

TRANSICIÓN DEL PROYECTO DE VIDA EN MUJERES CON VIH-SIDA A PARTIR DEL CONOCIMIENTO DE LA ENFERMEDAD

TRANSITION OF THE PROJECT LIFE AMONG WOMEN IN AWARE OF THEIR DISEASE OF HIV/AIDS

Recibido: junio 3 de 2008/Aceptado: octubre 29 de 2008

MARÍA MUÑOZ ORTEGA*

MARÍA PINZÓN VASCO

ANA VERGARA PÉREZ

Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá - Colombia

Key words: Transitions, Project life, HIV and AIDS.

Palabras clave: Transiciones, Proyecto de Vida, VIH-SIDA.

Abstract

This investigation was drawn to research the transition of the project in four women's lives since they had been diagnosed by disease HIV/AIDS. As characteristics, these women between 17 and 35 years old, came from different socioeconomic environment, were not pregnant and been diagnosed in advance of one and five years. The information was drawn by a semi constructed interview, taking into account social, affective, labor, economic and family aspects in which participants are involved in. Significant changes are made in the project life in all the above mentioned areas. Likewise, a strong influence is observed on the transition of the project of women's lives in the point of their culture and beliefs.

Resumen

Esta investigación buscó reconocer los cambios ocurridos en el proyecto de vida de cuatro mujeres a partir del momento en que fueron diagnosticadas con la enfermedad VIH-SIDA. Como características, estas mujeres tenían entre 17 y 35 años, pertenecían a distintos estratos socioeconómicos, no se encontraban en estado de embarazo y el diagnóstico se había establecido con una antelación de entre uno y cinco años. La información se obtuvo por medio de una entrevista semiestructurada, tomando como base los aspectos sociales, afectivos, laborales, económicos y familiares en que se desenvolvían las participantes. Se evidenciaron cambios significativos de sus proyectos de vida en cada una de las áreas anteriormente nombradas. Así mismo, se observó gran influencia de la cultura y de las creencias en la transición del proyecto de vida de estas mujeres.

* Miembro de los grupos de investigación Psicología y Salud y Resilio. Asistente de la Dirección del Departamento de Psicología de la Pontificia Universidad Javeriana. E-mail: lmunoz@javeriana.edu.co

INTRODUCCIÓN

Esta investigación se centra en las transiciones que surgen en el proyecto de vida de mujeres, a partir del momento en que se saben portadoras del VIH-SIDA. Para esto, es importante entender que este virus no solo puede ocasionar la muerte sino que, muchas veces, el hecho de padecerlo puede generar rechazo social, quebrantando, así, la autoestima de la personada infectada. De modo que tanto el rechazo social como la enfermedad misma con sus consecuencias pueden generar un gran impacto en el proyecto de vida de la mujer.

A continuación, se exponen entonces los aspectos definitorios y fundamentales de los tres aspectos en cuestión: Proyecto de vida, VIH-SIDA, el rechazo social hacia los portadores de esta enfermedad y la situación particular de las mujeres que padecen la enfermedad.

PROYECTO DE VIDA

D'Ángelo (1996) define *proyecto de vida* como una formación psicológica en la que participan procesos motivacionales, valorativos y cognoscitivos. De igual forma, este autor propone los objetivos vitales y los posibles planes para su realización de manera individual, de acuerdo con las distintas dimensiones de vida y actividad del individuo.

El proyecto de vida del individuo expresa las características más generales de su personalidad, definiendo su nexo con el mundo y consigo mismo, los objetivos

que revelan un sentido fundamental, su razón de ser particular, en una sociedad determinada (D'Ángelo, 1996). Es claro, sin embargo, que el individuo no se plantea su futuro solo en términos de proyectos objetivos, sino también de planes más generales que abarcan esos objetivos. En resumen, el proyecto de vida representa en su conjunto lo que el individuo quiere ser y lo que va a hacer en determinados momentos de su vida, así como las posibilidades y los recursos con los que cuenta para lograrlo. Es decir, la realidad psicológica que comprende la organización y realización de las orientaciones motivacionales fundamentales del individuo a través de planes concretos de actividad futura (D'Ángelo, 1996).

En el caso de la mujer, enfrentarse directamente con un virus como el VIH-SIDA, en el que resulta implicada negativamente la salud, por un lado, y la relación con el entorno, por el otro, conlleva transformaciones de carácter social, afectivo, familiar, laboral y económico. Concretamente, estas transformaciones repercuten en el autoconcepto, la autoestima y la autoimagen y, por ende, los objetivos orientados hacia una meta se pueden afectar de manera negativa al considerar la inminencia de la muerte o las inhibiciones que la misma sociedad posibilita.

