



UNIVERSIDAD CATÓLICA

DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE FILOSOFÍA LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN

PSICOLOGÍA CLÍNICA

TÍTULO:

**EXPERIENCIA DE DUELO EN HOMBRES Y MUJERES CON DIAGNÓSTICO
DE VIH/SIDA EN LA FUNDACIÓN VIHDA: INTERVENCIONES POSIBLES
POR PARTE DEL PSICÓLOGO CLÍNICO.**

**PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
CLÍNICA**

AUTOR (A):

AMAYA FARIÑO ALEJANDRA PATRICIA

TUTORA

PSIC. SONIA RODRIGUEZ

GUAYAQUIL – ECUADOR

2016



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE FOLOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por **Alejandra Patricia Amaya Fariño**, como requerimiento parcial para la obtención del Título de Licenciada en Psicología Clínica.

TUTOR (A)

Sonia Rodríguez

Alexandra Galarza

DIRECTOR DE LA CARRERA



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE FOLOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA
DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD**

Yo, **Alejandra Patricia Amaya Fariño**

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación: **Experiencia de duelo en hombres y mujeres con diagnóstico de VIH-SIDA en la fundación VIHDA: intervenciones posibles por parte del psicólogo clínico**, previa a la obtención del Título de **Licenciada en psicología clínica**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan al pie de las páginas correspondientes, cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance científico del Trabajo de Titulación referido.

Autora

Alejandra Patricia Amaya Fariño



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE FOLOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

AUTORIZACIÓN

Yo, Alejandra Patricia Amaya Fariño

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la publicación en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación: **Experiencia de duelo en hombres y mujeres con diagnóstico de VIH-SIDA en la fundación VIHDA: intervenciones posibles por parte del psicólogo clínico**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Autora

Alejandra Patricia Amaya Fariño

AGRADECIMIENTO

“Agradezco a Dios por permitirme seguir con vida y llegar a este punto, donde culmino una de las metas que me planteé años atrás.”

“A mis padres que gracias a ellos puedo estar en esta nueva etapa, gracias por su guía y su apoyo en cada momento de mi carrera.”

“A la psicóloga Sonia Rodríguez por su asesoramiento, sus consejos y paciencia durante la realización de este trabajo.”

“Y por último agradezco a la institución que permitió que realizara las prácticas dentro de la misma.”

Alejandra Patricia Amaya Fariño

DEDICATORIA

Este trabajo está dedicado a las personas que callan su diagnóstico por diferentes temores, a través de este trabajo se puede conocer un poco su forma de sobrellevar su diagnóstico, se da voz a personas que conviven con el virus, por esa razón dedico este trabajo a ellos, a sus familiares y a la sociedad en general para que tengan otra perspectiva de lo que es vivir con el Virus de Inmunodeficiencia Humana.

Alejandra Patricia Amaya Fariño



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE FOLOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN**

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

CALIFICACIÓN

Psi. Sonia Rodríguez

INDICE

Agradecimiento	V
Dedicatoria.....	VI
Resumen	X
Introducción.....	1
Justificación.....	3
Contexto de la sistematización.	4
Objeto.	4
Objetivos del proceso de la sistematización.	4
Objetivo general.	4
Objetivos específicos.....	4
Eje de la sistematización.....	5
Marco teórico.....	6
Capítulo 1	6
Perspectiva médica e institucional.....	6
1.1 historia del vih	6
1.2 vih – sida ¿es lo mismo?.....	8
1.3. Historia institucional	9
Capitulo 2	15
2.1. Identidad de género en el diagnóstico de vih/sida.....	15
2.2. Construcción del cuerpo y sexualidad frente a lo real del diagnostico	23

Capítulo 3	32
Perspectiva psicológica.....	32
3.1. El duelo en relación al diagnóstico.....	32
3.2. Recopilación de la experiencia del psicólogo clínico y análisis de casos	38
Caso d	40
Caso b	41
Caso m	43
3.3. Metodología de la investigación del desarrollo de la experiencia.....	44
3.4. Momentos del proceso metodológico en la sistematización	46
Conclusiones.....	49
Bibliografía.....	52

RESUMEN

El trabajo de sistematización se realiza recuperando los aprendizajes teóricos psicoanalíticos y de las prácticas pre-profesionales desarrolladas en la fundación VIHDA, desde junio de 2015 hasta Enero del 2016; el objetivo de este trabajo es que, a partir de la teoría psicoanalítica, se pueda identificar cuáles serían los principales modos de respuesta de hombres y mujeres con diagnóstico de VIH en el proceso de elaboración de duelo y cómo el psicólogo clínico, a través de posibles intervenciones puede sostener emocionalmente a estas personas diagnosticadas con VIH. Esto se llevará a cabo con el análisis clínico de los casos tratados dentro de la institución.

PALABRAS CLAVES: VIH; Angustia; Duelo, cuerpo, sexualidad género, diversidad sexual, u homosexualidad.

ABSTRACT

The systematization is done recovering psychoanalytic and pre - professional practices developed in the VIHDA Foundation , from June 2015 until January 2016 theoretical learning ; The aim of this work is that from psychoanalytic theory, can identify what would be the main modes of response of men and women diagnosed with HIV in the grieving process and how the clinical psychologist, through possible interventions can hold emotionally to these people diagnosed with HIV. This will be done with the clinical analysis of cases treated within the institution.

KEYWORDS: HIV; Anguish; Mourning, body, sexuality, gender, sexual diversity, or homosexuality.

INTRODUCCIÓN

La sistematización realizada pretende mostrar el duelo que viven hombre y mujeres al ser diagnosticados VIH positivos. Incorporando un análisis de las expresiones de personas que fueron atendidas y articulando los enfoques: psicoanalítico y de género.

Se analiza modos de relación entre las parejas, sus identidades, sus prácticas en torno a la sexualidad que han construido subjetiva y culturalmente, teniendo consecuencias muy diferentes en hombres y mujeres alrededor del VIH- SIDA.

Parafraseando a Castellanos, S. (2009), la manera en la que la medicina, la ciencia y los medios de comunicación abordan y comprenden el virus del VIH da cuenta que, el VIH, visto como enfermedad, no se separa del aspecto social, es decir, no se puede hablar del aspecto biológico separado de los decires de los otros, de las vivencias subjetivas.

A partir de la definición de duelo se podrá caracterizar las diferentes respuesta que generan los pacientes en la elaboración de su diagnóstico, como lo viven, los temores que se presentan con respecto a su cuerpo, su sexualidad, las cuales están relacionados con la muerte, una muerte simbólica, más que muerte real.

Es interesante mostrar lo que viven las personas seropositivas, su temor a que su cuerpo muestre los síntomas del virus, la posibilidad de su muerte y en otros casos las de sus hijos; que se conozca su diagnóstico, sus parejas, sus familias, sus lugares de trabajo, barrios, ya que a menudo muchos de ellos viven el rechazo de la sociedad.

La causa para la elección de esta temática es conocer la perspectiva que las personas con VIH-SIDA y la sociedad tienen sobre el virus, es decir, permitir un espacio para que las personas con VIH-SIDA manifiesten lo que sienten y conocen sobre el virus y así sobrellevar los cambios que se producen con el diagnóstico recibido a nivel subjetivo. Por otro lado, en las prácticas se pudo escuchar también el discurso de personas que no son diagnosticadas con VIH-SIDA, pero que reproducen ideas erróneas sobre la temática, con consecuencias problemáticas para quienes sí tienen el virus. A través de este trabajo se busca que la sociedad cambie esta perspectiva que tiene sobre el VIH-SIDA y que afecta la subjetividad de los pacientes seropositivos.

Así, desde el punto de vista de diferentes autores que abordan los discursos psicoanalítico, de género, se pudo sustentar el siguiente trabajo, entre los que se mencionan son, Freud, Saavedra, Lamas, Lacan, De los cuales los conceptos centrales que se abordaron son: vih-sida, genero, cuerpo, sexualidad,etc.

Por tanto, En el marco teórico se trabajará tres capitulos en las que se redactan los temas anteriormente mencionados. En el primer capitulo, se abordará la perspectiva medica e institucional, es decir , desde el punto de vista medico se plantea el origen del virus,diferencias entre VIH y SIDA, modos de tramisión, etc. Y en el lado institucional se aborda la estructura, el funcionamiento y el trabajo que se realiza dentro de la Fundación, en el segundo capitulo, se toma en cuenta el estudio de género, el cuerpo y la sexualidad en relación a la tematica y por ultimo en el tercer capitulo aborda la perspectiva psicologica del proceso de elaboración de duelo que se relacionará con los casos trabajados en las practicas pre-profesionales, para finalizar el trabajo se toma en cuenta la metodología con la cual se trabajó durante el proceso de sistematización de las practicas.

JUSTIFICACIÓN

La experiencia obtenida en las prácticas pre-profesionales llevadas en la Fundación VIHDA, durante el periodo electivo 2015 al 2016, proviene de la atención psicológica con orientación psicoanalítica realizada a pacientes con VIH.

Lacan manifiesta en su seminario la angustia que frente a lo imposible de la respuesta del Otro, es el fantasma quien permitirá construir un posible, es decir, el fantasma le posibilita al sujeto evitar el encuentro con esa dimensión insoportable de la falta en el Otro. Por tanto, al dar el diagnóstico médico sobre el VIH/SIDA, todo aquello que el sujeto había construido y mantenido velado en el fantasma, cae, produciéndose angustias, miedos, insomnios como respuestas a lo real, a lo imposible de significar en lo simbólico.

El trabajo del psicólogo clínico constituye para los pacientes un punto desde donde ellos pueden escucharse decir quién es cada uno, sean hombres o mujeres. Muchos de ellos combaten contra este virus que ha irrumpido en sus vidas y en su cuerpo. El psicólogo facilitará que los pacientes construyan un nuevo significado para el diagnóstico, es decir, asimilar los posibles cambios que se den en su cuerpo, hacer surgir el deseo propio, que en muchos de los paciente esta inhibido, dar una nueva interpretación al diagnóstico de VIH-SIDA que permita al sujeto sobrellevar subjetivamente la prescripción recibida y organizar su vida en sus nuevas condiciones.

Una parte importante dentro de las practicas fue la función de la palabra, como Freud manifiesta, las palabras provocan alteraciones anímicas, por tanto, es por medio de la palabra que se produce un efecto, es así, que es esencial que el paciente pueda hablar, repensar, decir de diferentes maneras; así como son esenciales los decires de los otros, familia, amigos, en muchos casos, los pacientes no quieren manifestar su diagnóstico a los demás, por eso, la palabra, el sostenimiento que la fundación otorga a los pacientes es importante para poder sobrellevar el diagnóstico.

Por último, se trata de producir un impacto a nivel social, es decir, que las personas al leer este trabajo no discriminen a las personas seropositivos, se busca que a través de la

lectura de esta sistematización las personas salgan de su ignorancia creyendo que el VIH-SIDA se trasmite por besos, abrazos, o comer o beber de los objetos manipulados por una persona infectada por el virus; e incorporar algunas reflexiones alrededor de las vivencias de la sexualidad en hombres y mujeres que determinan sus modos de infectarse y transmitir el virus, es decir, producir una re-significación del significado del virus en el imaginario social.

CONTEXTO DE LA SISTEMATIZACIÓN.

La sistematización se llevó a cabo en la fundación VIHDA, en la ciudad de Guayaquil. donde se atendió personas, tanto hombres como mujeres con diagnóstico de VIH; a partir del diagnóstico, se procede a informar sobre el VIH, y si los pacientes desean, se da el espacio necesario para la elaboración del duelo frente al diagnóstico recibido.

OBJETO.

El objeto o la muestra que se estudia en la práctica pre-profesional son hombres y mujeres que han sido diagnosticados con VIH y oscilaba entre los 20 y 40 años de edad.

OBJETIVOS DEL PROCESO DE LA SISTEMATIZACIÓN.

OBJETIVO GENERAL.

Analizar el proceso de duelo, experimentado por hombres y mujeres, al recibir el diagnóstico de VIH en la Fundación VIHDA.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

Desarrollar los conceptos de VIH y duelo, como marco de los puntos clave en el trabajo con pacientes de la fundación VIHDA.

Identificar los principales modos de respuestas que se generan en hombres y mujeres durante el proceso de duelo al recibir el diagnóstico de VIH en la Fundación VIHDA

Describir la experiencia del psicólogo clínico en el trabajo con hombres y mujeres al recibir el diagnóstico de VIH en la fundación VIHDA.

EJE DE LA SISTEMATIZACIÓN.

El deseo de sistematizar esta experiencia, pretende:

a.- manifestar que no solo el VIH-SIDA afecta a un grupo de sujetos, sino a todos, familia, amigos, y por otro lado, hombres y mujeres sin importar la orientación sexual que tengan;

b.- dar a conocer como muchos de los pacientes asimilan el diagnóstico recibido;

c.- mostrar lo que viven las personas seropositivos, el temor a que su cuerpo muestre los síntomas del virus, la posibilidad de su muerte y en otros casos las de sus hijos; y

d.- el temor de que su diagnóstico se conozca y sufrir el rechazo de la sociedad.

También a partir de la sistematización, pude generar una pregunta para futuros psicólogos clínicos que se interesan en esta temática que afecta a todo el mundo, ¿las campañas de prevención de trasmisión del virus del VIH, la información que se ofrece en diferentes medios no alcanzan a las personas, es decir ¿qué sucede a nivel psicológico en las personas que sabiendo sobre el virus, no se cuidan? Y evidenciar la importancia de integrar estudios de género y sexualidad con el psicoanálisis para poder entender mejor las formas de infección y transmisión del virus.

CAPÍTULO 1

MARCO TEÓRICO

PERSPECTIVA MÉDICA E INSTITUCIONAL

1.1 HISTORIA DEL VIH

Se conoce a través de investigaciones que el virus comenzó en el año 1940, en el país centroafricano en la zona del actual Congo; actualmente se ha comprobado que el VIH se deriva del VIS (virus inmunodeficiencia símica), por otro lado las hipótesis de trasmisión del virus al ser humano han sido varias, pero, por falta de sustentación teórica han sido descartadas, es así que solo tres conjeturas quedaron vigentes como posibles principios de transmisión del VIH al ser humano, entre esos tenemos:

El primer principio se da a través de investigaciones que se realizaron en riñones de simios para la fabricación de una vacuna contra la poliomielitis (virus que invade el sistema nervioso y puede causar parálisis), se consideraba que estos simios eran portadores del VIS.

El segundo principio señala que la transmisión se dio por las vacunas de hepatitis-B que se inyectó a millares de personas de diferentes países.

Una última teoría surge de la caza de los simios, donde la trasmisión se da a través de la carne de estos animales, la cual era utilizada como alimento en la vida diaria de los habitantes de África central.

Poco tiempo después, en la década de los 70, la liberación sexual estaba en crecimiento, la comunidad gay de algunos países había decidido salir a la calle y mostrarse sin complejos, indagaciones comprobaron que en este periodo el contacto sexual había aumentado, por tanto hubo un crecimiento de enfermedades de trasmisión sexual.

