoyo, su consideración y afecto para mantener una calidad de vida estable o en el suicida evitar consumir el acto.

MÉTODO

Se realizó la revisión de 100 estudios sobre el comportamiento suicida y el VIH/SIDA y sobre los recursos que emplean las familias para permanecer cohesionadas cuando uno de sus miembros es afectado por algunas de las dos situaciones mencionadas.

Con este primer filtro se focalizaron 50 referencias bibliográficas: 47 artículos de investigación, una tesis doctoral, un libro y un artículo teórico, producidos entre los años 2002 y 2016 a nivel iberoamericano y norteamericano. Estas tres últimas fuentes de información, no se incluyeron en el artículo final, ya que su aporte fue principalmente para orientar a los autores en la conceptualización de las unidades de análisis sobre las que se organiza el presente texto.

La revisión documental se organizó en seis momentos: (1) planteamiento del problema, (2) búsqueda bibliográfica, (3) formulación de la pregunta, (4) sistematización de la información, (5) análisis de la información, (6) escritura del artículo de revisión. Se llevó a cabo una búsqueda en las bases de datos electrónicas EBSCO, SciELO, Redalyc y Google Scholar, y se establecieron para la búsqueda las palabras claves: estrategias de afrontamiento, familia, VIH/SIDA, suicidio.

Para la búsqueda se utilizaron los siguientes criterios: (a) temporales: entre los años 2002 y 2016; (b) idiomas: español e inglés; (c) tipo de diseño: estudios cualitativos y cuantitativos; (d) tipo de población: familia.

Una vez finalizada la búsqueda, se realizó la etapa de sistematización de la información recolectada, con dos matrices analíticas. En la primera se identificaron en las referencias iniciales, las teorías, métodos, hallazgos, y las tendencias. En la segunda matriz se enfatizó en los tipos de muestreo que realizaban las investigaciones, la muestra utilizada, los autores más representativos, las categorías y subcategorías que se identificaban, y por último aquellos recursos que con más frecuencia fueron nombrados en los artículos.

RESULTADOS

En la revisión documental se identifican las siguientes unidades conceptuales: Recurso, apoyo

social, estrategias de afrontamiento, ocultamiento y estigma, familia, calidad de vida, género y depresión.

Recurso: ¿Con qué contamos para resolver lo que nos desborda emocionalmente?

Cuando el sistema familiar experimenta un diagnóstico de VIH/SIDA o un comportamiento suicida, se da un desbordamiento emocional, un cambio crítico en su dinámica, una ruptura en sus lazos. Esto genera reacciones personales y familiares que amenazan la estructura familiar, y en donde se hace necesario la utilización de diversas herramientas para re-inventar y re-construir los vínculos. A estos procesos se le han denominado recursos, Rivera Heredia y Andrade Palos (2006) explican: “un recurso es una propiedad, algo que se posee y que a la vez puede movilizarse, ya sea proveyéndolo, recibéndolo, intercambiándolo” (p. 25). Es algo tan valioso para la persona que le ayuda a mitigar el dolor causado por un suceso que desdibuja el sistema familiar.

Una forma de recurso que se moviliza, son las estrategias de afrontamiento, pilar del que las personas se valen para minimizar las consecuencias de un evento estresante o crítico. Se consideran dos estrategias básicas, las que están dirigidas a la solución del problema y las que intentan regular la emoción. Al respecto, Quintanilla Montoya, Valadez Figueroa, Valencia Abundiz y González de Mendoza refieren:

Para resumir una extensa y no siempre consistente literatura, la dimensión del afrontamiento focalizado en el problema involucra estrategias que intentan resolver, reconceptualizar o minimizar los efectos de una situación estresante. El afrontamiento focalizado en la emoción incluye estrategias que involucran la preocupación por uno mismo, fantasía u otras actividades conscientes relacionadas con la regulación del afecto. (2005, pp. 112-113).

Es decir, las dirigidas a la solución del problema están condicionadas a realizar esfuerzos cognitivos para desenmarañar las causas de lo sucedido, y las enfocadas a regular la emoción buscan intervenir directamente sobre la reacción.

En este sentido podemos decir que existen unos recursos internos y externos: las estrategias de afrontamiento al estar dirigidas a lo emocional y cognitivo serían recursos internos que la persona va a utilizar para contrarrestar los efectos emocionales y racionales que se estén presentando en un momento de crisis, mientras que en los externos estarían todos esos elementos que la persona y las familias voluntariamente reciben para mitigar el dolor, para dar respuesta a lo que están pasando, de forma asistencial (médicos, enfermeras, especialistas entre otros) o comunitaria (vecinos,

amigos, comunidades religiosas, fundaciones), es decir, lo denominado apoyo social.

Estilos y estrategias de afrontamiento: ¿cómo encaramos la situación crítica?

Si bien las investigaciones no han sido unánimes para determinar cuál estilo de afrontamiento es más beneficioso para una enfermedad, se encuentra que las familias implementan las estrategias de tipo activo frente al VIH/SIDA como la reestructuración del problema, la búsqueda de apoyo espiritual y la evaluación pasiva (Martín Padilla, Fajardo González, Gutiérrez Morales y Palma Prieto, 2007, p. 136; Carrobles, Remor y Rodríguez-Alzamora, 2003), pero también recurren a la obtención de apoyo social y la movilización familiar para obtener y aceptar ayuda, esto es que comparten su situación con la familia extensa y amigos más íntimos, y en algunos casos se acercan además a organizaciones sociales que les puedan brindar apoyo económico humano; en ambos casos, las familias experimentan no estar solas en el afrontamiento de la enfermedad.