Y es que el proyecto de vida cambia o se altera a partir de determinadas situaciones, lo cual frecuentemente lleva a que se modifique el plan de objetivos y metas a realizar, así como la búsqueda de otros mecanismos para enfocarse en perspectiva futura. De este modo, hay situaciones inesperadas que comprometen los ideales y las metas que las mujeres se habían propuesto realizar.

Por todo ello, el llamado Virus de Inmunodeficiencia Humana representa un hecho traumático para las mujeres que lo padecen, influyendo radicalmente en su proyecto de vida, esto es, en los propósitos presentes y futuros a realizar.

VIH-SIDA

El Ministerio de Salud (1994) afirma que la infección por VIH es causada por un retrovirus llamado Virus de Inmunodeficiencia Humana, microorganismo que afecta directamente las células del sistema inmune o de defensas del organismo y que desencadena, como consecuencia final, la aparición del cuadro clínico conocido como SIDA.

Este virus afecta exclusivamente al ser humano y, de manera específica, evita que el sistema de defensa, funcione correctamente.

Por otro lado, la Organización Panamericana de la Salud -OPS- (2002) define el SIDA o Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida como el resultado de la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana o VIH, que disminuye y destruye el sistema inmunológico del cuerpo, permitiendo que cualquier organismo que se encuentre en el medio ambiente, y que normalmente no representa ningún peligro para un individuo, entre en el cuerpo de la persona infectada con mucha facilidad y le produzca infecciones oportunistas. Es decir, la persona resulta sometida con especial vulnerabilidad a adquirir enfermedades causadas por bacterias, hongos, parásitos u otros virus.

EL RECHAZO SOCIAL HACIA LOS PORTADORES DEL VIH-SIDA

Teniendo en cuenta que el VIH-SIDA generalmente desencadena un gran rechazo por parte de la sociedad, debido al temor del contagio y a la estigmatización a la que es sometido el paciente por los diferentes mitos creados en torno a él, los procesos sociales, afectivos, profesionales y políticos se ven totalmente perturbados. Este hecho genera en dicho paciente deficiencias en las cualidades de autoexpresión personal, lo cual afecta la autenticidad, la autodeterminación, el autoconocimiento y el autodesarrollo.

Según *Population Referente Bureau* (2001) y la OPS (2002), la sociedad relaciona a quienes poseen el VIH-SIDA con personas estigmatizadas como prostitutas, homosexuales o drogadictos. Existen, además, diferentes mitos sobre el Virus. Por ejemplo, la creencia de que este puede ser transferido en situaciones cotidianas como dar la mano, un abrazo, un beso en la mejilla; por la picadura de mosquitos, el contacto con animales domésticos del ámbito del paciente o con lugares como la cama, o incluso, el sudor. La OPS (2002) afirma por todo lo anterior que el VIH-SIDA no solo afecta a la persona infectada sino que además tiene un gran impacto en sus familiares y amigos más cercanos, ya que esta enfermedad no solo representa “la muerte” para ellos, sino que produce un particular temor al contagio. Según esta Organización, asimilar la noticia de que un ser querido se encuentra infectado por el VIH depende mucho de la forma en que la familia asume la sexualidad, ya que la transmisión ocurre muy a menudo como resultado de las relaciones sexuales.

Como se sabe, es a través de factores normativos, morales y culturales, que la persona elabora un determinado esquema de ideas generales sobre el sentido de su vida, construye conocimientos y forma una concepción de sí mismo, de su futuro y de su mundo, es decir, adquiere una identidad propia. Por lo tanto, de acuerdo con la OPS (2002), si la familia es liberal en cuanto a temas sexuales y asume estos temas sin morbo y como una expresión natural del ser humano, la noticia sobre un pariente infectado resulta menos traumática que para una familia conservadora en esta materia.

LAS MUJERES Y EL VIH

Según *Population Referente Bureau* (2001), existen diferentes factores internos y externos que influyen en la vulnerabilidad femenina hacia el VIH-SIDA. El factor interno radica en la fragilidad del aparato reproductor femenino al contacto con el Virus y con otro tipo de enfermedades de transmisión sexual. En este sentido, la vagina consta de membranas mucosas que constituyen un medio altamente receptivo para la infección. Por otro lado, el semen infectado normalmente contiene mayor concentración de VIH que la secreción sexual de la mujer.

Population Referente Bureau (2001) sostiene que, a finales del año 2000, las mujeres constituían aproximadamente el 47% de los cerca de 36 millones de adultos que vivían con el VIH o el SIDA, y que más del 90% de los adultos infectados se encontraban en los países menos desarrollados. Según esta misma fuente, si bien el VIH afecta a todas las edades, la mitad de las nuevas

infecciones corresponden a personas entre 15 y 24 años de edad.