En esta época el virus se manifiesta como enfermedades poco conocidas, como la neumonía por *Pneumocystis carinii* y el sarcoma de Kaposi, una especie de enfermedad de piel, que se esparcían rápidamente por otros países y que afectaba a los jóvenes de comunidades homosexuales. (Marco & Barba, s.f)

Por tanto en este tiempo, el SIDA era conocido como GRID, que quiere decir, Gay Related Immunodeficiency Disease (Enfermedad de Inmunodeficiencia relacionada con los homosexuales). Popularmente se le llamaba gripe de los homosexuales. (Power, 2011)

En la actualidad, las investigaciones sobre el virus han avanzado, en este siglo el virus del VIH se la conoce como una pandemia, que afecta a hombres y mujeres, datos estadísticos de ONUSIDA muestran que en el 2015, 15 millones de personas están con acceso al tratamiento antirretrovírico, 36,9 millones de personas vivían con el VIH en el mundo, 2 millones de personas se infectaron con el VIH, 1,2 millones de personas murieron por enfermedades relacionadas con el sida. (Onusida, 2015)

Se puede observar que la población que corre mayor riesgo de contraer la infección por el virus del VIH siguen siendo los hombres que tienen relaciones con hombres, pero también se considera a, reclusos, consumidores de drogas inyectables, trabajadores del sexo y transexuales:

Los estudios de la organización mundial de la salud indican que la probabilidad de contraer la infección por VIH es 14 veces mayor en las trabajadoras del sexo que en otras mujeres, 19 veces mayor en los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres que en la población general, y 50 veces mayor en las mujeres transexuales que en otros adultos. Para los consumidores de drogas inyectables, el riesgo de infección por VIH también puede llegar a ser 50 veces mayor que en la población general (OMS, 2014).

Por otro lado, las dificultades que se presentan en estas personas que corren el mayor riesgo de transmisión, es el acceso al tratamiento de los retrovirales, “En muchos países se quedan fuera de los planes nacionales de VIH, y las leyes y políticas discriminatorias constituyen importantes obstáculos al acceso” (OMS, 2014).

1.2 VIH – SIDA ¿ES LO MISMO?

Las indagaciones que se han formado durante décadas de la enfermedad han hecho que la información confunda a las personas, haciendo creer que infectarse de VIH es necesariamente tener SIDA, por eso, hablar de VIH no implica tener SIDA, pero se debe saber que una etapa (VIH) puede hacer surgir la otra si no asume su cuidado.

1.2.1 VIH

“El VIH (virus de inmunodeficiencia humana) es un retrovirus, de la subfamilia de los Lentiviridae. Esos virus tienen en común un período de incubación prolongado antes de la aparición de los síntomas de la enfermedad, la infección de las células sanguíneas, del sistema nervioso y la supresión del sistema inmunitario”. (CENSIDA, 2010)

Parafraseando a CENSIDA (2010), el virus específicamente ataca el sistema inmunológico (defiende el organismo de otras enfermedades), las células que están mayormente afectadas son CD4 (células de defensas), el virus descompone el ADN de las células para duplicarse, desgarrando los linfocitos (CD4) y este proceso se repite para continuar la infección. Esta ruptura que produce el virus en las células de defensa puede durar años o meses dependiendo del estilo de vida, hasta destruirlas a tal punto que el cuerpo no puede combatir las infecciones y las enfermedades. Cuando eso ocurre, la infección por el VIH puede causar el SIDA.

CENSIDA (2010), la transmisión del virus puede darse a través de fluido corporal del ser humano, es así, que existen tres vías donde los flujos se expulsan en mayor volumen para que exista una posible transmisión, estos son:

Vía sexual.- la transmisión por esta vía puede ser por tener relaciones sexuales vaginal, anal u oral, lo normal es que tenga contacto con los fluidos del cuerpo de su pareja.

Vía sanguínea.- la transmisión se puede dar al compartir agujas (inyecciones intravenosas), ya que, a través de ellas se ponen en contacto con sangre de otras personas y en casos poco comunes se puede producir una transmisión por transfusión de sangre.

Vía perinatal.- cuando una madre tiene VIH y no lo sabe puede transmitir el virus en el periodo de embarazo, en el momento del parto o incluso en la lactación.

1.2.2. SIDA

Como anteriormente se explicó, del VIH se puede generar la siguiente etapa, que es donde se manifiestan los signos y síntomas del virus, esto sucede cuando el sistema inmunológico está completamente deteriorado, es decir, las células que defiende el organismo han sido infectadas provocando la etapa denominada SIDA (síndrome de inmunodeficiencia adquirida), es en esta fase donde se visualizan los síntomas, esto se va adquiriendo a lo largo de un proceso, donde no se ha dado el tratamiento adecuado.

Se puede decir que el SIDA, es la fase más avanzada de la infección, considerándola como la enfermedad, puede tardar de 2 a 15 años en aparecer, el organismo se vuelve vulnerable frente a diversas enfermedades. Para considerar que está en etapa de SIDA, se debe tener en cuenta que la carga de CD4 es menor o igual a doscientos y la carga viral (CV) es superior a los doscientos; esto quiere decir, que el recuento de las células, nos dice cuanta cantidad de células de defensas hay en una gota de sangre y por ende, el conteo de los anticuerpos del virus del VIH da cuenta de la cantidad virus que hay en una gota de sangre, si la cantidad de virus es mayor se puede considerar una etapa de SIDA y si por el contrario es menor se considera etapa de VIH.

1.3. HISTORIA INSTITUCIONAL

Fundación VIHDA nace en Junio del 2006 bajo la dirección del Econ. Humberto Mata quien en conjunto con unos amigos decidieron crear una organización que se dedique a brindar asistencia a las personas que viven con VIH, debido a que uno de sus amigos más queridos fue diagnosticado con el virus, y al no haber recibido atención ni asesoría oportuna falleció. Desde entonces VIHDA ha venido trabajando fuertemente para tratar de frenar la incidencia del VIH y el Sida en la ciudad de Guayaquil.

Durante estos ocho años Fundación VIHDA ha trabajado con muchas otras instituciones públicas y privadas brindando soporte y asistencia a quienes más lo necesiten, entre esas tenemos a la Maternidad Mariana de Jesús, Maternidad Enrique C. Sotomayor,

Hospital Guayaquil, Hogar de Cristo, REDIMA, Cruz Roja del Guayas, Fundación Agustín Tomalá, Hospital de Infectología, entre otros.

Es una Organización no gubernamental cuya misión es: a.- luchar por detener la transmisión materno infantil del VIH durante el periodo perinatal. b.- Educar a la comunidad sobre el VIH y el Sida. c.- Promocionar y promover el acceso a la prueba voluntaria. d.- Asistir a las personas que viven con VIH para que accedan a los servicios integrales de salud, donde tienen la visión de ser una organización reconocida, nacional e internacionalmente, por su compromiso con la ciudadanía guayaquileña en su labor de promover la prevención, detección y atención oportuna del VIH y Sida, manteniendo como puntales fundamentales una atención basada en la calidad y la calidez del servicio.

La estructura de la organización es la siguiente

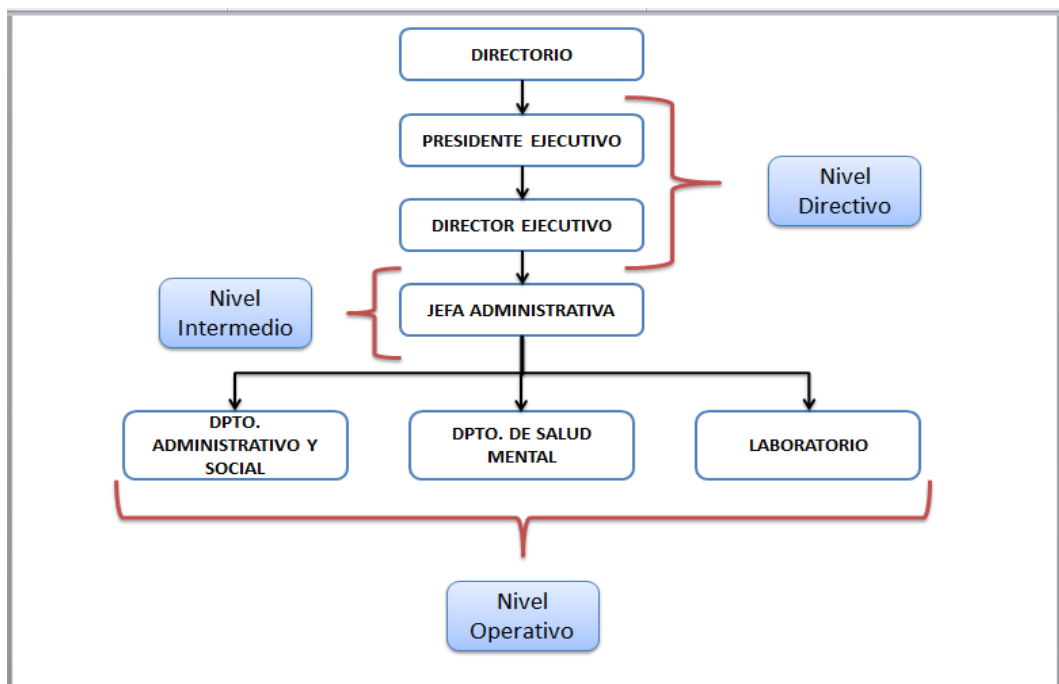
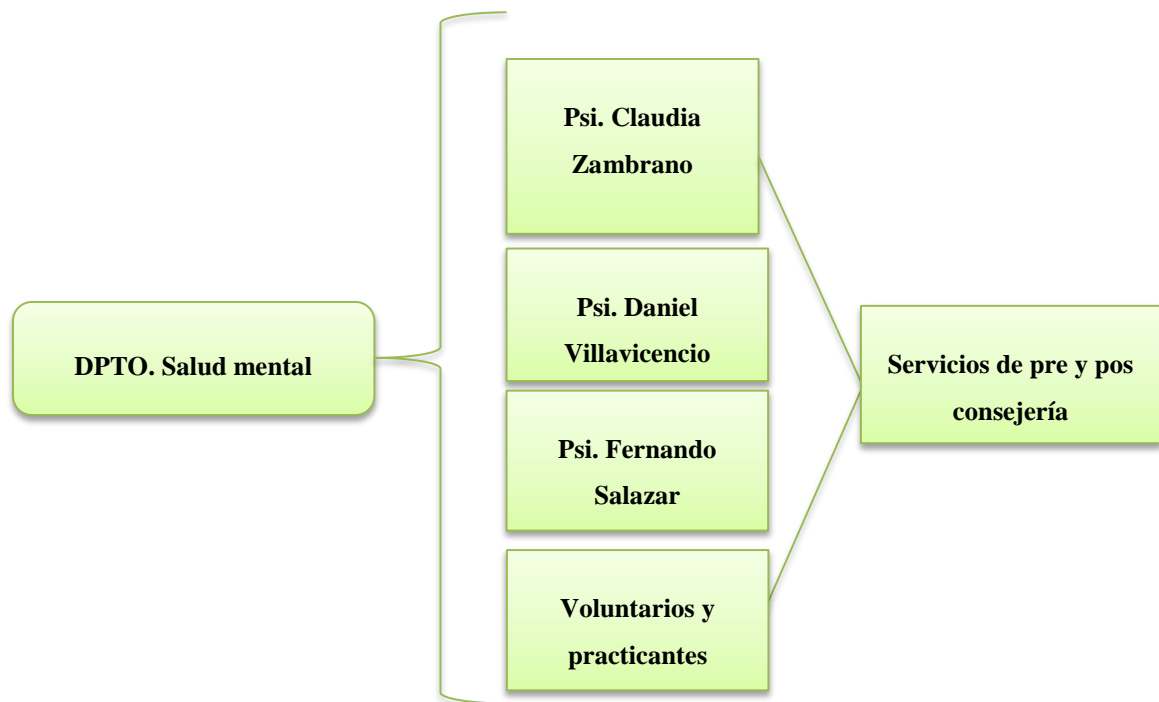


Figura 1: tomado de (VIHDA, 2014)



Las personas llegan muchas veces por voluntad propia, en ocasiones quien atiende es la trabajadora social, quien los deriva al departamento de salud mental, en los cuales se encuentran los psicólogos que prestan servicios de pre y pos consejería, voluntarios o practicantes que conocen y han recibido charlas sobre el tema, así los que se encuentran en el departamento de consejería, son los encargados de informar sobre que es el VIH-SIDA, como se trasmite, modos de prevención, y a su vez responden a las inquietudes con los que los pacientes llegan, esta ruta se sigue en la pre-consejería, luego de recibir la información se lo envía al laboratorio y por último, en la pos-consejería se dan los resultados, si llegan a ser reactivos es el psicólogo el encargado de darlos y hacer el respectivo soporte emocional y enviarlos a realizarse la prueba confirmatoria y si llega a ser no reactivo se darán algunas recomendaciones.

Dentro de esta ruta está la función del practicante, siendo la primera vez que la Institución acoge a practicantes de psicología, se realizó la inducción correspondiente, donde explicaron mi función dentro de la misma, la cual consistía en la atención psicológica de pacientes, en el area de consejería informar sobre el VIH, en cuanto a las supervisiones y el reporte de mi trabajo dentro de estas áreas se las dirigía a la trabajadora social y al psicólogo supervisor Daniel Villavicencio y por otro lado estaba la tutora de las practicas a quien también se reportaban los casos clínicos trabajados dentro de la fundación.

El proceso de toma de muestra para el diagnóstico de VIH consiste en servicios de pre-consejería y pos-consejería. La primera brinda información necesaria para que las personas puedan comprender de una manera sencilla y completa los conceptos básicos del VIH y el Sida, por otro lado en pos-consejería, si es un caso reactivo, se realiza un acompañamiento para realizarse la prueba confirmatoria en el Hospital de Infectología, necesaria para el Diagnóstico definitivo, y de esta manera poder recibir la atención especializada que requieran en los diferentes centros de atención según corresponda al caso, ya sea el Programa Nacional de Sida del Ministerio de Salud Publico (MSP), Instituto Ecuatoriano de Seguridad social (IESS), Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFA) o Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional (ISPOL).

Al ser diagnosticado VIH positivo el paciente entrará a cualquiera de los programas anteriormente mencionados, se abrirá una carpeta, se les derivará un doctor especialista en VIH, se enviará a realizarse las pruebas requeridas de carga viral (C.V.): y de células de defensas, luego de esto dependiendo de la cantidad de C.V. si son mayores de 200 podrá empezar el tratamiento y de ahí será derivado a la área de psicología.

Otro servicio de la organización, es el social, está a cargo del área administrativa y social. Ayudan de alguna manera a personas que viven con el virus; también consta de programas que brindan información sobre VIH y SIDA y por último, de programa de atención psicológica, dirigidas a las personas que viven con VIH y a sus familiares.