Otros grupos familiares optan por estrategias menos activas, como la negación de lo que está sucediendo, pasando a callar, ocultar y fingir que los padecimientos se explican por asuntos completa y moralmente diferentes a la situación real; junto con la negación, aparecen también el control emocional, el distanciamiento y el conformismo, este último, se caracteriza por adoptar una actitud de “naturalización”, de cierta indiferencia ante lo que le sucede a la persona y por ende a la estructura familiar, liberando tensión y carga emocional (Flores Palacios, Almanza Avendaño y Gómez San Luis, 2008, p. 10).

Apoyo social: ayudas informativas, humanas y espirituales

Se encuentra que el apoyo social puede ser brindado por parte de la familia del sujeto diagnosticado con VIH/SIDA, los amigos e instituciones sociales que trabajan con esta problemática concretamente. El soporte que brindan estos ayudan a que en el sujeto se disminuyan las consecuencias del estrés que genera la enfermedad, incrementando su adherencia al tratamiento e incidiendo directamente en el estado de salud (Trejos Herrera, Mosquera Vásquez y Tuesca Molina, 2009; Vera Pérez y Estrada Aguilera, 2009; Ahumada, Escalante y Santiago, 2011; Mora Jiménez y Bonilla Plaza, 2014).

El apoyo social que reciben las familias para afrontar el VIH/SIDA y en comportamiento suicida puede ser informativo, el cual es el primer recurso al que acceden luego del diagnóstico o del acto y que representa, según la forma en que les sea brindado, como una esperanza o como una

condena. Algunos de los estudios señalan que para las familias fue muy frustrante la actitud del personal médico, quienes siendo más conocedores de las características del virus no les dieron la información oportuna para enfrentarse a la enfermedad o lo hicieron de una forma muy fría y hasta prejuiciosa (Cacante y Arias Valencia, 2009).

Respecto al apoyo humano, en los artículos se evidencia que el principal soporte para afrontar la situación es la familia, por ejemplo, las mujeres afroamericanas de New Jersey diagnosticadas con VIH/SIDA (Owens, 2003) manifestaban sentir por parte de su familia nuclear y luego la extensa, un apoyo en la vivencia de la enfermedad, sentimientos de empatía y de preocupación porque las necesidades básicas estuvieran cubiertas: alimentación, dinero, transporte, vivienda, lo que a su vez las motivaba a seguir realizando los rituales cotidianos como visitar a otros familiares.

Por su parte las mujeres mexicanas del Estado de Nuevo León (Moral de la Rubia y Segovia Chávez, 2014) expresaban que si bien preferían compartir muy poco de su enfermedad con los demás miembros del grupo familiar, sus parientes estaban pendientes de su bienestar y les colaboraban en la provisión de alimentos o en el cuidado de los hijos para que pudieran asistir a los controles médicos e incluso las acogían de nuevo en el hogar de origen cuando la pareja fallecía por causa del VIH/SIDA o abandonaba el núcleo familiar.

Posteriormente, cuentan con el apoyo de personas cercanas como amigos y vecinos y finalmente el ofrecido por entidades que trabajan con personas o familias afectadas por VIH/SIDA, así como ONG y otros grupos que apoyan de distintas formas: atención médica, medicamentos, escucha, acompañamiento físico.

Contrario a lo que sucede con el VIH /SIDA, muchas familias adoptan ante sucesos psicotraumatizantes como la conducta suicida, actitudes de defensa que protejan la integridad de sus miembros, limitando eventualmente los contactos sociales (Pérez Martínez y Lorenzo Parra, 2004a, p. 5).

Para las personas diagnosticadas y sus familias, la información y apoyo del personal de salud también afecta la adherencia y calidad de vida, pues lo que este personal especializado diga, incidirá en las acciones que se emprenderán para hacerle frente a la enfermedad y en la toma de decisiones del sujeto y su familia (Chong Villarreal, Fernández Casanueva, Huicochea Gómez, Álvarez Gordillo y Leyva Flores, 2012). Estos mismos autores señalan que el apoyo espiritual se vuelve esencial en el afrontamiento del VIH/SIDA, ya que lleva a las familias a enfrentar la angustia y la incertidumbre, explicar lo sucedido por una fuerza mística o superior y a replantear

estilos de vida y la propia cercanía o no de todo el núcleo familiar con la religión (Chong-Villarreal, Fernández-Casanueva, Huicochea-Gómez, Álvarez-Gordillo y Leyva-Flores, 2014).

En la atención del comportamiento suicida este apoyo por parte del personal a las familias se da como funcional cuando es colaborativo, “el cual se caracteriza porque hay escucha bilateral, se llega a un consenso dado que el médico y el familiar, buscan lo mejor para la enferma” (Builes Correa, Anderson Gómez, Ramírez Zapata y Arango Arbeláez, 2014, p. 337). Sin embargo estas mismas autoras afirman que también en la atención de los profesionales se puede dar lo que ellas nombran como la sordera: “una actitud negativa, en cuanto desoyen y desatienden a la familia, escuchan el propio saber médico, conversan entre ellos, pero no escuchan a los que vieron” (p. 337).