Por otro lado, la cultura es considerada como un factor externo importante que contribuye a la vulnerabilidad de las mujeres ante el VIH-SIDA, especialmente en sociedades muy conservadoras. Esto se debe a que las mujeres son presionadas a cumplir con ciertos parámetros socialmente establecidos, que las ubican en un estatus social vulnerable. Como por ejemplo, el ser dóciles, buenas, sumisas, ignorantes ante los temas y decisiones sexuales.

Según *Population Referente Bureau* (2001), si la mujer cumple ese rol a cabalidad, es considerada “buena” y respetable tanto por su esposo como por la sociedad; en cambio, si se sale de los parámetros establecidos de dichas culturas, siendo una mujer autónoma, trabajadora e independiente, es considerada como una mujer libertina e inmoral.

El papel activo de la mujer en las decisiones sexuales suele carecer de importancia, pues se espera que ellas no hablen abiertamente del asunto y que tampoco tomen decisiones al respecto, por lo que hechos como sugerir de su parte el uso del condón resultan más bien excepcionales. Como dice Geete Rao Gupta, del *International Center for Research on Women* con sede en Washington: “muchas sociedades imponen la idea de que las mujeres “buenas” tienen que ser ignorantes en cuestiones sexuales y pasivas en la relación sexual, lo que hace difícil que estén informadas de las formas de reducir el riesgo; e incluso cuando disponen de dicha información, no están en condiciones de tomar iniciativas para protegerse en la

relación sexual” (citado por *Population Referente Bureau*, 2001).

Igualmente, *Population Referente Bureau* afirma que las agresiones físicas, sexuales y fisiológicas que existen por parte del hombre hacia la mujer también se manifiestan en la poligamia. En este sentido, no es raro que las mujeres apoyen la infidelidad de sus esposos y, por ende, que estos tengan relaciones sexuales con diferentes compañeras. Esto se debe, por demás, al temor que la mujer siente hacia el posible abandono de su pareja, viéndose obligada a soportar maltratos físicos y psicológicos que afectan no solo su salud mental sino su salud reproductiva y física en general. De modo que, al ser víctima de la promiscuidad de su esposo, se expone a contraer el VIH-SIDA u otras Infecciones de Transmisión Sexual (ITS). Otra cara de este aspecto, se expresa en el hecho de que hay hombres que piensan que tener sexo con vírgenes o con mujeres jóvenes los libra de las enfermedades de transmisión sexual.

La desigualdad de género también afecta a la mujer en el sentido del acceso a recursos económicos, puesto que en esta instancia hay un desequilibrio que redundo en vulnerabilidad y en situaciones como la prostitución. Dependencia económica y socialmente de sus parejas, contribuye a que las mujeres se subordinen al “poder”, que no pocas veces conlleva alguna forma de maltrato. De este modo, los hombres son quienes deciden cuándo usar el condón, y si las mujeres lo exigen y se rehúsan a tener relaciones sexuales pueden exponerse a abusos, recriminaciones, maltratos o a que se ponga en duda su fidelidad. De igual manera, esa dependencia económica obliga a la mujer a soportar los abusos de su

pareja, es decir, el coito forzado, el matrimonio a edades tempranas y la infidelidad.

Population Referente Bureau (2001) considera que la pobreza es otro factor de vulnerabilidad femenina al VIH-SIDA, dado que las personas con pocos recursos económicos carecen de los tratamientos anti retrovirales que inhiben el desarrollo total del virus y que permiten prolongar la vida de muchas personas infectadas, además de reducir la transmisión de madre a hijo. Este factor también limita el uso de anticonceptivos y del condón.

La marginalidad social, asociada a asuntos como la prostitución, la drogadicción y la homosexualidad es otro importante factor de riesgo que afecta particularmente a las mujeres en lo pertinente al VIH-SIDA.

A lo anterior se suma la poca información por parte de los colegios o instituciones especializadas en la problemática referida a métodos preventivos en torno a cualquier tipo de enfermedad de transmisión sexual. Datos suministrados por el Grupo SaludCoop (2006) indican que en América Latina la población infectada en esa fecha ascendía a 1.7 millones de personas, 200.000 más que en el 2004. Además, precisa esta publicación, que 65.000 personas han muerto en el continente en el año inmediatamente anterior por causa de esta enfermedad. Otro dato para tomar en cuenta es que dos terceras partes de los 1.7 millones de personas infectadas por el VIH en América Latina viven en los cuatro países más grandes: Argentina, Brasil, Colombia y México.