En relación a la metodología de trabajo en el área de psicología dentro de la institución, utilizan Técnicas de Terapia Narrativa la cual rescata la historia de cada persona, entre estas tecnicas se encuentra, el “Hero Book”, (White, 2011) es una herramienta que permite a las personas de cualquier edad y condición acercarse a la historia de su vida desde otra óptica, permitiéndole empoderarse de los hechos que lo han forjado y buscando modificar la forma como ve su vida hasta ahora, esta herramienta fue aplicada en África como terapia psicosocial en personas que atravesaban pérdidas o han vivido una situación fuerte; la psicóloga Claudia Zambrano la aplicó a un grupo piloto conformado por dos voluntarios, dos pacientes y dos psicólogos, luego de esto, lo empleó en un grupo mayor de

pacientes, dando buenos resultados; la psicóloga comenta que siendo una técnica de dibujo no importa la edad, ni el estatus social, siendo una técnica eficaz para los pacientes.

Por otro lado, consta de Body Map, que es una técnica que dio a conocer el instituto de la Máscara de la universidad de Buenos Aires, que consiste en dibujar su cuerpo entero, esta técnica fue encabezada por David Le Breton, Mario Buchbinder y Elina Matoso en el 2011, al aplicar esta herramienta permite estimular significados y discursos encarnados en un cuerpo protagonista de la biografía del sujeto, esta técnica permite vincular, tanto en lo escrito, oral y gráfico “la experiencia corporal a partir de relaciones interpersonales con figuras significativas y autoanálisis de experiencias que emergen desde los niveles intrapsíquicos entramados con escenarios socioculturales y afectivos donde ocurrieron los eventos seleccionados”. (Silva, Barrientos, & Tapia, 2013)

La teoría que se maneja en el área de psicología es la conductista, la cual difiere a la teoría que se lleva por primera vez dentro de la institución que es psicoanalítica, donde esta abarca más el inconsciente del sujeto.

Como manifiesta Lazpiur (2009), En su tesis “La cuestión de la subjetividad y la enfermedad.”

El psicoanálisis no remite a un patrón de normalidad sino a una pragmática, es decir, el psicoanálisis le da mucha importancia a la palabra del sujeto, este por entrar en el lenguaje es un sujeto en falta, por tal razón, hay que tener en cuenta que el lenguaje para las personas tiene consecuencias en el cuerpo, por eso no hay una completitud en el sujeto, porque su existencia y constitución subjetiva esta determinada por Otro; así, Lo pulsional se satisface de forma parcial esto implica que la posición sexual no depende de la biología sino del modo en el que, el goce se inscribió para un sujeto, por tanto, no hay un saber hacer con la sexualidad.

El enfoque psicoanalítico muestra que es necesario tener en cuenta la relación que tiene el sujeto con su diagnóstico, que es esencial para la comprensión y tratamiento del mismo, así, este autor revela que no se puede pensar solo del lado de la medicina, de lo biológico, donde el cuerpo no está marcado por el lenguaje, por tanto, el psicoanálisis puede

ser tomado como “otro modo de tratamiento” en el caso de enfermedades crónicas como el VIH-SIDA, en la que se puede apuntar a una nueva forma de vida, a conllevar su diagnóstico, hacerlo parte de su diario vivir, dándole un sentido, a través de los relatos, de sus propias historias que permitirán la comprensión y tratamiento de enfermedades crónicas que están relacionados con el cuerpo, la sexualidad y la muerte que muchas veces son temas complejos en la vida de las personas seropositivas.

CAPÍTULO 2

2.1. IDENTIDAD DE GÉNERO EN EL DIAGNÓSTICO DE VIH/SIDA

“El género es entre las orejas y no entre las piernas”

Chaz Bono.

Incorporar el enfoque de género en este capítulo es significativo, y nuevo en nuestra formación, permite analizar modos de relación entre hombres y mujeres, prácticas en torno a la sexualidad que han construido cultural y subjetivamente obteniendo consecuencias muy diferentes en hombres y mujeres alrededor del VIH- SIDA.

Así, Género se origina del inglés gender, que entre las personas cuya lengua materna es el español produce confusiones, debido a que es un concepto útil para clasificar la especie, tipo o clase a la que pertenece alguien, también se utiliza para representar la manera de hacer algo, por el contrario en inglés gender está solo referida a la diferencia de sexos, es decir, solo responde al sexo de los humanos. “En otros idiomas como el castellano, el género es “gramatical” y a los objetos (sin sexo) se les nombra como femeninos o masculinos”. (Casanova, 2005)

Lo más relevante de los estudios de género son: su aporte en las ciencias sociales, puesto que investigan, evidencian la manera como se han construido los roles, referentes identitarios para hombres y mujeres, modos de relaciones entre ambos, expresiones de la sexualidad, subordinación, dependencia, inclusive violencia a lo largo de la historia. Los estudios de género evidencian una relación desigual y de subordinación entre los sexos, con marcadas desventajas para las mujeres. Por ejemplo en lo referente a las relaciones de pareja, de vida sexual, hay mujeres que teniendo una sola pareja resultan infectadas con el virus del VIH-SIDA por la vida sexual de sus parejas, la manera como se vive la sexualidad masculina desde una lógica machista ha propiciado que un hombre pueda tener varias parejas sexuales sin protección y esto tiene consecuencias en su propia salud, pero también de sus parejas.

Los estudios de género han ido ampliando su ámbito de estudio e investigación dentro de una sociedad donde lo masculino y heterosexual es hegemónico reconociendo

nuevas identidades y formas de relación entre los sexos, como el sexo entre hombres que tiene alta incidencia en la transmisión del virus.

Por otro lado, se podrá percibir que a la fundación acuden más mujeres diagnosticadas con VIH-SIDA, las cuales han sido infectadas por sus propias parejas; esto se debe al programa de prevención de transmisión de VIH de madres a hijos que se mantiene con otras instituciones hospitalarias. Es parte del rol social en el que son educadas las mujeres, cuidar a sus hijos, y aceptar prácticas de infidelidad de sus parejas, entonces acceden rápidamente a hacerse la prueba durante el embarazo debido a esto son mujeres quienes adquieren conocimientos sobre la fundación y hace que ellas acudan en mayor cantidad a la organización en busca de ayuda.

El género dentro de la sociedad es un significante que la cultura ha tomado para diferenciar los sexos, donde “la lógica del género radica en una oposición binaria” (Lamas M. , Un recorrido por los estudios de género., 2014), es decir, lo que pertenece al hombre y lo que pertenece a la mujer, pero, desde el psicoanálisis se considera que la determinación sexual está en el inconsciente, es decir, lo femenino y masculino no corresponde a lo puramente biológico, ya que, la identidad sexual se construye en el inconsciente independiente de la anatomía, por eso también se debe entender que la subjetividad de las personas juega un papel importante, pero, hay que comprender la forma como el sujeto simboliza su sexualidad en el inconsciente.

Dentro de la concepción de género, el cuerpo toma relevancia debido a que se construye tanto de la simbolización social como de la psíquica, y los obstáculos surgen cuando se estudian cuestiones que pertenecen a los dos ámbitos, como la masculinidad y la feminidad.

Parafraseando a Lamas (2014), Desde el psicoanálisis se estudia la forma en como el sujeto elabora la diferencia sexual en el inconsciente, como a partir de ello se da su elección de objeto de deseo y su asunción de la masculinidad y feminidad, por eso el psicoanálisis trata al sujeto como un ser sexuado y hablante, que se organiza a partir de cómo conjetura la diferencia sexual, y sus consecuencias se manifiestan en la forma en que se acceden o impugnan las órdenes y las condiciones del género.

Así, el concepto de género ha sido utilizado de diferentes maneras por muchos autores para realizar estudios, pero finalmente fue utilizado para designar lo que la sociedad establecía para las relaciones entre los sexos, entonces, pasa a ser “una forma de denotar las construcciones socioculturales de ideas sobre los estereotipos, roles e identidades asignadas a mujeres y hombres. El género es según esta acepción, una categoría social impuesta sobre un cuerpo sexuado.” (Saavedra, 2011)

Desde el discurso social, antropológico, y médico, la relación entre los sexos, se la ha concebido como complementariedad, no solo en lo reproductivo, sino afectivo, económico, etc.; pero, aunque la relación entre hombres y mujeres sirve para la reproducción, no siempre se llega a obtener placer sexual, y se evidencia que es más que el encuentro de órganos sexuales, por lo que se amplía el concepto de sexualidad desde los aportes del psicoanálisis.

El psicoanálisis acaba con la idea de la complementariedad, remarcando que es imaginaria, explicando que entrelazan experiencias, significantes, modos de relacionarse instaurados desde la temprana infancia los que se ponen en juego en las relaciones amorosas, sexuales de parejas.

Por el contrario, insertar el tema de identidad en la cultura produce un hundimiento de los conceptos biológicos, ya que, sentirse, pensar, identificarse y asumir atributos que la cultura designa a la mujer o al hombre no es un proceso automático, es decir contar con órganos reproductores de mujer o hombre, o con cromosomas que diferencien mujeres, de hombres, no quiere decir que se asumirá las prescripciones de género que la sociedad impone.

Desde el psicoanálisis entendemos que no se puede reducir las construcciones o identidades sexuales a procesos impuestos, racionales; sino que lo inconsciente, el tejido de relaciones básicas en el grupo familiar es determinante para el proceso de apropiación del contexto cultural a lo particular de cada sujeto, hombre o mujer.

Entonces, ¿qué significa ser mujer o ser hombre?, tomando la perspectiva de género para comprender las complicaciones que pasan hombres y mujeres en las relaciones sociales,

culturales, políticas establecidas entre ellos, donde la perspectiva de género busca superar el androcentrismo, es decir, colocar al hombre blanco, heterosexual y con recursos como el referente para organizar el mundo y hablar del hombre en general como si de esta manera se incluyera las características y particularidades de las mujeres, niños, adultos mayores, homosexuales, lesbianas, etc. Los estudios de género, evidencian la necesidad de estudiar y comprender las diferencias de cada sexo y sus modos de relacionarse.

Se quiere superar las desigualdades y falta de oportunidades que han tenido las mujeres a lo largo de la historia frente a la sobrevaloración de lo masculino.

La sociedad construye los roles de género a partir de comportamientos previstos para cada sexo...

A través del rol de género se prescribe como deben comportarse un hombre y una mujer en la familia, la sociedad, con respecto a su propio sexo, al sexo contrario, ante los hijos, incluidas en ella determinadas particularidades psicológicas atribuidas y aceptadas para cada uno de los sexos, así como los límites en cuanto al modo de desarrollar, comprender y ejercer la sexualidad. (Saavedra, 2011)

Es así que se establecen pautas diferentes entre los sexos, donde se instituye la maternidad en la mujer, esto hace que la mujer esté vinculada al hogar, a la familia, dando el rol de esposa, madre o ama de casa, restringiendo las posibilidades de intervenir en espacios laborales, académicos, políticos, artísticos y por el otro lado dejando al hombre como el sustento de la familia, siendo el “jefe” de la familia, otorgándoles poder y control sobre los miembros por esta razón lo masculino y lo femenino se ha ido construyendo bajo deferentes perspectivas del mundo, metas y experiencias importantes en la vida de cada sexo.

Lo expuesto anteriormente da cuenta de la desigualdad de los géneros, donde la posición de la mujer dentro de una sociedad es menos favorecida que el hombre, por ende, se puede decir que, una mujer dentro de una sociedad posee menos estatus social, poder, recursos materiales y oportunidades para la autorrealización, que los hombres, por tanto aunque las personas varíen en sus perfiles de capacidad y rasgos no hay una distinción entre los sexos, por eso, “la teoría de la desigualdad suponen que tanto los hombres como las mujeres responderán mejor ante estructuras y situaciones sociales más igualitarias” (Ritzer, 1993).

Para derrocar esta posición donde el hombre es más favorecido que la mujer, se debe trabajar con la subjetividad de cada persona, para que cada uno reconozca su fuerza y valor, donde rechace lo que la sociedad a impuesto como ser mujer y como ser varón, por eso es importante que cada sexo coopere con el otro.

Hoy en día en este mundo evolucionado, ya no se puede hablar de un entorno completamente femenino o masculino, estos conceptos han venido construyéndose por una sociedad hegemónica, explicar lo que es ser humano, sea femenino o masculino, de manera única o rígida se ha vuelto anticuada, ya que actualmente se da mayor valor y se investigan conceptos como la sexualidad, el deseo, el erotismo, los placeres y las prácticas de éstos, y desde diferentes disciplinas, por tanto, hablar de sexo, de modelos únicos de masculino o femenino es complicado desde que se investiga la sexualidad. No solo como expresión biológica, sino subjetiva.

Por tanto, al hablar de mujeres también se habla de hombres, por las relaciones que establecen.

Lamas (2000) afirma, Dada la confusión que se establece por el significado tradicional del término género, una regla útil es tratar de hablar de los hombres y las mujeres como sexos y dejar el término género para referirse al conjunto de ideas, prescripciones y valoraciones sociales sobre lo masculino y lo femenino. Los dos conceptos son necesarios: no se puede ni debe sustituir sexo por género, donde, el sexo se refiere a lo biológico, el género a lo construido socialmente, a lo simbólico.

Parafraseando a Lamas, Se puede decir que existe una imposición por parte de la sociedad donde el hombre y la mujer deben ajustar su identidad a la exigencia de una sociedad que impone la heterosexualidad, sin embargo considerando que el género es performativo, los homosexuales y otras orientaciones sexuales muestran resistencia a este mandato cultural.

En este nuevo siglo, nuevas identidades se han revelado al orden establecido por la sociedad; Pero subsisten comportamientos afectivos que la sociedad ha impuesto durante décadas, por ejemplo ser hombre implica ser el fuerte, el proveedor, donde no debe

demostrar debilidad y en el caso de la mujer que debe tomar una posición de sumisa ya que la cultura la denomina débil, donde debe buscar la protección del hombre.

Al hablar de nuevas identidades, la homosexualidad sale a la luz, ellos deben asumirse como diferentes, ya que no siguen los roles establecidos por la cultura, se enfrentan al rechazo, a la discriminación, por no ser hombres y tampoco mujeres, no tienen un rol de género que seguir, es decir, no siguen los comportamientos y características que la sociedad ha impuesto.

El deber de un hombre es no ser mujer, distinguirse de comportamientos, actitudes femeninas. El homosexual al no tener un género establecido puede ser más expresivo que un hombre heterosexual, Si un hombre infringe lo que la sociedad impuso como el rol de género en un momento histórico-cultural, se lo considera afeminado, por eso, socialmente un hombre homosexual no es hombre, es homosexual, etiquetado así por una sociedad ideológica dominante, por tanto, la infracción que los homosexuales hacen de los roles de género causa vergüenza, es decir, al ser hombre y mantener sexo con otro hombre, la sociedad lo ve como vergonzoso, lo rechaza, excluye, inclusive algunos son objeto de violencia.