Ocultamiento y estigma: de lo que no se habla

Las familias en las cuales se presentan casos de VIH/SIDA o comportamiento suicida asumen, en muchos casos, una actitud de negación, creación de historias ficticias que hablen del repentino fenómeno, simulación de otras situaciones que puedan explicar los síntomas físicos, como la anemia, la baja de defensas, el estrés, entre otras. “De esta manera, se inicia un camino hacia la ocultación de la verdad, hacia la fabricación de un secreto familiar” (Garcíaandía Imaz, 2013, p. 76).

Estas acciones de “disimulo” buscan proteger al sujeto y al núcleo familiar de la estigmatización, la crítica, la burla y la discriminación por parte de la familia extensa, amigos, vecinos, compañeros de trabajo, y otros actores sociales con los que se relacionan. En el caso, por ejemplo, de la infancia y la adolescencia, las familias o cuidadores evitan en primera instancia revelar el diagnóstico a los mismos portadores de la enfermedad, por temor a que lo compartan involuntariamente a sus pares y se genere un efecto dominó caracterizado por segregación de espacios colectivos como la escuela, se desencadenen reacciones emocionales extremas como la depresión o ideaciones suicidas, y también porque no se sienten capacitados para brindarles esta trascendental información (Trejos Herrera et al., 2009, p. 27).

Las narrativas de las familias afectadas por estas problemáticas incluyen palabras que expresan la dimensión del impacto que para ellas supone el diagnóstico, así como para sus relaciones sociales: “personas”, “nosotros”, “hijo”, “enfermedad”, “rechazo”, “ignorancia” (Flores Palacios et al., 2008). El peso de estas palabras reside en la carga social que implica tener SIDA, ya que

culturalmente esta enfermedad se asocia a un tipo de vida promiscua y/o al sostenimiento de relaciones sexuales con homosexuales, en ambos casos, la consecuencia es el señalamiento y el rechazo. Es por lo anterior que de forma explícita o implícita, en la familia se establecen reglas para determinar a quién se le puede hablar de la enfermedad y qué persona deberá ser excluido (Flores Palacios, Almanza Avendaño y Gómez San Luis, 2008, p. 10).

Una persona diagnosticada con VIH/SIDA se enfrenta a una enfermedad crónica, lo que implica un tratamiento costoso, con efectos secundarios y de por vida, esta situación genera una crisis en las familias: mientras más activo en la dinámica familiar sea el rol de la persona infectada, más fuerte será la crisis, ya que se pone en riesgo la estabilidad económica de todo el núcleo. Si a esto, se le suma lo mencionado anteriormente de la representación social que acarrea el tener VIH/SIDA como la consecuencia de tener conductas moralmente inadecuadas, se puede entender porqué las familias optan por ocultar su realidad a sus entornos más inmediatos, ya que así evitan ver afectada su posición en el medio social, e impedir a su vez la desintegración de la estructura familiar. Por ejemplo, Antunes y Rubim (2008) indican:

La revelación del diagnóstico del VIH en el círculo familiar y social también es apuntada implícitamente en los relatos de las cuidadoras como discriminatoria, ya que se supone que no hay en la familia y en el medio social, la comprensión del SIDA como una enfermedad crónica con la que se pueda convivir sin miedo; es una enfermedad que, en virtud de su historia, ocasiona vergüenza y aislamiento social, que se extiende a la red familiar cuando uno de sus componentes es portador de VIH. (p. 7).

Por su parte, Acinas (2011) muestra algunas de las expresiones que coloquialmente se emplean para referirse a las familias que viven el suicidio de alguno de sus integrantes: “Algo habrá hecho la familia para que haya pasado esto”, “cada uno tiene lo que se merece” (p. 8). Estas palabras marcan a la familia con un prejuicio negativo, un estigma que deberá cargar por mucho tiempo e incluso de manera intergeneracional, y que será puesto en evidencia en los escenarios sociales en los que interactúa la familia, siendo así víctimas de una discriminación social; esta acción ejercida de fuera hacia adentro, acarrea en la familia desarticulación en sus vínculos y cohesión.

“Se evidenció que las personas con estigma internalizado realizaron más intentos de suicidio y que la tasa de suicidio en población general es más alta en los países con mayor estigma percibido” (Campo Arias y Herazo, 2015. p. 243), esto les impide utilizar sus recursos internos o buscar apoyos externos, y de esta manera aumenta el sufrimiento individual y familiar, lo que a su vez

afecta la ejecución de las funciones básicas de la familia y el desarrollo de la confianza, los roles, la comunicación, el afecto, en fin, en otras palabras, el apego. Al respecto Ferré-Grau et al. (2011) refieren: “Estos aspectos parecen constituir una estrategia cognitiva útil para reducir la angustia que el estigma del suicidio genera en el familiar cuidador, así como permitirle una distancia emocional adecuada para seguir enfrentándose a sus dificultades” (p. 8).

Familia: y ¿qué pasa con los míos?