Como en párrafos anteriores se mencionó, la sexualidad existe como una presencia social donde lo biológico, lo subjetivo, el lenguaje se mezcla, por ende, no se nace mujer o hombre, es la cultura quien moldea lo que es ser femenino o masculino, a través de normas, reglamentaciones y órdenes y cada sujeto hombre o mujer construye su identidad de manera consciente e inconsciente de manera particular y única.

El psicoanálisis explora las formas en que cada sujeto construye su identidad sexual de manera inconsciente, a partir de reconocerse como un sujeto incompleto, que requiere de otros para su constitución subjetiva y su vida en general y a partir de esta edificación determina su objeto de deseo sexual y conforma su masculinidad o femineidad.

Por tanto, los estudios de género ayudan a comprender lo que se cree que son características naturales de los hombres o de las mujeres, que no tienen relación con la biología. El género, entendido como “la construcción cultural de la diferencia sexual”, es

decir, como “una especie de ‘filtro’ cultural con el que interpretamos el mundo o perspectivas que comparte una sociedad acerca del comportamiento apropiado de hombres y mujeres” (Lamas, 2000), entonces, la cultura ha hecho una intervención a partir de demandas que representan reglas de las relaciones de las mujeres y de los varones e influye sobre las identidades psíquicas, lo que se asume individualmente como feminidad o como masculinidad.

Lamas (2002) alega, Comprender los procesos psíquicos y sociales mediante los cuales las personas nos convertimos en hombres y mujeres dentro de un esquema cultural de género, que postula la complementariedad de los sexos y la normatividad de la heterosexualidad, facilita la aceptación de la igualdad —psíquica y social— de los seres humanos y la reconceptualización de la homosexualidad.

Partiendo de conceptos y prácticas diferentes los estudios de género y el psicoanálisis permiten abordar aspectos centrales alrededor de la sexualidad y la subjetividad que se evidencian en quienes resultan infectados, infectan o transmiten el VIH SIDA con consecuencias determinantes para la vida; muchas de las cuales estaban desde antes...eran parte de su historia...pero se resignifican a partir de la experiencia con el VIH SIDA.

Por ejemplo, La capacidad de las mujeres para prevenir infecciones como el VIH-SIDA, son limitadas por los roles sexuales, de sumisión, ceder a los pedidos de la pareja, tener poca información sobre la sexualidad, el cuerpo, como prevenir infecciones sexuales, desconocimiento del uso del condón, aceptar que las parejas sean infieles. Adicionalmente muy pocas mujeres tienen conocimiento de sus derechos lo que les limita defender sus elecciones sexuales y reproductivas y adicionalmente son criticadas, cuestionadas, desvalorizadas y esto tiene como resultado su menor capacidad para enfrentar las situaciones y muchas terminan más agobiadas, sin capacidad para encontrar otras salidas; “cada persona tiene derecho a tomar sus propias decisiones en cuanto a su sexualidad y vida reproductiva, también puede disponer de los recursos simbólicos para llevar acabo las prácticas sexuales de manera segura, efectiva y sin discriminaciones.” (Gómez, 2013)

Considerando los derechos que tienen las mujeres sobre su vida reproductiva, quienes están infectadas con VIH-SIDA están en todo su derecho de continuar o no con su embarazo, sin poner en riesgo la vida del infante o de ella misma, en muchos casos la llegada

de un bebé puede significar la posibilidad de resituarse ante la enfermedad, la posibilidad de la reproducción, o sea, permitir que la mujer con VIH-SIDA vele y proteja a alguien, permitirá un nuevo sentido de vivir; pero esto va a depender de cada historia particular, el modo, la pareja, la edad en la que se infectó. También podría haber mujeres quienes deciden interrumpir su embarazo; inclusive algunos se producen en situaciones de violencia sexual., entonces no hay una respuesta única puesto que es una infección que tiene implicaciones vitales en torno a la vida de pareja, maternidad, paternidad, afectos, sexualidad y eso escapa a un diagnóstico médico.

Lamas (2000), incorporando al psicoanálisis dice que la construcción de género no sigue una ruta cultural fija, pues el inconsciente hace de las suyas. La teoría psicoanalítica ofrece el recuento más complejo y detallado, hasta el momento, de la constitución de la subjetividad y de la sexualidad, así como del proceso mediante el cual el sujeto resiste o se somete al código cultural.

Lamas manifiesta en una entrevista realizada por Daich (2012), “hablar del cuerpo, de lo corporal es importante, ya que, implica todo lo que gira en torno a la sexuación”; se puede decir que nadie escoge con qué sexo nacer, pero se nace con un cuerpo sexuado, las personas se preocupan por sentir confort con su propio cuerpo, en especial al tratarse de su sexualidad, ya que, la forma que el sujeto subjetiva su sexo es independiente de lo biológico, entonces, se puede hablar de homosexuales, transexuales, bisexuales, heterosexuales, etc.; pero, para el psicoanálisis no existe una identidad completa o terminada que pueda dar cuenta del sujeto porque no hay significante capaz de nombrar su ser.

Para introducirnos dentro del psicoanálisis es necesaria la diferenciación entre sexualidad y sexuación, por ende, el significado de sexualidad es entendido de maneras diferentes por las personas, algunas ven la sexualidad como biológica, otros lo ven como una construcción social; es así que la sexualidad engloba, el sexo, las identidades, los roles de género, el vínculo afectivo y la reproducción,. Se considera a la sexualidad un comportamiento preformado propio de cada sexo, pero, el hecho de que alguien se acerque a la sexualidad desde un punto de vista biológico o social, no necesariamente determina su posición sexual, por lo que la anatomía no alcanza para responder su sexualidad sea masculino o femenino; por otro lado, la sexuación, es lo que determina la sexualidad, es

decir, es el modo como cada individuo se posesiona, sea del lado femenino o masculino y así accede al otro, sea su objeto sexual hombre o mujer.

Es por eso que ahora se habla de diversidad sexual, casi de una multiplicación del género. Ante tanta diversidad, es necesaria la invención particular que pueda no solamente darle un nombre al sujeto sino también darle un cuerpo. Por todo esto, se puede decir que el hecho de que existan los derechos de identidad de género es una muestra de que no hay identidad terminada o asegurada para el sujeto y que por eso, cada uno tendrá que arreglarse con esa falta en ser. (Triviño, 2013)

“El psicoanálisis piensa al sujeto como un ser sexuado y hablante, que se constituye a partir de cómo imagina la diferencia sexual, y sus consecuencias se expresan también en la forma en que se aceptan o rechazan los atributos y prescripciones del género.” (Lamas, 2000); por tanto, el psicoanálisis estudia la forma cómo cada persona procesa en su inconsciente la diferencia sexual y también a partir de este proceso como el sujeto se posiciona en su deseo sexual y como asume su masculinidad o femineidad. Y esto se expresa en el modo en que establece relaciones de pareja, o sexuales, los modos de relacionarse como hombre o mujer.

La creencia de que la transmisión del Virus del VIH-SIDA es exclusiva de hombres homosexuales, es una creencia errónea, despejada por los avances científicos. Es una epidemia viral que debe ser abordada no solo desde el discurso médico, epidemiológico, sino desde diferentes disciplinas como género, psicoanálisis, puesto que aportan y demuestran que los modos de vivir la sexualidad, las posiciones de hombre o mujer son determinantes para contraer, portar o transmitir el virus, para enfrentar la infección o enfermedad. Los modos de enfermar, morir o cuidar la salud son diferentes en hombres y mujeres, no reconoce género ni orientación sexual.

2.2. CONSTRUCCIÓN DEL CUERPO Y SEXUALIDAD FRENTE A LO REAL DEL DIAGNÓSTICO

Tomando como referencia “El estatuto del cuerpo en psicoanálisis” (Nostas & Lora, 2002); para hablar de la construcción del cuerpo es necesario, describir al cuerpo a partir de dos disciplinas, que cuyos conceptos se entrelazan con los del psicoanálisis, el cual prevalecerá en este trabajo, estas disciplinas son la medicina y la psicología, así se podrá

observar hasta donde confluyen y hasta donde discrepan con la teoría psicoanalítica, donde esta teoría toma el concepto de cuerpo pero lo delimita de la medicina y la psicología para dar una posturas diferentes de las dos disciplinas mencionadas anteriormente, por tanto, las tres disciplinas, se relacionan con el organismo biológico.

Así, cada teoría comprende al cuerpo de maneras diferentes, donde la medicina estudia la corporalidad como organismo biológico, como enfermedad y se centra solo en ello, es decir, se encarga del estudio de fenómenos, síntomas, signos visibles en el cuerpo para buscar en ellos su diagnóstico y tratamiento, por otro lado, la psicología, que reconociendo la base corporal, tiene que ver con la estructura biológica del crecimiento y de la madurez nerviosa, la cual maneja fundamentos básicos, que abordan la imagen corporal, pero, expone que hay otra dimensión, que no solo corresponde en sentir el cuerpo como algo anatómico, es decir, no solo se constituye de huesos, músculos, etc.; sino que se basa en las experiencias corporales cognitiva, subjetiva y afectiva.

Para el psicoanálisis, en el que se basará el presente trabajo; el cuerpo rebasa lo puramente anatómico de la medicina y de la imagen corporal de la psicología, por ende, el cuerpo en psicoanálisis se construye desde el lenguaje; para el psicoanálisis, el cuerpo es del lenguaje, por ende, a partir de la relación que se establece con el Otro del significante, por esta relación, el cuerpo biológico acontece a un cuerpo pulsional, en otras palabras, el cuerpo es un organismo fragmentado que se constituye a partir de su imagen, que se la puede relacionar con la psicología a la cual habla de una imagen corporal, pero que en el psicoanálisis esta imagen es vacía y necesitará de Otro para su formación.

El cuerpo para el psicoanálisis es un cuerpo sexuado que no se refiere solo a las diferencias anatómicas, cromosómicas y de los órganos genitales como hombre y mujeres, sino que es también un cuerpo de lenguaje.

Parafraseando a Sandoval, en su artículo, “Biología y sexuación”, Para citar la diferencia de hombre y mujer en la sociedad se habla de diferencia sexual, que se sustentan como efecto de causas biológicas que empiezan desde los conceptos básicos de este discurso y se apoya de manera secundaria en la influencia social y cultural, así desde el discurso biológico y medico se habla de sexo, como, lo que está determinado por cromosomas

sexuales, por el desarrollo normal de los órganos genitales internos y externos que corresponden a cada sexo, también, por el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios que otorga la apariencia adulta de hombre o mujer y por último la identidad sexual, al hablar de identidad sexual, describe la subjetividad que tiene cada sujeto de sentirse como hombre o mujer, pero este discurso no es suficiente para describir la sexuación. Por tanto, la diferencia sexual para el psicoanálisis es un real del organismo, que se anuda para producir el cuerpo del significante y sujeto sexuado.

Por ende, el cuerpo es importante, ya que, implica todo lo que gira en torno a la sexuación, sea la posición que se asuma en esta lógica, es decir, esté del lado femenino o masculino, permitirá al sujeto asumir una posición sexual, esto es primordial para el encuentro amoroso, “esta elección consentirá la salida del goce autoerótico, donde las pulsiones hagan un rodeo por el cuerpo del otro con el objetivo de construir un vínculo social” (Facundo, 2011). Por eso, el cuerpo toma protagonismo en las relaciones humanas y en la subjetividad de las personas, es la base material de la subjetividad.

El cuerpo es una edificación que el ser humano va construyendo desde su nacimiento, e inclusive antes por los deseos y decires con los que se lo acuna desde el vientre materno, para el psicoanálisis, el infante al nacer es un ser fragmentado, es decir, no es posible por sí mismo hacer el reconocimiento de su propio cuerpo, por tal razón se requiere de otro, sea la madre o alguien que haga de función, que permita el reconocimiento de la imagen del niño.

En otras palabras, para que pueda hacerse un cuerpo necesita de alguien que lo nombre, lo reconozca, le dé un lugar, por ende el discurso del Otro, es quien permite significarlo, produciendo que el sujeto asuma una imagen, una identificación, y configure su subjetividad.

Parafraseando a Lacan en “función y campo de la palabra” en el psicoanálisis, el discurso que el Otro (madre) emana hacía el niño frente al espejo, permite dar cuenta que desde el nacimiento el infante está atravesado por el lenguaje, es decir, por la palabra del cual surge el deseo, por tal razón en este proceso, donde la palabra del Otro se vuelve simbólica, va a permitir que el niño se apropie de su cuerpo, "De esta manera el significante

entra en lo imaginario, y así se asiste al advenimiento en el significante de todas las pertenencias del cuerpo." (Lacan J. , 1957)

Por lo dicho antes, el sujeto siempre es efecto del significante, es decir, frente al proceso de ser nombrado en el espejo, el sujeto asume una imagen, tomando una palabra, un significante que le viene del otro, haciéndolo propio, por tal razón, la representación que asume el infante en el proceso del estadio del espejo será sostenido en las palabras del Otro.

Al ser entonces atravesado por el lenguaje, el niño queda alienado al deseo materno, dando al niño la completitud imaginaria, pero es importante que se dé la falta en el sujeto, es necesario el proceso de separación de la relación dual entre el niño y la madre, para que surja el deseo del sujeto, para esto, es necesario la intervención del padre o quien ejerza la función. La mirada de la madre no debe estar centrado solo en el hijo, sino que se dirijan a otros, su pareja, su trabajo, es permitir que se dé el proceso de separación, donde la función paterna, posibilita al niño salir de ese acoplamiento con la madre, de esa relación mortífera, logrando así, el niño acceder a su propio deseo y al orden simbólico.

El padre interviene haciendo de barrera en la relación de la madre y el hijo, constituyendo a la madre como castrada, es decir, que no puede colmar la falta del hijo, y que ella también requiere el reconocimiento de otro. El padre interviene como privador de la madre, en tanto esta debe someterse a una ley que no es la suya, así el niño puede reconocer la presencia del padre en la madre; durante este proceso se da la caída del objeto a, es decir reconocer que no hay un objeto que colme la falta que es estructural en la constitución subjetiva que permitirá la circulación de su propio deseo, dejando al sujeto en falta, dando lugar al sujeto de deseo.

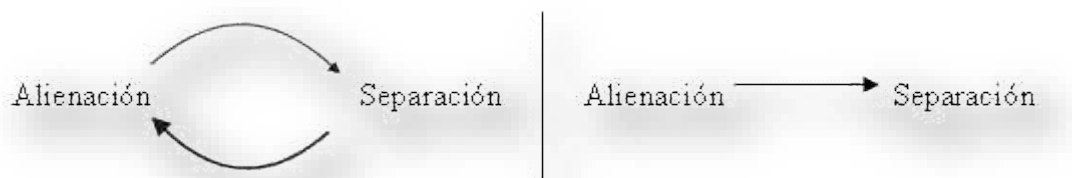


Figura 3: tomada de Acheronta Revista Psicoanalítica

Después del proceso de separación, la cual es necesaria para que surja el sujeto de deseo, es decir, se requiere de la función paterna, para que haga mediador en esa relación dual para que en los dos, madre e hijo surjan sus propios deseos, por tanto, es la familia el lugar donde se establecerían inicialmente las relaciones, por ende, es aquí donde se darán los primeros conocimientos de los afectos, lo que está permitido y lo que está prohibido en función a las relaciones de amor y a las expresiones de la sexualidad entre los seres humanos.

Al hablar de deseo, se dice que es una búsqueda constante de este objeto perdido; en su búsqueda encontrara objetos parciales que lo único que darán es el plus de goce, que no es otra cosa que la forma como un sujeto se satisface con un objeto pulsional, de los cuales recobrará algo de su goce, pero como no es posible llenar por completo la falta, siempre se verá insatisfecho.

Freud en “tres ensayos de una teoría sexual” (1905), muestra que la sexualidad está presente desde la temprana infancia, los primeros indicios del desarrollo sexual, donde se manifiestan satisfacciones sexuales pulsionales del infante; la pulsión sexual es auto-erótica, y las zonas erógenas van a operar independientes unas de otras, para llegar a un fin sexual, el placer sexual, el goce, evidenciando las variadas formas que tiene, así la sexualidad infantil queda metaforizada en la ternura como velo ante la sexualidad.

Cuando se da el paso de la infancia a la pubertad, hay un nuevo fin sexual donde las satisfacciones parciales que se daban en la infancia toman un nuevo rumbo, juntándose y dirigiéndose a la zona genital, este fin sexual, (que no se reduce a la reproducción) y las formas para obtenerlo va a ser diferente tanto en hombres como en mujeres.

Como manifiesta Spurrier en su libro “adolescentes deprimidos, hoy. Una perspectiva psicoanalítica” (2013), el adolescente elegirá sobre su posición sexuada, lo cual no es asunto bilógico, aun cuando esta exista, aceptar una posición femenina o masculina, es un proceso que está afectado por sucesos que van, desde, definir un lugar sexual hasta la pregunta, como responder al otro desde el lugar que se elija.

En consecuencia, definir la sexuación es necesario, para conocer como acceden a su posición sexuada, hombres y mujeres, sin tener en cuenta su elección de objeto sexual, ya

que, un hombre puede acceder desde una posición femenina, como una mujer puede hacerlo desde una posición masculina, sea su elección de objeto sexual, una mujer o un hombre.

Por ende, el modo de alcanzar el fin sexual es diferente en cada uno, es decir su modo de gozar es distinto.

Morales (2015), en su libro “Otra Historia de la Sexualidad”, muestra, que el goce en la mujer, es un goce Otro, es decir, que la mujer goza no solo de su órgano (clítoris), sino de todo su cuerpo, sin la prisa y la imposición de la vanidad fálica, por tanto, el encuentro erótico en la mujer se extiende en todas las dimensiones de su cuerpo, por otro lado, el goce en el hombre se reduce en el goce fálico, en otras palabras, el hombre goza de una parte específica del cuerpo, su órgano (pene), por ende, privilegia esta zona, donde el encuentro erótico lo reduce al tiempo de erección.

Ahora bien en el despertar de la pubertad en el joven, tanto masculino como femenino, se da un nuevo interrogante: ¿qué quiere una mujer?, ¿Cómo ser? Partiendo de actos de naturaleza imaginaria, ¿cómo me visto?, a ensayos en los modos de relacionarse con los otros, especialmente el otro sexo, los hombres también, ensayan roles, estilos, imágenes, modos de relacionarse. No hay un saber a priori de como relacionarse con el otro sexo, es una construcción subjetiva, es una relación en doble sentido, es en la interacción con los otros en la que se configura. Las experiencias de la temprana infancia, los entornos culturales influyen en esos procesos.

La Incógnita sobre quien ser o como ser, tanto para los hombres, como para las mujeres, dan cuenta de la neurosis del sujeto. En esta etapa no hay significante en el Otro que pueda nombrar ese goce, el púber se encuentra en un momento de indeterminación, donde surge el goce que irrumpe el cuerpo y también surge la interrogante de cómo hacer lazo con el otro sexo, entonces, el adolescente utilizará los recursos que tiene a su alcance para dar una respuesta a lo que surge como nuevo, que tiene que ver con el goce, como manifiesta Lacan “no hay relación sexual”, no hay adecuación perfecta entre los sexos, por tanto, no hay definición de cómo acceder en la relación con el otro sexo, cada uno hace su camino para encontrar dicha respuesta.

El adolescente, colocado al borde de lo impensable e irrepresentable, revive como en los orígenes el trauma pulsional del desamparo. Se reactiva el mecanismo de la repetición y se pone a prueba la consistencia del Yo, a través de su capacidad de contención, de ligadura e intrincación de lo pulsional, como resultado de la interiorización e identificación con las funciones del objeto primario en los primeros tiempos de la constitución del psiquismo. Será la re-apertura de los procesos de representación y de simbolización, después del caos puberal, la que permitirá a lo largo del proceso de sedimentación y elaboración adolescente, darle a lo económico un sentido para que vaya adquiriendo un carácter simbólico, y para que lo traumático pueda ser transformado en un drama, con un guion y una narrativa propia. (Monserrat, 2013)

Ahora que pasa con el cuerpo del sujeto que le diagnostican el virus del VIH, como revela Fernández (s.f), en “El exilio del cuerpo”, al hacerse un cuerpo, el sujeto puede apropiarse de él, por esto, es necesario el conjunto de deseos, identificaciones e ideales que se estructuran en el proceso del estadio del espejo, pero al ser diagnosticados con VIH-SIDA el reconocimiento de su cuerpo, parece desordenarse.

Esto se debe a que, el “Lenguaje que atraviesa el cuerpo implica siempre una falta o una inconsistencia, y el sujeto al incorporar dicha estructura incorpora las fallas de este lenguaje” (Pascual, 2008), esto nos demuestra que aunque el lenguaje estructure un cuerpo, también puede desregularlo, enfrentándose con lo real, con la nada. Su cuerpo parece desarmarse ante este Otro que le devuelve la fragmentación con el informe preliminar de su diagnóstico y como se mencionó anteriormente que la identificación del cuerpo de un sujeto se da a partir de otro; por tanto, la imagen formada en lo especular cae. Por eso al recibir el diagnóstico inicialmente el sujeto queda desarticulado de toda significación, pues el paciente con VIH-SIDA se encuentra con lo real, lo que no puede asimilar.

Parafraseando a Lacan, lo que no puede ser simbolizado y significado es justamente lo Real; conocido en el psicoanálisis como aquello que no puede ser nombrado, que no es atravesado por la palabra, es lo imposible.

Como es imposible de articular en la cadena significativa queda fuera del registro simbólico, por eso lo real es vivido como traumático, debido a que aparece de manera inesperada, invadiendo y al no saber responder se lo considera como lo Real.

Rea (2011), en su artículo “Psicoanálisis y dispositivo de la sexualidad: cuerpo, norma y construcción de género”, manifiesta que, lo sexual surgen a partir de un cuerpo atravesado por el deseo y que está abierto al encuentro con el otro, por ende, lo sexual, no es lo sexuado (posición que elija sea masculino o femenino), más bien es la capacidad de como expone al cuerpo, a los gestos, decires, los deseos, al inconsciente del otro.

Así el cuerpo, está en relación a la sexualidad, es decir, integra a todo el individuo, no es solo el acto sexual, sino que va más allá, pero hay que tener en cuenta que la sexualidad está determinada por la cultura y la sociedad, además la sexualidad se construye a partir de las identificaciones imaginarias y simbólicas que son únicas, conscientes e inconscientes

Surgen algunas inquietudes y preguntas que no se podrán despejar en este trabajo. Como las vivencias de la sexualidad de hombres y mujeres, su modo de establecer relaciones de pareja, sus modos de gozar, están relacionadas con la transmisión del VIH-SIDA.

Cómo afecta en la sexualidad el diagnóstico de VIH-SIDA en los sujetos, siendo una enfermedad de trasmision sexual, el VIH-SIDA produce estrago en el sujeto a la hora de enfrentarse a su propia sexualidad, su cuerpo, su goce, su historia, como anteriormente se habló, el diagnóstico es un imposible de asimilar, de dar una respuesta, por ende, aparecen temores, miedos, angustias, entre esos se tiene los que afectan el cuerpo y su sexualidad. Entonces en las personas seropositivas, la sexualidad se presenta a través de un cuerpo renegado, ya que, tanto para hombres y mujeres es un cuerpo enfermo, un cuerpo que interroga su vida.

Tal es el caso de la maternidad en las mujeres diagnosticadas con VIH-SIDA, muchas de ellas se enfrentan a un dilema de continuar o no con su embarazo, por los riesgos en la salud y vida de su hijo o hija. El descubrimiento de la seropositividad llega como algo inesperado, debido a que muchas son diagnosticadas, en el momento de su gestación, en este caso, la subjetividad de ellas juega un papel fundamental, ya que, saber que quien va a

infectar a su bebé es ella, y no el padre, el hombre que la infectó, puede producir un choque en ellas, por eso el sentimiento más perturbador es el miedo de transmitir el virus al hijo.

Por tanto en la sexualidad ligada a la maternidad se establecen dos momentos contradictorios, donde “La vida surge en la concepción del hijo, donde el miedo de contaminar al hijo es marcado por sensaciones de sufrimiento. Y en ese miedo de transmitir el virus al hijo surgen, también, las inseguridades y el sentimiento de muerte” (Almeida, Silveira, Silva, Terezinha, & Guimarães, 2010).

Para finalizar, el cuerpo y la sexualidad están íntimamente relacionados, las personas no tienen una respuesta, un saber hacer en relación con el otro sexo, es algo que tiene que construirse a lo largo de la vida, si bien hay épocas específicas donde esto se incrementa, la adolescencia, la juventud, los primeros encuentros amorosos, sexuales de pareja, la vida adulta, los cambios de pareja, las diversas parejas dentro fuera o después de relaciones “estables” matrimonios, la maternidad, paternidad, divorcios, separaciones, nuevas parejas, etc.

En el caso de paciente seropositivo se vuelve complicado tratar estos temas, ya que, se juegan situaciones que se vuelven complejas como se mencionó anteriormente, está la maternidad, la manifestación de la enfermedad en el cuerpo y muchas veces hay escaso rodeo pulsional, es decir, hay una disminución de la satisfacción del propio cuerpo que impide construir el cuerpo como imagen de goce del partenaire, por tanto, son temas que mayormente traen a las sesiones psicológicas, durante el proceso de duelo.

CAPÍTULO 3

PERSPECTIVA PSICOLÓGICA

3.1. EL DUELO EN RELACIÓN AL DIAGNÓSTICO

En este capítulo se hablará sobre el impacto en la vida de las personas que son diagnosticadas con VIH SIDA, muchas de estas personas desde que son diagnosticadas, pasan por un proceso real de pérdida de la calidad de vida; pero especialmente hay un proceso subjetivo, ya que, al recibir dicha información, su estilo de vida cambia de forma rápida, por tanto es necesario definir, el duelo desde una perspectiva amplia, para luego definirla desde el psicoanálisis.

Según la real academia española, el duelo proviene del latín. *dōlus* (dolor), se define como un sentimiento, una expresión de dolor que cada individuo manifiesta por la pérdida de un ser importante para ellos.

Entonces, el duelo es un proceso que se da después de la pérdida definitiva de un ser amado, asociada a la muerte, pero no necesariamente debe ser la muerte física de una persona, se dirá que el duelo es una reacción que todo ser humano tiene ante la pérdida no solo de un ser querido, sino también de un objeto o eventos significativos en la vida de las personas. Cada paciente al ser diagnosticado con VIH, vive un proceso de duelo, que permitirá la aceptación poco a poco de su condición, esto consentirá la posible adherencia al tratamiento.

Al pasar por el proceso de duelo cada individuo tendrá diferentes respuestas emocionales y de comportamiento, por tal razón, el tiempo que trascorra para la elaboración del duelo, es decir, para la aceptación de la pérdida dependerá del individuo, muchas veces personas que pasan por situaciones iguales en vez de pasar por un proceso de duelo pasan por la melancolía.

Freud (1915), en su artículo “duelo y melancolía”, define la melancolía como, un estado de ánimo profundamente doloroso, una interrupción del interés por el mundo exterior, la pérdida de la capacidad de amar, la inhibición de todas las funciones y la dimensión de amor propio (reproches y acusaciones del paciente de sí mismo), y por otro lado, define el duelo como “la reacción frente a la pérdida de una persona amada, o de una abstracción que haga sus veces, como la patria, la libertad, un ideal, etc. En tanto es pasajera.”

El VIH-SIDA trae consecuencias a las personas que lo portan, modificaciones sobre su existencia, es decir, cambios en sus planes de vida, ¿qué significado tiene el virus para ellos, siendo una enfermedad mortal?, el significado que a menudo le dan está asociando con la muerte, por ende, creen aproximarse a la posibilidad de morir, otros aspectos que generan ansiedades son el deterioro corporal y físico, que trae consigo la transmisión del virus del VIH-SIDA.

También pueden presentar depresión ante las situaciones que van a atravesar, como el inicio del tratamiento, pérdida de trabajo, comunicar el diagnóstico a su familia o pareja y por otro lado lo relacionado con el entorno, en la que se pueden producir, rechazo o aislamiento social.

Las personas seropositivas, presentan distintas emociones y sentimientos debido al diagnóstico, pero muchos de ellos presentan temores, culpa, depresión, impotencia, estos sentimientos se pueden presentar en diferentes momentos del proceso de elaboración de duelo.

Nettleton (2002), en, “Sociología de la salud y de la enfermedad”, manifiesta que las enfermedades crónicas siempre van a afectar la vida cotidiana del paciente, en lo social y en lo subjetivo, por eso el diagnóstico requiere un proceso de elaboración, adaptación, que a menudo produce malestar en la vida de la persona infectada con VIH-SIDA.

Cada persona al ser diagnosticado con VIH-SIDA, reacciona de manera diferente, lloran, se quedan en silencio, expresan confusión o muchos de ellos se muestran indiferentes con respecto al diagnóstico e intentan salir del consultorio de inmediato.

Como anteriormente se mencionó, los pacientes pasan por un proceso de duelo, que se pueden expresar a manera de fases, como negación, resentimiento, depresión, culpa, miedos y temores, etc.

A partir de lo expuesto, se puede hablar de la negación como el mecanismo que se presenta al recibir el diagnóstico de VIH-SIDA, la que se define, como “el rechazo de la percepción de un hecho que se impone en el mundo exterior” (Laplanche & Pontalis, 2004), por ende en personas que reciben la noticia de la presencia de reactivos suficientes para portar el virus, se presenta como primera etapa en el proceso de duelo, es decir, muchos de los pacientes que son diagnosticados con VIH, tratan de negar desde su discurso la información obtenida, que se elabora como mecanismo de adaptación a una nueva realidad en la vida de sujeto seropositivo.