La revelación del diagnóstico es vivida por los miembros de la familia como un fuerte impacto emocional, que puede generar reacciones de incredulidad, tristeza, miedo o desesperación (Flores Palacios et al., 2008, p. 9). Estas reacciones primarias hacen parte del proceso de adaptación a la enfermedad, sin embargo, pueden determinar la salud de la persona enferma, bien sea porque influyen en su bienestar o en exacerbar el estado de enfermedad. En comparación con el comportamiento suicida el acto es vivido de diferente manera:

En el caso de los suicidios consumados, se afecta la estabilidad de la membresía, la dinámica familiar; y se producen crisis familiares por desorganización; en el intento suicida, dado el desajuste y deterioro del equilibrio armónico e interactivo entre los miembros de la familia se afecta únicamente el eje de la dinámica grupal y la subjetividad individual. (Pérez Martínez y Lorenzo Parra, 2004b, p. 4).

Para Vera Pérez y Estrada Aguilera (2009) el apoyo familiar que experimentan las personas con VIH/SIDA es fundamental para aceptar el tratamiento, adherirse a él y percibir mejoras significativas en su salud física y emocional.

Si bien en los estudios consultados, las personas manifestaron no sentir discriminación en el ámbito de sus familias, se observan elementos importantes de ser señalados. Por ejemplo, en el contexto mexicano se experimenta un fuerte sentimiento de “familiaridad”, lo que se traduce en una lealtad incondicional para todos los miembros (Moral de la Rubia y Segovia Chávez, 2014)

Por otro lado, las mujeres perciben empatía en sus familias ante el diagnóstico, pero también cierta negación, especialmente cuando emerge el tema de la muerte (Owens, 2003). Una forma de encarar el tema de la eventual pérdida de la vida, se lleva a cabo mediante el empoderamiento que brinda la información que reciben las personas y familias afectadas en las visitas al hospital y en los intercambios informales con otras personas también afectadas, de esta forma van reconstruyendo la mirada que se tiene de la enfermedad, lo cual incide positivamente en la dinámica familiar (Chong-Villarreal et al, 2014).

A pesar de lo anterior, en el grupo familiar se presentan crisis y conflictos por los gastos de la enfermedad, surge la preocupación por la provisión económica cuando el miembro afectado es aquel que llevaba el dinero o los alimentos al hogar, y emerge la inquietud por el futuro: ¿entonces, qué pasará con la supervivencia de la familia y con el cuidado del enfermo? (Cazenave, Ferrer, Castro y Cuevas, 2005).

Es importante señalar que en las familias suele asumirse el cuidado de la persona enferma por parte de uno de sus miembros, generalmente una mujer, bien sea la madre o una hermana (familia cuidador) y en estos cuidadores primarios recae el peso de la toma de decisiones médicas y otras referidas a los ámbitos social, espiritual y de estilos de vida. Este cuidado se da durante las 24 horas del día, según sea el estado de salud de la persona, quien requerirá más o menos cuidado de acuerdo a la etapa evolutiva de la enfermedad, y exige del cuidador un compromiso físico y psicológico, proporcional al desgaste físico y psicológico que desarrolla, y que en muchos casos termina con el abandono del cuidado, debido a la fatiga, al estrés y deterioro de la propia salud emocional.

En una de las investigaciones, las familias de las personas afectadas por el virus del VIH manifestaban un escaso apoyo familiar, lo cual se explicaba por la exigencia de las demandas del cuidado y que alteraban de manera significativa la dinámica y estructura del grupo primario (Cambambia-Jimenez et. al, 2010).

Así mismo, hay que destacar que algunos de los textos consultados se centraban específicamente en la población infanto-juvenil y su relación con las enfermedades crónicas como el VIH/SIDA o el cáncer, ya que hay diferencias en las formas como ellos y sus familias se enfrentan a estas situaciones comparativamente con las personas adultas. Al respecto, se identificó que para la niñez afectada por estas condiciones de salud, tiene mucha importancia la dificultad que experimentan para socializar con otros en espacios como la escuela, iniciar contactos sexuales por temor al contagio o a la vergüenza por ser expuestos en público; también manifestaban cierta “incomodidad” por la actitud de sus familias, las cuales eran de sobreprotección y que los limitaban de manera excesiva en la vivencia normalizada de su etapa del ciclo vital y todo lo que esto conlleva (Orcasita Pineda, Uribe Rodríguez y Valderrama Orbezo, 2012; Flórez-Carvajal y Urzúa, 2015).

Calidad de vida: el impacto del acompañamiento de la familia

Para el caso de las personas que viven con el VIH/SIDA y como se mencionó previamente, contar con un sistema de apoyo es esencial para poder afrontar la enfermedad y sus múltiples consecuencias. Al respecto, en el estudio de Owens (2003) las mujeres afroamericanas reportaron que con el apoyo afectivo que percibían de sus familias experimentaban una reducción en los niveles de estrés, depresión y miedo.

Resultados similares arrojaron los trabajos de Remor (2002), Urzúa Morales y Jarne Espacia (2008), Trejos Herrera et al. (2009), Ahumada et al. (2011) y Mora Jiménez y Bonilla Plaza (2014) en los cuales se demuestra que aquellas personas portadoras del virus VIH/SIDA indicaban experimentar mejor estado de salud, más calidad de vida, buen funcionamiento físico y motivación en la realización de tareas cotidianas cuando contaban con el apoyo de sus familias u otras personas cercanas; esto se traducía, por ejemplo, en menos síntomas físicos y emocionales en comparación con aquellos que no tenían un sistema de apoyo en el afrontamiento de la enfermedad, ya que estos sí manifestaban más estrés, depresión, ánimo bajo, mayor dolor físico y, en general, una peor salud física.