Esto se puede observar en lo que manifiesta el siguiente paciente, “O”, es un joven de 25 años, diagnosticado con VIH, hace aproximadamente dos meses, el comenta “estaba asustado, no lo creía, por eso lo hice en dos laboratorios diferentes, en los dos me dio el mismo resultado, pero lo hice en otro, porque sentí que estaban equivocados, eso no puede pasarme a mí, por eso tuve que volver a hacerlo”

“A” paciente, de 30 años masculino, cuya pareja acaba de fallecer de SIDA, el comenta “mi novio, fue diagnosticado de VIH-SIDA, hace dos meses, no quería hacerme la prueba, así que seguí con mi vida, pero, él murió hace una semana, y la verdad, él dijo que me lo haga, pero no lo hice, no quiero saber lo que vaya a salir.”

En estos pacientes hay una negación de la realidad, hay un no querer saber de su diagnóstico, de huir de la información que se le está dando.

Por otro lado, durante el proceso de duelo los pacientes con VIH presentan sentimientos de culpa, En casos de mujeres, quienes se han enterado de su diagnóstico a partir de su embarazo, se culpan de transmitir el virus a sus futuros hijos.

v.g. *“P” mujer de 36 años diagnosticada con VIH-SIDA en el 2004, madre soltera, comenta “cuando tuve a mi hija me entere que tenía VIH-SIDA, me sentí destrozada, pero cuando me dijeron que mi hija también lo tenía, sentí que mi mundo se caía, tengo dos hijos, pero me doy cuenta que consiento más a la niña...quizás me siento culpable, yo fui, yo le pase lo que tiene y cuando se enferma me da miedo y por eso estoy más pendiente de ella”*

Como manifiesta D. Defey, muchas veces, las mujeres idealizan la imagen del infante, un niño perfecto, sano, pero, al conocer el diagnóstico del hijo con VIH SIDA, revela algo diferente, en este sentido aparece la culpa, la cual está asociado con no cumplir lo que imaginariamente la sociedad impone, de ser una buena madre, de engendrar un niño sano, sin enfermedad, por eso, en el caso de mujeres que ya han sido diagnosticadas y aún no han tenido hijos, surge la angustia de transmitir el virus, y por otro lado, en el caso mencionado anteriormente donde se juega a nivel subjetivo dos contradicciones, por una parte la vida, es decir, mujer creadora de vida y por otra parte, al transmitir el virus del VIH-SIDA, también mujer que posibilita al niño a una cercanía con la muerte, ya que, como antes se mencionó el VIH-SIDA, se lo vincula con la muerte.

Ahora bien, en cuanto a explorar la vida sexual de los hombres con orientación homosexual, muchos de ellos buscan al culpable o se culpan, debido a la vida sexual “desordenada” (varias parejas sexuales), que muchos de ellos han llevado. Con el sentimiento de culpa viene la ira, el enojo, sean hombres o mujeres, muchos llegan a estar enojados consigo mismos, reprochando por lo que debían hacer y no hicieron, sienten ira con quien creen o saben que les transmitió el virus.

“H” joven de 26 años con orientación homosexual, comenta “últimamente he tenido una vida sexual desordenada, tengo mi pareja y estoy preocupado por él, ha de estar enojado, por mi culpa está pasando todo esto, no sé qué va a pasar, es mi culpa por no cuidarme.”

En otro caso, se ve como un joven de 24 años con orientación homosexual comenta “solo tuve dos novios en mi vida, mi primer novio me decía vamos a estar juntos siempre...unidos siempre, yo no veía la necesidad de cuidarme porque llevábamos

dos años juntos y él me decía siempre que no me iba a dejar, pero ahora entiendo todo, también fue culpa mía por no exigir y confiar en él.”

También, el diagnóstico de VIH-SIDA genera en los sujetos angustias y temores de su posible muerte. Sienten que se producen diversas pérdidas, debido a que la muerte, como lo manifiesta Freud es irrepresentable, es decir, no hay un significado que defina a la muerte, por eso, los sujetos al enfrentarse a esta posibilidad de morir y que aún no llegan no tiene como representarla, ya que, la desconocen, lo cual genera que la representación de la misma la sitúen en la pérdida, así, la angustia se tramitará a través de pérdidas que el sujeto emana en su discurso y también a través de su cuerpo, en otras palabra, la angustia puede manifestarse en síntomas físicos y mentales, los cuales permitirán la elaboración de alguna manera de algo de esa cercanía a la muerte que genera el diagnóstico.

Por ejemplo “V” de 26 años, soltero con orientación homosexual, llega a la fundación, debido a una situación de riesgo vivida hace aproximadamente 6 meses, enterándose su diagnóstico en ese momento, al recibir dicho informe comenta, “ahora me voy a morir, que voy hacer, me saldrán manchas en el cuerpo, me voy a morir, ya no podré hacer nada, no viviré mucho tiempo.”

El solo hecho de ser diagnosticado con el VIH-SIDA, el paciente ya se ve sentenciado a la muerte, por ende, esta información llega como una irrupción en la que el sujeto se sitúa, pero no tiene sentido, es ahí donde buscará medios para significar la situación, por tal razón en el trabajo de duelo se propiciará elaborar este significante nuevo e incomprensible, para que el paciente conlleve el diagnóstico, es así, citando a Tendlarz (1997), “La muerte evocada en ese momento es una imaginización del destino de la enfermedad que sin embargo precede sin saber en cuánto a la muerte real”.

Es decir, los resultados que obtienen los sujetos conllevan a lo que Lacan denomina entre dos muertes (Lacan J. , 1960), ya que, el paciente con VIH-SIDA se asemeja a Antígona, donde son condenados a muerte antes de que su cuerpo se deteriore. “Se le decreta la muerte con la palabra, muere en lo simbólico aun estando viva en lo real, es decir, está muerta en vida, vive y sin embargo está muerta ya.” (Bautista, 2006)

Otra de las angustias que se presentan es con relación al cuerpo, es como se mencionó en el capítulo anterior, donde su cuerpo parece desarmarse ante este Otro que le devuelve la fragmentación con el informe preliminar de su diagnóstico, corre el temor en la subjetividad del paciente que su cuerpo muestre los indicios de la enfermedad, angustia de que cambios se darán a partir del diagnóstico en su vida, muchos de ellos preguntan sobre la reproducción, es decir, si podrán tener hijos al ser paciente seropositivos.

“P” madre soltera de 36 años comenta, “muchacha gente que me conoce me dice que me veo más delgada, que si estoy enferma, porque me ven flaca...la doctora dice que me veo bien, pero me da tanto miedo que se me note, que mi cuerpo muestre algo de síntomas, que otros lo vean, me da miedo que se me note la enfermedad.”

Una de las ideas que se presentan durante el proceso de duelo, es sentir el rechazo de su entorno, social, laboral, educativo, barrial, esto aparecen a partir del imaginario social, que las personas tienen sobre las formas de transmisión del VIH-SIDA. Legalmente las personas seropositivas tienen derecho a seguir laborando mientras estén aptas para desempeñar sus obligaciones y derecho a la atención médica, por tal razón, esta situación puede (dependiendo del caso) ser más llevadera, por tanto, ser portador del virus del VIH-SIDA no debería implicar la discriminación por parte de la sociedad; pero lamentablemente no es así.

“M” de 43 años madre soltera, diagnosticada con VIH-SIDA hace 8 años, Comenta que en una vez dejó el medicamento, “quería morir, ya no quería estar en este mundo, me sentía bien mal”, en ese momento la internaron en el hospital, comenta que los doctores no querían atenderla y eso le causaba mucha angustia y tristeza debido al rechazo que sentía por parte del personal médico; Llegó un momento donde las enfermeras comentaron a su hija que no haga nada que ya la dejara morir... en otra ocasión “tenía que hacerme un tratamiento de conducto en la muela y nuevamente no me atendieron solo me mandaron pastillas para el dolor, me sentí como la vez anterior, mal despreciada por tener esto”

Aunque lo que se manifestó anteriormente es totalmente real, una persona diagnosticada con VIH no puede ser rechazada, ni discriminada socialmente, lo que viven

los pacientes es completamente diferente, muchos manifiestan el rechazo laboral o discriminación social.

Por otro lado, siendo un sujeto, portador de una enfermedad crónica, es decir, una persona que no va a morir de inmediato, como enfermedades terminales, pero si es portador de un virus que lo acerca a la posibilidad de morir algún día y esa idea produce mucha angustia, por eso es necesario el trabajo psicológico con pacientes seropositivos.

Por tanto, como manifiesta Ambertín (2005), "...la clínica psicoanalítica del duelo reconoce lo incurable del duelo, pero también, la tramitación probable... para que la vida... a pesar de lo percedero sea un poco posible. Hacer la vida un poco posible, pese a la posibilidad de su muerte..."

3.2. RECOPIACIÓN DE LA EXPERIENCIA DEL PSICÓLOGO CLÍNICO Y ANÁLISIS DE CASOS

Conocer de esta enfermedad de transmisión sexual, siendo el VIH-SIDA un virus que actualmente afecta a personas en el siglo XXI no solo a nivel médico, orgánico, sino que afecta la subjetividad de las personas, como la revelación del diagnóstico en ese momento conlleva un encuentro con lo inexplicable, y se cuestionan sus encuentros sexuales luego del diagnóstico, sabiendo que existe esta enfermedad crónica se ponen en situaciones de riesgo, todas estas interrogantes me llevaron a abordar este temática, dentro de las instalaciones los pacientes que acuden son personas que van por voluntad propia a realizarse la prueba de VIH, hombres o mujeres que saben su diagnóstico y buscan ayuda psicológica.

Así, el trabajo del practicante dentro de la institución no solo fue en el area de psicología, sino informar sobre el tema, se trabajó en consejería, entre las expectativas que tenía al ingresar como practicante dentro de la institución eran que se atenderían a los pacientes en varias sesiones, pero la realidad fue diferente, ya que, por ser una institución ambulatoria, los pacientes están temporalmente y las entrevistas se dan en una o dos sesiones.

Es el paciente quien decide recibir ayuda psicológica después del diagnóstico o no; entonces me enfrentaba a la problemática que en una sesión se debía informar lo que se

debía hacer luego de su diagnóstico, hacer soporte psicológico y todo esto se debía realizar en un tiempo determinado, esto me sorprendió en los primeras semanas de prácticas, luego, de esto hice mi propio espacio y tomé mi propio tiempo para trabajar con los pacientes. Identifiqué que era necesario lo que llamamos la terapia de urgencia, ya que, es imposible asimilar el recibimiento del diagnóstico de manera inmediata; además, los pacientes lo manifiestan de maneras diferentes, a través de angustias, miedos, insomnios, culpa, etc.; Por tanto al ser una terapia de urgencia se requieren intervenciones rápidas y eficaces, ya que, el tiempo y el número de sesiones fueron de una a dos entrevistas.

El proceso de acompañamiento y las intervenciones de emergencia, implican dar apertura al sufrimiento del paciente, es decir, es necesario dar un tiempo para que la persona comprenda y haga suyo el sufrimiento que está pasando, facilitando que el paciente pueda poner en palabras lo que le causa angustia.

Como menciona Ravard (2003), en su artículo, “¿A qué responde el analista?”, El psicólogo con orientación analítica responde con palabras o silencios, permitiendo reorganizar las cadenas asociativas. Esto es lo único que puede permitirle a un sujeto, hacerse cargo de su propio sufrimiento, dejar de ser un cadáver y tomar cargo su existencia.

Entonces, entre estas respuestas o posibles intervenciones se pudieron hacer interrogaciones donde se daban señalamientos por medio de preguntas para generar respuestas en los pacientes; por otro lado, dar información sobre el tratamiento, cuidados y descartar mitos sobre el virus ayudaban a disminuir la angustia presente en los pacientes, también, en casos en los que se trabajó en dos sesiones se sintetizaron temas centrales que afectan a los pacientes como el rechazo, los cambios que se dan en su cuerpo, sexualidad, en ocasiones se daban espacios de silencios que permitían al paciente apropiarse de lo que estaba sucediendo y por último, se realizaban sugerencias que permitían dejar interrogantes como otra posibilidad de respuesta para sobrellevar los cambios que se presentan en su vida sin dejar de lado su propio deseo.

Así se presentan algunos casos tratados en las prácticas pre-profesionales

El psicólogo constituye para los y las pacientes el punto desde donde pueden escucharse decir quiénes son ellos, sean hombres o mujeres, su historia, enfrentarse a una experiencia de la que son parte, pero que los sorprende, descoloca, muchos de ellos combaten contra este virus que ha irrumpido en sus vidas y en su cuerpo.

En las entrevistas realizadas con los pacientes, se presentaron diferentes temáticas a trabajar con ellos, que surgen al manifestarse la angustia ante lo desconocido, ya que, es algo real que trastoca su vida.

Caso D

“D” mujer de 32 años, divorciada hace 2 años, tiene una hija de 12 años, es derivada por la trabajadora social de la fundación, comentando que en el trabajo le piden realizarse las pruebas de rutina entre esas se encuentra la de VIH-SIDA, saliendo reactiva, al ingresar comenta “no podía creerlo, por eso vine, necesito confirmar lo que salió, no puede ser verdad, esto no me puede pasar a mi” **Se observa la negación como rechazo a este hecho que es imposible de asimilar “el rechazo de la percepción de un hecho que se impone en el mundo exterior”** (Laplanche & Pontalis, 2004) *...dice estar sola... “estoy sola no tengo a nadie y el padre de mi hija, a veces aparece y otras no, ¿qué haré?, si tengo esto, ¿qué será de mi hija?, no tengo padres, a mis hermanos no los veo, no me llevo bien con ellos... ¿qué pasara si me voy y se queda sola, con quién la dejo?”*, **a través de esta pregunta que la paciente se formula da cuenta que adquirir el virus llega a ser señal de una muerte que no es real, como lo manifiesta Tendlarz (1997); “La muerte evocada en ese momento es una imaginarización del destino de la enfermedad que sin embargo precede sin saber en cuánto a la muerte real”**; *se pregunta sobre su vida sexual y comenta “después del padre de mi hija, tuve otra pareja, menor a mí, viví con él durante 4 años, luego me entere que él se drogaba, durante ese tiempo el me golpeaba y me cogía a la fuerza, tarde 4 años en dejarlo, fue duro volver a estar sola” luego de eso tuvo cuatro parejas más, dice “no creí que me pasaría esto, eran parejas estables”* **los estudios de genero nos muestran que los modos de vivir la sexualidad, las relaciones de pareja tienen influencia social muy fuerte, roles estereotipados para hombres y mujeres y en el psicoanálisis como manifiesta Lacan “no hay relación sexual”, no hay adecuación**

perfecta entre los sexos, por tanto, no hay definición de cómo acceder en la relación con el otro sexo, cada uno hace su camino para encontrar dicha respuesta, se ve como esta paciente acata esta frase “parejas estables” como un modo para relacionarse con el otro sexo, donde ser “estables” implica no protegerse en sus relaciones sexuales suponiendo no correr riesgos; *se interviene y se le dice la estabilidad también implica estar en riesgo, “no sabía que era un riesgo tan grande”, se vuelve a intervenir y se dice, si no sabía, ahora lo sabe.*

CASO B

Paciente quien llamaremos “B”, tiene 26 años, con orientación homosexual, llega directamente a la fundación y comenta “me realice la prueba de VIH saliendo reactiva y no sé qué hacer con mi vida.” el “Lenguaje que atraviesa el cuerpo implica siempre una falta o una inconsistencia, y el sujeto al incorporar dicha estructura incorpora las fallas de este lenguaje” (Pascual, 2008), esto nos demuestra que aunque el lenguaje estructure un cuerpo, también puede desregularlo, enfrentándose con lo real, con la nada. Su cuerpo parece desarmarse ante este Otro que le devuelve la fragmentación con el informe preliminar de su diagnóstico y como se mencionó anteriormente que la identificación del cuerpo de un sujeto se da a partir de otro; por tanto, la imagen formada en lo especular cae; Es derivado por la trabajadora social de la fundación, se tiene 2 sesiones con el joven.