Los autores mencionados en el párrafo anterior coinciden en el hallazgo de que las personas con VIH/SIDA que se encontraban acompañadas por su grupo familiar y que además presentaban un estilo de afrontamiento activo conductual o activo cognitivo, manifestaban mejor adherencia y respuesta al medicamento, ya que, al sentir el apoyo, atención y empatía de sus seres queridos, se comprometían con el tratamiento, pues encontraban en ellos mismos recursos y capacidades para enfrentar la enfermedad.

No obstante, en el estudio adelantado por Carrobles et al., (2003) se arrojan resultados opuestos, ya que se indica que no es posible determinar que la presencia de apoyo social o la utilización de estilos y estrategias de afrontamiento activos impedirán el deterioro de la salud en las personas seropositivas.⁴

Género: la mujer como protagonista

La idea de suicidio, su intención y planeación se origina en los jóvenes cuando un importante

⁴Se realizó, por una parte, una comparación de medias (Prueba t) entre los sujetos asintomáticos y aquellos con un diagnóstico de SIDA; y por otra, la comparación entre aquellos sujetos que tenían un nivel de linfocitos T CD4 inferior a 200 mm³, equivalente a la fase avanzada de la infección, y aquellos con un nivel superior a 200 mm³. Los resultados indican la no existencia de diferencias significativas entre el estilo y las estrategias de afrontamiento y el deterioro de la salud (etapa de la infección por VIH y el nivel de linfocitos T CD4) como variable independiente. (Carrobles et al., 2003, p.423).

nivel de estrés o de crisis desborda sus capacidades y recursos, lo que hace la situación tan intolerable que concluye en un comportamiento suicida. También como una decisión existencial de la vida, donde tanto vivir como morir es una elección y cada una tiene una manera de solucionar las crisis, los retos, las dificultades que se presenta en el día a día, y que como elección no tiene que existir un dolor intenso para decidir una u otra.

La ideación suicida y el intento suicida están más presentes en las mujeres que en los hombres (Ballesteros et al., 2010; González Montañez et al., 2011; Valadez-Figueroa, Chávez-Hernández, Vargas-Valadez y Ochoa-Orendain, 2016). En los muestreos de varias investigaciones, la mujer estuvo por encima del rango medio, esto quiere decir que por cada hombre que se intenta suicidar, hay tres mujeres que lo han intentado; sin embargo, al revisar el suicidio, los resultados cambian, y son los hombres quienes logran quitarse la vida con más frecuencia. Esto se debe a que los mecanismos que utilizan para cometer el acto son más contundentes (Casullo, 2004, p. 178; Gonzáles et al., 2010).

Algunos de los motivos por los cuales las mujeres realizan más intentos de suicidio son por su alta sensibilidad, el poco control de la emocionalidad e impulsos, pérdidas afectivas, y rechazo social. Así mismo, porque creen que es la única forma para afrontar los problemas, y tienen una baja racionalización frente a la resolución de las situaciones que les suceden. Sin embargo, y contrario a los hombres, las mujeres cuentan con un recurso fundamental para evitar el suicidio, y es que acceden con mayor frecuencia a redes de apoyo y ayudas sociales (Marulanda Toro, Román Buitrago y Arbeláez Rojas, 2010, p. 97).

Para el caso de los artículos consultados sobre el VIH/SIDA, los hallazgos en torno al género se ubican principalmente en que son las mujeres las principales cuidadoras de los enfermos, bien sea por su grado de parentesco o porque culturalmente a ellas se les reconoce y asignan labores de cuidado, protección, atención en situaciones de crisis o enfermedad. Para Cazenave et al. (2005) el 81,6% de los cuidadores de su estudio eran mujeres: primero estaban las madres, luego las hermanas y finalmente las esposas; tres manifestaciones de un mismo asunto: son las mujeres las protagonistas en la atención de los familiares enfermos.

Los padres, por su parte, participan con apoyo económico (instrumental), acompañan desde lejos; cuestionan, supervisan y guardan silencio frente al proceso de la enfermedad (Cacante y Arias Valencia, 2009, P. 178).

En otra de las investigaciones consultadas (Moral de la Rubia y Segovia Chávez, 2014) se

observa una relación entre género y discriminación. Esta correlación se presenta cuando las mujeres seropositivas perciben actitudes despectivas de su entorno, lo que desencadena una alta expresividad emocional (tristeza, sensibilidad e irritabilidad, llanto exagerado, ira y depresión).

Depresión: el enemigo oculto

Existe una gran relación entre los trastornos depresivos y el suicidio. Es importante entender que esta tipología es un factor desencadenante, de riesgo y de vulnerabilidad y que además intensifica la ideación suicida (Ballesteros et al., 2010; Campo y Erazo, 2015; Valadez-Figueroa et al., 2016).