En relación a su familia comenta que la relación con su madre es buena, con sus hermanos también, por otro lado su familia no sabe del diagnóstico, “no le he dicho a mi familia porque he estado de los dos lados, se pregunta a que se refiere con dos lados y comenta, “del lado donde no se tiene VIH, vi como mi mamá era con mi tío cuando íbamos a su casa, decía que no coja nada de lo que mi tío me diera, porque podía contagiarme”; y el otro lado se refiere a ser portador del virus, si su familia se llega a enterar tiene temor de ser rechazado. El rechazo aparece a partir del imaginario social, que las personas tienen sobre la formas de transmisión del VIH-SIDA.

En cuanto a su vida sexual comenta que ha tenido dos relaciones serias en su vida, “cuando tenía 24 años conocí a un chico y empezamos a salir, pero terminamos, lo volví a

ver hace algún tiempo, él es mi amigo, me escribió un mensaje diciendo que tiene VIH-SIDA y que me haga la prueba”.

El paciente se realizó la prueba junto a su actual pareja con quien tiene una relación de 3 años y convivían juntos, saliendo la de él reactiva y la de su pareja no reactiva, comenta “esto me sorprendió mucho, estoy preocupado porque ahora, el termino conmigo, pero no deja de llamarme, él insiste que le pasé el virus y ahora estoy preocupado que sea así, aunque nosotros terminamos, el sigue a mi lado porque me dice que él no se va a alejar hasta saber que no tiene VIH-SIDA, el me echa la culpa” Hasta el momento, su pareja es no reactiva, por tanto, él debe estar en controles por un año para descartar la transmisión del virus.

El paciente comenta que los dos tienen antecedentes de cómo son tratados las personas con VIH, y que han visto morir a alguno de ellos por eso se sienten temerosos. En la entrevista se le pregunta si ellos tenían conocimiento sobre el VIH-SIDA, que corrían el riesgo de la transmisión del VIH-SIDA; responden que por ser una pareja estable no veía la necesidad de protección.

*El joven comenta que no puede dormir por la noticia que recibió, una noche intentó dormir pero tuvo un sueño, dice “recibía una llamada donde mi tía me decía que se había muerto mi tío, me asusté, me levanté y ya no puede dormir”. **El sueño como manifiesta Freud acoge esa experiencia que conscientemente es secundaria, pero, que remite siempre a algo importante en el inconsciente, el sentir angustia por este sueño se puede interpretar como una identificación a ese tío, a aquella persona que representa su mayor temor, el lugar que en algún momento ocupará, a lo que su diagnóstico lo lleva a pensar su propia muerte** El paciente no puede dormir y se siente angustiado por los resultados de su ex pareja y su temor a la muerte.*

*En otra sesión comenta el temor sobre la reproducción, dice “usted cree que podrá tener hijos,” se devuelve la pregunta, ¿usted qué piensa?, a partir de la información obtenida, ¿usted cree poder tener hijos?, “sí, pero, ahora no quiero saber de sexo o de niños, ahora no”. **Freud revela que “la pérdida de interés por el mundo exterior, esta inhibición y este angostamiento del Yo expresan una entrega incondicional al duelo que***

poco o nada deja para otros intereses”, es decir, esta situación quita energía psíquica al paciente y mientras elabore este proceso dejen de lado otros intereses como lo manifiesta el paciente.

En los diferentes casos atendidos dentro de la fundación, se busca una resignificación al diagnóstico recibido, es decir, reconfigurar la propia sexualidad, asimilar los posibles cambios que se den en su cuerpo, hacer surgir el deseo propio, que en muchos de los pacientes está inhibido, dar una nueva interpretación al diagnóstico de VIH-SIDA que permita al sujeto sobrellevar subjetivamente la prescripción recibida.

Una parte importante dentro de las prácticas fue la función de la palabra, el lenguaje como Freud manifiesta, las palabras provocan alteraciones anímicas, por tanto, es por medio de la palabra, los significantes que se produce un efecto, es así, que son esenciales los dichos de los otros, familia, amigos, en muchos casos, los pacientes no quieren manifestar su diagnóstico a los demás, por eso, tener la oportunidad de expresar con palabras su experiencia al conocer el diagnóstico, facilita que elabore lo que desencadena esa información que tiene que ver con su vida amorosa, familiar, laboral. La fundación otorga a los y las pacientes condiciones para poder sobrellevar el diagnóstico y en muchos casos exclusión social.

CASO M

Mujer de 43 años, madre soltera, diagnosticada con VIH-SIDA hace 8 años, recicladora; Se tiene una sesión. Su entorno familiar, es la segunda de tres hermanas, su padre falleció hace muchos años, es su madre quien la cría, tiene una hija de 17 años quien está comprometida y tiene un nieto de 1 mes de nacido. La paciente comenta que hace aproximadamente dos años vivía con su mamá pero decidió ir a vivir sola, debido a que su madre se enteró del diagnóstico, “me gritó, me dijo zorra que hiciste, me dijo que me vaya, que la iba a contagiar”, decidió vivir sola, su hija y yerno fueron a vivir con ella.

Antes del diagnóstico le gustaba beber y vivir una vida alegre, su marido en ese entonces también vivía esa vida y le era infiel en muchas ocasiones, no sabe de su paradero y comenta “ese maldito, me pasó el virus, que se muera ese desgraciado”.

*No sabe del paradero de su ex marido, comenta que ella hace ocho años aproximadamente tuvo que realizarse una cirugía donde le extirparon una parte del útero y ahí se enteró que tenía VIH. Comenta que una vez dejó el medicamento, “quería morir, ya no quería estar en este mundo, me sentía bien mal”, en ese momento la internaron en el hospital, comenta que los doctores no querían atenderla y eso le causaba mucha angustia y tristeza debido al rechazo que sentía por parte del personal médico; Llego un momento donde las enfermeras comentaron a su hija que no haga nada que ya la dejara morir. Actualmente volvió a tener la carga viral baja, aunque a menudo siente que quiere dejar todo, porque se siente rechazada por tener VIH-SIDA, y debido a que no tiene trabajo y por su edad manifiesto no la quieren aceptar, sintiéndose inútil. **El sentido de la vida después del diagnóstico no tiene que paralizarse, más bien se puede transformar dependiendo de los pacientes, es necesario intervenir propiciando que surja el deseo,** así, una de las intervenciones que se realizó con la paciente de 43 años, fue dar utilidad a la habilidad que tiene, es una mujer que le gusta cocer, por ende, a través de la fundación se le donó telas para que haga ropa, y las venda, actualmente su deseo de dejar el medicamento ha cambiado, manifiesta: “*la ayudita que me dieron me ayudó mucho, ahora por ahí cuando consigo telas hago ropa para las vecinas y me gano mi platita, con eso ya tengo para comer, de verdad gracias*”. Es necesario conocer el contexto de vida y facilitar la relación con otras instancias en la fundación o fuera que le sirvan de apoyo para resolver problemas y urgencias cotidianas.*

Por esa razón, el psicólogo debe propiciar que el sujeto se resitúe ante este diagnóstico, que por ser una enfermedad crónica, deberá convivir con ella el resto de su vida, por tal razón parafraseando a Fernández, el VIH-SIDA sostiene al sujeto a la vida o la mata, por eso el paciente se adapta o se destruye, por ende, sobrellevar y convivir con el virus dependerá mucho del sujeto.

3.3. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN DEL DESARROLLO DE LA EXPERIENCIA

El presente trabajo busca articular dos partes importantes para el estudio de las respuestas que se presentan en el proceso de duelo de mujeres y hombres con diagnóstico de

VIH-SIDA, a partir del aporte teórico de la clínica psicoanalítica, se analizará el proceso de duelo en la subjetividad de estos pacientes.

El enfoque con el cual se está trabajando en la sistematización es un enfoque psicoanalítico, se está realizando esta sistematización, porque a través del análisis del mismo se quiere llegar a la sociedad para que comprendan y tenga otras perspectivas de lo que viven las personas con VIH. El elemento de contexto es la fundación VIHDA.

En el transcurso de la sistematización lo que me llamo la atención fueron los diferentes casos tratados y que la mayoría de personas diagnosticada con VIH oscilaba entre los 20 y 40 años de edad, es decir gente joven, que se supone informada sobre la enfermedad y su prevención.

A partir de lo expuesto anteriormente, lo que se busca en primer lugar a través de la investigación descriptiva-cualitativa (Hernández. (s.f.), es que, el aporte teórico psicoanalítico permita un análisis de la problemática a trabajar, por otro lado se emplea la investigación cualitativa, ya que, no se trata de presentar una estadística sino presentar los aspectos de cómo cada una de estas personas diagnosticadas con VIH-SIDA procesan su duelo en la sesión psicológica.

Por ende, la técnica a utilizar, es el estudio de casos de tipo 3 holístico (Yin,(1994), ya que, la muestra con que se trabaja se encuentra en una institución hospitalaria, donde se acoge temporalmente pacientes con diagnósticos de VIH-SIDA, este tipo de estudio de caso permite el análisis de múltiples casos que tienen una problemática similar, el abordaje de casos de mujeres y hombres con diagnóstico de VIH atendidos en la práctica pre-profesional permitirán al psicólogo clínico el análisis de los diferentes modos de respuesta ante el duelo de un diagnóstico crónico.

Por tanto, la propuesta freudiana en “Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico” (1912), donde las herramientas de la observación, escucha, permitirán a través de las entrevistas semidirigidas mantener un espacio de escucha y a su vez permitir hablar de manera libre a los pacientes ayudará a detectar los detalles en el discurso del paciente que darán cuenta de la problemática que atraviesa, con respecto a los cambios que

se dan en el cuerpo, sexualidad y lo que atraviesa en relación con la familia, amigos, sociedad, etc.

En consecuencia, a partir de la teoría psicoanalítica se ha podido elaborar un estudio y análisis de los casos atendidos en la práctica psicológica con los pacientes. Así, se ha conseguido relacionar la teoría con la práctica, lo cual permitirá la unión de dos partes importantes para el estudio de las respuestas que se presentan en la experiencia de duelo de hombres y mujeres con diagnóstico de VIH.

3.4. MOMENTOS DEL PROCESO METODOLÓGICO EN LA SISTEMATIZACIÓN

Etapas y fases	actividades
ETAPA DE PLANIFICACIÓN	
Eje de la sistematización	<p>El enfoque con el cual se está trabajando en la sistematización es un enfoque psicoanalítico, se está realizando esta sistematización, ya que, a través del análisis se quiere llegar a la sociedad para que comprendan y tenga otras perspectivas de lo que viven las personas con VIH.</p> <p>Los conceptos que permitieron la elaboración de la sistematización son conceptos tomados del psicoanálisis como cuerpo y sexualidad, duelo y estudios de género.</p>

<p>Agentes involucrados en la experiencia de la sistematización</p>	<p>Los agentes involucrados en el proceso de sistematización de la práctica, es el paciente, el practicante de psicología, la fundación.</p>
<p>Recolección de datos o bibliografía</p>	<p>Para la posterior realización del tema seleccionado para la sistematización, se procedió a la recopilación de información requerida para su sustentación, para esto se realizó indagaciones desde diferente autores como Freud, Saavedra, Lamas, Lacan, De los cuales los conceptos centrales que se abordaron son: vih-sida, género, cuerpo, sexualidad,etc.</p>
<p>4. Elaboración de la práctica</p>	<p>La práctica se realiza en la Fundación VIHDA, donde se atiende a pacientes que son diagnosticados con VIH-SIDA, las herramientas de la observación, escucha, permitirán a través de las entrevistas semidirigidas mantener un espacio de escucha y a su vez permitir hablar de manera libre a los pacientes ayudará a detectar los detalles en el discurso del paciente que darán cuenta del sufrimiento que a traviesan luego de su diagnóstico.</p>

<p>2. ETAPA DE ANÁLISIS</p>	<p>Dentro de esta etapa se realizó el análisis de los casos que se trabajaron dentro de la sistematización, este estudio permitió una comprensión de los casos en relación a la teoría planteada en este trabajo, concediendo conclusiones pertinentes para este trabajo. .</p>
-----------------------------	---

CONCLUSIONES

A partir de la sistematización de las prácticas y de la investigación realizada para la sustentación de este trabajo se puede llegar a las siguientes conclusiones:

Hay creencias erradas sobre la transmisión del Virus del VIH-SIDA, por ejemplo que es exclusiva de hombres homosexuales, actualmente está despejada por los avances científicos. Es una epidemia viral que debe ser abordada no solo desde el discurso médico, epidemiológico, sino desde diferentes disciplinas como género, psicoanálisis, puesto que los modos de vivir la sexualidad, las posiciones de hombre o mujer son determinantes para contraer, portar o transmitir el virus, para enfrentar la infección o enfermedad. Los modos de enfermar, morir o cuidar la salud son diferentes en hombres y mujeres.

Afecta tanto a nivel orgánico como subjetivo, siendo una enfermedad de transmisión sexual, produce estrago en el sujeto a la hora de enfrentarse a su propia sexualidad, siendo el diagnóstico un imposible de asimilar, de dar una respuesta, por tanto aparecen temores, miedos, angustias, entre esos se tiene los que afectan el cuerpo y su sexualidad. Entonces en las personas seropositivas, la sexualidad se presenta de diferentes modos, inhibición, represión, manía, comportamientos impulsivos a través de un cuerpo “renegado”, ya que, tanto para hombres y mujeres es un cuerpo enfermo por encuentros sexuales, amorosos.