El comportamiento suicida usualmente se asocia con el diagnóstico de depresión. Como se ha visto previamente, cuando la persona se siente desbordada por sus emociones y comportamientos, va desarrollando una idea de suicidio, como una posible solución a lo que siente. Es una búsqueda por la paz y por impedir que sus familiares y amigos cercanos, y otras figuras representativas estén padeciendo a causa de él. En los trastornos depresivos hay un decremento de los recursos protectores en la persona, disfuncionalidad cognitiva y en algunos casos estigmatización, por lo cual su manifestación no debe ser tomada a la ligera.

Con relación al VIH/SIDA, solo en uno de los estudios se menciona una relación entre la enfermedad y la depresión, y es el de Moral de la Rubia y Segovia Chávez (2014), quienes señalan que las mujeres, por ser más expresivas emocionalmente, son directamente más sensibles al rechazo que puede causar en su entorno la revelación del diagnóstico, lo que puede desencadenar una depresión.

El género y la depresión tuvieron un protagonismo importante en la investigación, no como unos recursos directos utilizados por las familias, pero sí como elementos claves para hacer una diferencia entre la manera de abordar la crisis y como detonante de una situación. Frente a esto último, se encuentra que Ferré-Grau et al. (2011, p. 4) detallan: “el intento de autolisis legitima y da credibilidad a la enfermedad depresiva en el entorno social y familiar”

DISCUSIÓN

Se halló que las formas más recurrentes para enfrentar estos dos fenómenos son los recursos propios y externos: estilos y estrategias de afrontamiento y apoyo social, respectivamente. Sin embargo debido al prejuicio social y cultural, también se evidencia que la familia se ve abocada a

activar un mecanismo de defensa que es el ocultamiento o negación de lo sucedido, con el objetivo de cerrar filas, y evitar el estigma.

Otras herramientas con las que cuenta una familia para enfrentar las situaciones críticas que se le presentan en su cotidianidad, no son solamente las brindadas por el entorno cercano y el sistema de apoyo, el Estado u otras entidades particulares también sirven como contenedores mediante sus programas de atención asistencial.

Se evidencian un precario acompañamiento psicosocial y afectivo a las familias que sufrieron el acto suicida, esto puede ser resultado de la poca sensibilización que hay en lo social y en el personal hospitalario; además se aúna a la fragilidad en que queda la familia para afrontar lo sucedido, junto con insuficientes herramientas para ampliar su red de apoyo. De esta manera la familia queda sola, con sus sentires y pensamientos sobre el miembro que se fue.

El género es una de las tendencias más recurrentes en relación con los temas investigados. Las mujeres son las principales cuidadoras de las personas diagnosticadas con VIH/SIDA encontrando que son primero las madres, luego las hermanas y por último la esposa e hijas quienes se encargan del enfermo; en el caso del comportamiento suicida, las mujeres solicitan ayuda y expresan con mayor facilidad los motivos por los cuales tiene pensamiento suicida.

La actitud de negación y ocultamiento es común para afrontar los prejuicios y señalamientos que genera tener un miembro de la familia seropositivo o que ha intentado quitarse la vida, siendo un mecanismo de defensa, para protegerse o blindar su estructura, y de esta manera poder tomar su tiempo para saber cómo contrarrestar la vergüenza y el estigma que acarrearán estas situaciones.

Durante el rastreo documental se esperó encontrar una relación entre la intención suicida por causa del VIH/SIDA, debido a los cambios personales que un sujeto debe realizar, para afrontar esta situación, sin embargo, apareció que la ideación suicida se presenta por factores diferentes al diagnóstico, como estar soltero, niveles socioeconómicos bajo y medio y haber tenido intentos de suicidio antes del diagnóstico (Palacios Espinosa, Rueda Latiff y Valderrama Herrera, 2006).

Varios de los estudios consultados diseñaron y aplicaron escalas de evaluación para revisar el funcionamiento familiar, la depresión, las estrategias de afrontamiento, los recursos, la información recibida durante el diagnóstico, la percepción del apoyo social en la vivencia del VIH/SIDA o comportamiento suicida. Esto demuestra la importancia de estos dos eventos y afirma su preocupación como problemas de salud pública.

Hay una tendencia a realizar estudios de tipo empírico-analítico y de corte epidemiológico.

Muy pocas investigaciones se ubican desde una mirada comprensiva o hermenéutica, y no se preguntan por cómo realizar una intervención psicosocial de la enfermedad y del comportamiento suicida en la persona, en su familia y en el entorno inmediato.

REFERENCIAS

- Acinas, P. (marzo, 2012). Duelo en situaciones especiales: suicidio, desaparecidos, muerte traumática. *Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*, 2(1). Recuperado de http://www.psicociencias.com/pdf_noticias/Duelo_en_situaciones_especiales.pdf
- Ahumada, M., Escalante, E. y Santiago, I. (2011). Estudio preliminar de las relaciones entre las estrategias de afrontamiento y el apoyo social con la adherencia al tratamiento de personas que viven con VIH/SIDA. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 15(1), 55-70. Recuperado de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1852-73102011000100002
- Antunes, A. A. y Rubim, E. N. (2008). Creciendo con VIH/SIDA: un estudio con adolescentes portadoras de VIH/ SIDA y sus cuidadoras familiares. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 16 (3), 348-354. Recuperado de Ballesteros, M. P., Gutiérrez-Malaver, M. E., Sánchez Martínez, L. M., Herrera Medina, E. D., Gómez Sotelo, A. P. e Izzedin Bouquet, R. (2010). El suicidio en la juventud: una mirada desde la teoría de las representaciones sociales. *Revista de Psiquiatría*, 39(3), 523-543. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80619187006>
- Builes Correa, M. V., Anderson Gómez, M. T., Ramírez Zapata, A., Arango Arbeláez, B. E. (2014). Suicidio en mujeres gestantes: vivencias y redes de apoyo para las familias que les sobreviven. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 32(3), 332-339. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2014000300008
- Cacante, J. y Arias Valencia, M. M. (2009). Tocar los corazones en busca de apoyo: el caso de las familias de niños con cáncer. *Investigación y educación en enfermería*, 27(2), 170-180. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=105213195002>
- Cambambia-Jiménez, G. A., Sainz-Vázquez, L., Galindo-Sainz, J., Soler-Huerta, E., Gil-Alfaro, I. y Mendoza-Sánchez, H. F. (2010). Perfil de las familias de pacientes con VIH/SIDA de una unidad de medicina familiar de Xalapa, México. *Archivos en Medicina Familiar*, 12(3), 77-82. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=50719054003>

- Campo Arias, A. y Herazo, E. (2015). El complejo estigma-discriminación asociado a trastorno mental como factor de riesgo de suicidio. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 44(4), 243-250. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rcpv/v44n4/v44n4a08.pdf>
- Carrobbles, J. A., Remor, E. y Rodríguez-Alzamora, L. (2003). Afrontamiento, apoyo social percibido y distrés emocional en pacientes con infección por VIH. *Psicothema*, 15(3), 420-426. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72715313>
- Casullo, M. M. (2004). Ideaciones y comportamientos suicidas en adolescentes: una urgencia social. *Anuario de Investigaciones*, (12), 173-182. Recuperado de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-16862005000100017
- Caycedo, A., Arenas, M. L., Benítez, M., Cavanzo, P., Leal, G. y Guzmán, R. (2010). Características psicosociales y familiares relacionadas con intento de suicidio en una población adolescente en Bogotá, 2009. *Persona y Bioética*, 14(2), 205-213. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83216977008>
- Cazenave, A., Ferrer, X., Castro, S. y Cuevas, S. (2005). El familiar cuidador de pacientes con SIDA y la toma de decisiones en salud. *Revista Chilena de Infectología*, 22(1), 51-57. DOI: <http://dx.doi.org/10.4067/S0716-10182005000100007>
- Chong Villarreal, F., Fernández Casanueva, C., Huicochea Gómez, L., Álvarez Gordillo, G. y Leyva Flores, R. (enero-junio, 2012). Estrategias de personas con VIH para enfrentar el estigma asociado al VIH / SIDA. Pacientes del Hospital General de Huixtla, Chiapas. *Estudios Fronterizos*, 13(25), 31-55. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=53023332002>
- Chong-Villarreal, F., Fernández-Casanueva, C., Huicochea-Gómez, L., Álvarez-Gordillo, G. y Leyva-Flores, R. (enero-junio, 2014). Estrategias familiares de hombres y mujeres con VIH que buscan atender necesidades materiales en la región del Soconusco, Chiapas. *LiminaR*, 12(1), 177-192. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-80272014000100012
- Colombia es el tercer país de Latinoamérica con más casos de VIH-Sida. (31 de mayo, 2014). *El País*. Recuperado de <http://www.elpais.com.co/colombia/es-el-tercer-pais-de-latinoamerica-con-mas-casos-de-vih-sida.html>
- Ferré-Grau, C., Montescó-Curto, M., Mulet-Valles, M., Lleixá Fortuño, M., Albacar-Riobo, N. y

- Adell-Aregentó, B. (2011). El estigma del suicidio vivencias de pacientes y familiares con intentos de autolisis. *Index de Enfermería*, 20(3), 155-159. DOI: <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962011000200004>
- Flores Palacios, F., Almanza Avendaño, M. y Gómez San Luis, A. (2008). Análisis del Impacto del VIH/SIDA en la familia: una aproximación a su representación social. *Psicología Iberoamericana*, 16(2), 6-13. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=133920328002>
- Flórez-Carvajal, D. y Urzúa, A. (2015). Propuesta de evaluación de estrategias de afrontamiento ante la enfermedad crónica en adolescentes. *Revista Chilena de Pediatría*, 87(3), 169-174. Recuperado de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0370410615002053>
- Garciandía Imaz, J. A. (diciembre, 2013). Familia, suicidio y duelo. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 42(1), 71-79. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80638951010>
- González Montañez, C., Criado Morales, M. L., Araque, J. C., Cala, O. X., Smith Hernández, B., Jiménez, M. N., Salazar Serrano, T. y Sierra S. M. (enero-abril, 2011). Efectividad de la funcionalidad familiar de persona que ha intentado suicidarse. Funcionalidad familiar en intento de suicidio. *Salud UIS*, 43(1), 33-37. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=343835701005>
- González, A., Rodríguez Betancur, A., Aristizábal, A., García Valencia, J., Palacio, C. y López Jaramillo, C. (2010). Suicidio y género en Antioquia (Colombia): estudio de autopsia psicológica. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 39(2) 251-257. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v39n2/v39n2a04.pdf>
- Martín Padilla, E., Fajardo González, C., Gutiérrez Morales, A. y Palma Prieto, D. (2007). Estrategias de afrontamiento de crisis causadas por desempleo en familias con hijos adolescentes en Bogotá. *Acta Colombiana de Psicología*, 10(2), 127-141. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2524860>
- Marulanda Toro, N. X., Román Buitrago, L. M. y Arbeláez Rojas, M. C. (enero-junio, 2011). ¿Qué pasa con el sujeto y su familia después de un intento de suicidio? *Revista Universidad Católica de Oriente*, (31), 85-106. Recuperado de <http://revistas.uco.edu.co/index.php/UCO/article/view/63/86>
- Mora Jiménez, A. y Bonilla Plaza, L. C. (2014). Implicaciones sociofamiliares como factor