Como anteriormente se mencionó, muchas de estas personas desde que son diagnosticados, pasan por un proceso real de pérdida de la calidad de vida; pero especialmente hay un proceso subjetivo, que implica procesar su historia de vida, las razones no explícitas en su enfermedad, su sexualidad, su vida de pareja, hijos, etc. ya que, al recibir dicha información, su estilo de vida cambia de forma rápida, pasando por un proceso en el que elaboran su situación, su diagnóstico, en la que se presentan distintas emociones y sentimientos, como temores, culpa, depresión, impotencia, estos sentimientos se pueden presentar en diferentes momentos del proceso de elaboración de duelo.

Para finalizar, desde la atención particular de cada caso se trata de facilitar la resignificación del diagnóstico recibido, y todo lo que implica. Se busca que el sujeto pueda repensar su vida, sobrellevar su propia sexualidad, asimilar los posibles cambios que se den en su cuerpo, hacer surgir el deseo propio, que en muchos de los paciente esta inhibido,

enredado, que logren dar una nueva interpretación al diagnóstico de VIH-SIDA que permita al sujeto tolerar subjetivamente la prescripción recibida y organizar su vida.

RECOMENDACIONES

A partir de las prácticas pre-profesionales dentro de la organización se puede sugerir las siguientes recomendaciones:

Profundizar en las estrategias para el trabajo individual, ya que se aborda el diagnóstico de una enfermedad con graves consecuencias en la vida personal de pareja, familiar. Es una urgencia; pero sería deseable una estrategia de acompañamiento de mayor alcance que una sola entrevista.

Considerar ofertar la psicoterapia de grupo, para quienes lo demanden o acepten, donde hombres y mujeres con diagnóstico de VIH puedan lidiar con el diagnóstico, a partir de la escucha de los discursos de otros, y resignifiquen los significantes vinculados que tienen que ver con su historia, con el apoyo que se dan entre ellos se dé la posibilidad de sobrellevar las diferentes pérdidas que se generan a nivel subjetivo en los pacientes y que producen angustias.

Se recomienda a futuros psicólogos clínicos con orientación psicoanalítica extiendan la investigación sobre el VIH-SIDA, ya que siendo una enfermedad del siglo XXI, afecta a la mayor parte de personas jóvenes, donde se podrían profundizar en temas que permitan una mejor comprensión de los factores que contribuyen a la transmisión, articular los discursos del mercado y la cultura en general con los procesos subjetivos tales como:

Los modos de gozar de las personas adolescentes y jóvenes, diferenciando hombres de mujeres.

¿Cómo las vivencias de la sexualidad de hombres y mujeres afectan su subjetividad?, ¿Dónde la sexualidad se liga a la pulsión y pone en juego otra satisfacción que tiene valor de goce?; En el que se obtiene un plus de goce que produce un fuera de sentido.

La relación entre la sexualidad, sexuación y la información científica, porque en algunos sujetos, la información obtenida sobre el VIH-SIDA, no genera una implicación en ellos exponiéndose a situaciones de riesgo, en el cual buscan infectarse con el virus a pesar de tener información y medios eficaces para prevenir.

Se recomienda a psicólogos, sociólogos, antropólogos, trabajadores sociales, médicos, enfermeras o cualquier profesional interesado en el tema sobre el estudio de género indagar y ampliar sobre ello, ya que, cada día se está renovando y cambiando aspectos que tratan este tema que está relacionado mucho con la transmisión del VIH-SIDA.

BIBLIOGRAFIA

- Almeida, A. N., Silveira, L. C., Silva, M. R., Terezinha, M. Â., & Guimarães, A. (2010). Producción de subjetividad y sexualidad en mujeres viviendo con el VIH/Sida: una producción socio-poética. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 7.
- Bautista, J. Q. (s.f de Septiembre de 2006). *EL SUPPLICIO DEL ENTRE-DOS-MUERTES*. Obtenido de EL SUPPLICIO DEL ENTRE-DOS-MUERTES : <http://www.psicologia.umich.mx/downloads/UarichaWeb/Uaricha8/Elsupliciodelentredosmuertes.pdf>
- Casanova, M. V. (2005). La RAE y la violencia de género: reflexiones en torno al debate lingüístico sobre el título de una ley. *REVISTA DE ESTUDIOS CULTURALES DE LA UNIVERSITAT JAUME I*, 107-124.
- CENSIDA. (9 de Junio de 2010). *FORMAS DE TRANSMISIÓN*. Obtenido de FORMAS DE TRANSMISIÓN: <http://www.censida.salud.gob.mx/interior/prevencion/inforbasica.html>
- Couso, O. M. (s.f de s.f de s.f). *LA INTERPRETACIÓN PSICOANALÍTICA: DE PASIÓN SIGNIFICANTE A INSPIRACIÓN POÉTICA*. Obtenido de LA INTERPRETACIÓN PSICOANALÍTICA: DE PASIÓN SIGNIFICANTE A INSPIRACIÓN POÉTICA: <http://www.efba.org/efbaonline/couso-15.htm>
- Daich, D. (s.f de julio de 2012). *Un debate feminista. Entrevista a Marta Lamas*. Obtenido de Un debate feminista. Entrevista a Marta Lamas: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1853-001X2012000100006
- Defey, D. (s.f. de s.f. de 2009). *El Trabajo Psicológico y Social con Mujeres Embarazadas y sus Familias en los Centros de Salud*. Obtenido de El Trabajo Psicológico y Social con Mujeres Embarazadas y sus Familias en los Centros de Salud: <http://www.adasu.org/prod/1/234/Librillos.Plan.Caif.-.INAU.-.UNDP..pdf>

- Facundo, L. O. (2011). Una lectura de las formulas de sexuación para pensar las cuestiones actuales de género sexual. *3er Congreso Internacional de investigación* (págs. 190-193). Argentina: Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de La Plata.
- Freud, S. (1912). Consejos al medico sobre el tratamiento psicoanalítico. En S. Freud, *Consejos al medico sobre el tratamiento psicoanalítico*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Freud, S. (1915). Duelo y Melancolía. En S. Freud, *Duelo y Melancolía* (págs. 2091-2100). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Gómez, A. L. (2013). "Salud sexual y reproductiva en la agenda de investigación y formación en Psicología en Uruguay. Consideraciones conceptuales, nudos críticos y desafíos". Uruguay: Facultad de Psicología.
- González, G. H. (s-f de Junio de 2012). *Identidad en varones no-heterosexuales:performance de género y masculinidad hegemónica*. Obtenido de Identidad en varones no-heterosexuales:performance de género y masculinidad hegemónica: <http://ri.uaq.mx/bitstream/123456789/1498/1/RI000990.pdf>
- Hiriart, M. E., & Zariategui, J. (2007). Alienación - Separación. *Acheronta*, Número 24 .
- Lacan, J. (1957). La Relación de Objeto. En J. Lacan, *seminario 4* (pág. sesion 27). Paidos.
- Lacan, J. (1960). Clase 21. Antígona en el Entre -Dos- Muertes. En J. Lacan, *La ética del Psicoanálisis* (págs. 156-163). Buenos Aires : PAIDOS.
- Lacan, J. (s.f). Función y Campo de la Palabra en el Psicoanálisis. En J. Lacan, *Escritos I* (pág. 301).
- Lamas, M. (2000). Género, diferencias de sexos y diferencias sexuales. *Cuicuilco*, 84-105. Obtenido de Género, diferencias de sexos y diferencias sexuales.

- Lamas, M. (2002). Cuerpo, diferencia sexual y género. En M. Lamas, *Cuerpo, diferencia sexual y género* (págs. 49-129). Mexico: Santillanas S.A.
- Lamas, M. (9 de 10 de 2014). *Un recorrido por los estudios de género*. Obtenido de Un recorrido por los estudios de género.: <https://egpsiteso.wordpress.com/2014/10/09/un-recorrido-por-los-estudios-de-genero-marta-lamas/>
- Laplanche, J., & Pontalis, J. B. (2004). Diccionario de Psicoanálisis. En *Diccionario de Psicoanálisis* (pág. 259). Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- LAZPIUR, L. I. (15 de Julio de 2009). *LA CUESTIÓN DE LA SUBJETIVIDAD Y LA ENFERMEDAD*. Obtenido de <http://psicoanalisisymedicina.blogspot.com/2009/07/la-cuestion-de-la-subjetividad-y-la.html>
- Marco, J., & Barba, R. (s.f de s.f de s.f). *SIDA, HISTORIA DE UNA NUEVA ENFERMEDAD*. Obtenido de SIDA, HISTORIA DE UNA NUEVA ENFERMEDAD: <http://www.elmundo.es/elmundosalud/especiales/2004/01/sida-historia/sospechas.html>
- Monserrat, A. (2013). CLÍNICA PSICOANALÍTICA EN ADOLESCENTES: Sus vicisitudes. En A. Monserrat, *CLÍNICA PSICOANALÍTICA EN ADOLESCENTES: Sus vicisitudes* (págs. 18-25). Madrid: BIBLIOTECA NUEVA.
- Nostas, C. U., & Lora, M. E. (s.f de Enero de 2002). *EL ESTATUTO DEL CUERPO EN PSICOANÁLISIS*. Obtenido de <http://www.ucb.edu.bo/publicaciones/ajayu/v1n1/v1n1a09.pdf>
- OMS. (11 de Julio de 2014). *La OMS advierte de que las personas con más riesgo de contraer la infección por el VIH no están recibiendo los servicios de salud que necesitan*. Obtenido de La OMS advierte de que las personas con más riesgo de contraer la infección por el VIH no están recibiendo los servicios de salud que

necesitan: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/key-populations-to-hiv/es/>

Onusida. (s.f de s.f de 2015). *ONUSIDA*. Obtenido de ONUSIDA: <http://www.unaids.org/es/resources/campaigns/HowAIDSchangedeverything/factsheet>

Pascual, C. (7 de Junio de 2008). *El cuerpo y sus funciones en la contemporaneidad.¿ Qué pasa con el cuerpo hoy? .* Obtenido de El cuerpo y sus funciones en la contemporaneidad.¿ Qué pasa con el cuerpo hoy?: <http://www.acep.org/cuerpo-psicoanlisis.htm#IILAfuen>

Power, a. A. (21 de Agosto de 2011). *El poder de los homosexuales y el SIDA*. Obtenido de El poder de los homosexuales y el SIDA: <http://vidahumana.org/sida/item/794-elpoder-de-los-homosexuales-y-el-sida?tmpl=component&print=1>

Rea, C. (s.f de Julio de 2011). *Psicoanálisis y dispositivo de la sexualidad: cuerpo, norma y construcción de género*. Obtenido de [file:///C:/Users/AMAYA/Downloads/rf-5767%20\(8\).pdf](file:///C:/Users/AMAYA/Downloads/rf-5767%20(8).pdf)

Ritzer, G. (s.f de Junio de 1993). Teoría sociológica contemporánea. En G. Ritzer, *George Ritzer* (pág. 372). Madrid-España: McGRAW-HILL ILINTERAMERICANA DE ESPAÑA, S. A. Obtenido de Las migraciones cubanas hacia Estados Unidos bajo la mirada de género: resultados de investigación: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1817-40782015000100003&script=sci_arttext

Saavedra, L. L. (2011). *A TEORÍA DE GÉNERO Y SUS HETEROGÉNEAS PERSPECTIVAS, UN RECLAMO PERTINENTE*. Cuba: eumed.net.

Sandoval, I. (2014). Biología y Sexuación. *a...b...c...diario*, 3-5.

Silva, J., Barrientos, J., & Tapia, R. E. (s.f de s.f de 2013). *UN MODELO METODOLÓGICO PARA EL ESTUDIO DEL CUERPO EN INVESTIGACIONES BIOGRÁFICAS: LOS*

MAPAS CORPORALES. Obtenido de UN MODELO METODOLÓGICO PARA EL ESTUDIO DEL CUERPO EN INVESTIGACIONES BIOGRÁFICAS: LOS MAPAS CORPORALES: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-22012013000200012&script=sci_arttext#nt1

Triviño, G. (s.f de s.f de 2013). EL CUERPO, IDENTIDAD DE GÉNERO, SEXUACIÓN. *Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XX Jornadas de Investigación Noveno Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. (págs. 3-4). Buenos Aires: Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. Obtenido de EL CUERPO, IDENTIDAD DE GÉNERO, SEXUACIÓN.

VIHDA, F. (2 de diciembre de 2014). Fundación VIHDA. Guayaquil, Guayas, Ecuador.

White, M. (2011). Narrative Practice. En M. White, *Narrative Practice* (pág. 171). New York: Printed in the United states of America.

Yin, R. (1994). *CASE STUDY RESEARCH*. NEW DHELI: SAGE PUBLICATIONS.

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, Amaya Fariño Alejandra Patricia, con C. I. # 0928860402 autora del trabajo de titulación: **Experiencia de duelo en hombres y mujeres con diagnóstico de VIH/SIDA en la fundación VIHDA: intervenciones posibles por parte del psicólogo clínico**; previo a la obtención del título de **Licenciada en Psicología Clínica** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, modalidad sistematización de la práctica, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 29 de febrero de 2016

Amaya Fariño Alejandra Patricia

C.I. 0928860402



Presidencia
de la República
del Ecuador



Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes



SENESCYT
Secretaría Nacional de Educación Superior,
Ciencia, Tecnología e Innovación

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA			
FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN			
TÍTULO Y SUBTÍTULO:	Experiencia de duelo en hombres y mujeres con diagnóstico de VIH/SIDA en la Fundación VIHDA: intervenciones posibles por parte del psicólogo clínico.		
AUTOR(ES) (apellidos/nombres):	Amaya Fariño Alejandra Patricia		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES) (apellidos/nombres):	Rodríguez Jaramillo Sonia Josefina		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Facultad de filosofía, letras y ciencias de la educación		
CARRERA:	Carrera de Psicología Clínica		
TÍTULO OBTENIDO:	Licenciada en Psicología Clínica		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	2016	No. DE PÁGINAS:	56
ÁREAS TEMÁTICAS:	Elaboración teórica y prácticas de casos clínicos		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	VIH; Angustia; Duelo, cuerpo, sexualidad género, diversidad sexual, u homosexualidad.		
RESUMEN/ABSTRACT (150-250 palabras):			
<p>El trabajo de sistematización se realiza recuperando los aprendizajes teóricos psicoanalíticos y de las prácticas pre-profesionales desarrolladas en la fundación VIHDA, desde junio de 2015 hasta Enero del 2016; el objetivo de este trabajo es que, a partir de la teoría psicoanalítica, se pueda identificar cuáles serían los principales modos de respuesta de hombres y mujeres con diagnóstico de VIH en el proceso de elaboración de duelo y cómo el psicólogo clínico, a través de posibles intervenciones puede sostener emocionalmente a estas personas diagnosticadas con VIH. Esto se llevará a cabo con el análisis clínico de los casos tratados dentro de la institución.</p>			
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: 0989542802	E-mail: ale21_ja9@hotmail.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN:	Nombre: Gómez Aguayo Rosa Irene		
	Teléfono: +593-4-2200511 (extensión 1419)		
	E-mail: rosa.gomez01@cu.ucsg.edu.ec		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			