- condicionante en la adhesión al tratamiento del VIH+. *Ciencia y Salud*, 3(11), 19-32. Recuperado de <http://revistas.usc.edu.co/index.php/CienciaySalud/article/view/503#.WCocfS3hDIU>
- Moral de la Rubia, J. y Segovia Chávez, M. (2014). Discriminación en la familia a mujeres que viven con VIH. *Psicogente*, 18(33), 89-103. DOI: <http://dx.doi.org/10.17081/psico.18.33.58>
- Orcasita Pineda, L. T., Uribe Rodríguez, A. F. y Valderrama Orbezo, L. J. (2012). Conocimientos y actitudes frente al VIH/SIDA en padres de familia de adolescentes colombianos. *Revista Colombiana de Psicología*, 22(1), 59-73. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rcps/v22n1/v22n1a05.pdf>
- Owens, S. (2003). African American women living with HIV/AIDS: Families as sources of support and of stress. *Social Work*, 48(2), 163-171. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12718412>
- Palacios Espinosa, X., Rueda Latiff, A., Valderrama Herrera, P. (2006). Relación de la intención e ideación suicida con algunas variables sociodemográficas, de la enfermedad y aspectos psicoafectivos en personas con el VIH/SIDA. *Revista Colombiana de Psicología*, (15), 25-38. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/804/80401504.pdf>
- Pérez Martínez, V. T. y Lorenzo Parra, Z. (2004a). Comportamiento del sistema de redes de apoyo social en familias que sufren la conducta suicida. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 20(5-6). Recuperado de http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol20_5-6_04/mgi055_604.htm
- Pérez Martínez, V.T. y Lorenzo Parra, Z. (2004b). Repercusión familiar del comportamiento suicida. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 20 N° 5-6. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252004000500002
- Quintanilla Montoya, R., Valadez Figueroa, I., Valencia Abundiz y González de Mendoza, J. M. (2005). Estrategias de afrontamiento en pacientes con tentativa suicida. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 7(2), 112-116. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80619187006>
- Remor, E. (2002). Apoyo social y calidad de vida en la infección por el VIH. *Atención Primaria*, 30(3), 143-148. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0212-6567\(02\)78993-2](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(02)78993-2)
- Rivera Heredia, M. E. y Andrade Palos, P. (2006). Recursos individuales y familiares que protegen

- al adolescente del intento suicida. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 8(2), 23-40. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80280203>
- Trejos Herrera, A. M., Mosquera Vásquez, M. y Tuesca Molina, R. (2009). Niñez afectada con VIH/SIDA: calidad de vida, funcionalidad, funcionalidad familiar en cinco ciudades de Colombia. *Salud Uninorte*, 25(1), 17-32. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/sun/v25n1/.pdf v25n1a03>
- Tuesca Molina, R. y Navarro Lechuga, E. (2003) Factores de riesgo asociados al suicidio e intento de suicidio. *Salud Uninorte*, (17), 19-28. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=81701703>
- Urzúa Morales, A. y Jarne Espacia, A. (2008). Calidad de vida y estilos de afrontamiento en personas con patologías crónicas. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology*, 42(1), 151-160. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28442116>
- Valadez-Figueroa, I. de la A., Chávez-Hernández, A. M., Vargas-Valadez, V. y Ochoa-Orendain, M. C. (octubre-diciembre, 2016). Persistencia de los pensamientos de muerte posteriores a la tentativa suicida en una muestra de jóvenes mexicanos. *Revista de Educación y Desarrollo*, (39), 15-26. Recuperado de <https://www.researchgate.net/publication/308697243>
- Vanegas, G., Barbosa González, A., Alfonso, M., Delgado, L. y Gutiérrez Serrano, J. (2011). Familias monoparentales con hijos adolescentes y psicoterapia sistémica: una experiencia de intervención e investigación. *Revista Vanguardia Psicológica Clínica Teórica y Práctica*, 2(2), 203-215. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4815139>
- Vera Pérez, V. y Estrada Aguilera, A. (2004). Influencia social y familiar en el comportamiento del paciente con VIH/SIDA ante su diagnóstico y su manejo. *Revista del Hospital Juárez de México*, 71(1), 29-35. Recuperado de <http://bvssida.insp.mx/articulos/4303.pdf>
- Vianchá Pinzón, M. A., Bahamón Muñetón, M. J. y Alarcón Alarcón, L. L. (2013). Variables psicosociales asociadas al intento suicida, ideación suicida y suicidio en jóvenes. *Tesis Psicológica*, 8(1), 112-123. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=139029198009>