A pesar de que la mayoría de los nuevos casos de VIH comunicados siguen correspondiendo a los varo-

nes, la razón varón/mujer se ha estrechado de cerca de 10 a 1, a comienzos de los años 1990, a 2-3 a 1, en 2003-2005 (ONUSIDA y Ministerio de la Protección Social de Colombia, 2006, citado por Grupo SaludCoop, 2006).

Limitándonos a nuestro país, el informe publicado a finales de 1999 por el programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH-SIDA revela que Colombia se ubica según al número total de reportados de VIH-SIDA, en el cuarto lugar de América Latina. De 1983 a abril de 1999, se habían registrado 21.048 casos de infección por VIH, de los cuales 3.441 habían muerto por causas relacionadas con el SIDA (Profamilia, 2000).

Según Profamilia (2000), inicialmente, la epidemia se caracterizó por un predominio de transmisión homosexual, lo cual se comienza a evidenciar en los años 90. No obstante, hay notables diferencias regionales en la forma de transmisión del VIH. Por ejemplo, en la región Andina predomina la transmisión homo-bisexual; en las regiones centro oriente y Bogotá, predomina en hombres que tienen sexo con hombres y en las dos Costas y los Santanderes, la forma predominante es por contacto heterosexual.

MÉTODO

La presente investigación es de corte cualitativo y con un diseño descriptivo.

PARTICIPANTES

Contó con la participación de cuatro mujeres entre 17 y 35 años de edad, pertenecientes a diferentes

estratos socioeconómicos de la ciudad de Bogotá, portadoras del VIH-SIDA, sin estado de embarazo, con un tiempo de diagnóstico entre 1 y 5 años, y que estaban recibiendo atención en una fundación. La fundación en donde se realizó el estudio se caracteriza por ser una organización de referencia y enlace nacional para las mujeres que viven con VIH-SIDA y otras organizaciones que desean integrarse a ello. Así mismo, trabaja en estrategias de prevención y atención en lo referente a la mujer y a la infección por VIH-SIDA.

INSTRUMENTOS

El instrumento elegido fue la entrevista semiestructurada, la cual permitió conocer si hubo cambios en el proyecto de vida de las participantes, teniendo en cuenta los objetivos vitales y los planes para desarrollarlos desde las diferentes áreas en las que se desenvuelve el ser humano: social, afectiva, familiar, laboral y económica.

El instrumento contó con una guía de preguntas enfocadas en torno a la categoría principal de análisis, el proyecto de vida. Específicamente, esta se centró en las transiciones que pueden existir en las diferentes áreas nombradas anteriormente. El instrumento fue sometido a un proceso de validación por tres expertos en el tema, mediante comentarios de aceptación o rechazo, sirviendo esto para replantear las categorías y sus definiciones.

PROCEDIMIENTO

Para el análisis de la información recolectada, se hizo una sistematización de la información por medio

de matrices descriptivas. Posteriormente, se analizaron los resultados teniendo en cuenta las transiciones operadas en distintas áreas en las que se desenvuelve el individuo. Finalmente, se hizo un análisis comparativo entre las participantes para observar convergencias y divergencias entre ellas. Dicho análisis se logró establecer gracias a la colaboración de dos jueces diferentes a las autoras de este trabajo, quienes, luego de leer las respuestas dadas por las participantes, determinaron las categorías de respuesta en cada una de las áreas ya reiteradas.

Las autoras hicieron primero un análisis acerca de la validez interna de cada pregunta, para lo cual realizaron una investigación acerca de la etimología de cada una de las palabras que conforman las cinco preguntas de la entrevista semiestructurada.

Posteriormente, consultaron el Diccionario de la Real Academia Española (1914), en el que determinaron los significados de cada una de las palabras y luego de esto se le dio a cada uno de los jueces un listado con las palabras y sus significados correspondientes para que las categorías de respuesta a extraer, estuvieran relacionadas con tales significados.

Más precisamente, se les pidió a los jueces que determinaron las categorías de acuerdo con la frecuencia y repetición de los verbos presentes en cada una de las respuestas de las participantes, para así lograr una clasificación convergente entre ellos. Una vez que los jueces realizaron sus respectivas categorizaciones, se procedió a establecer una en común para así concretar el análisis de los resultados cuantitativos y posteriormente realizar el análisis cualitativo.

RESULTADOS

A continuación, se expone un breve resumen de los resultados en las diferentes áreas en las que se basó la investigación.

Con respecto al área social, dos de las cuatro participantes de esta investigación manifestaron haber experimentado rechazo social al conocer que tenían el Virus, mientras que las otras dos se aislaron de su grupo de amigos, vecinos y conocidos. En cuanto al área afectiva, los resultados muestran que tres participantes manifestaron temor a iniciar una nueva relación, pues aseguran que no quieren hacerle daño a nadie ni a ellas mismas. Dos de ellas se separaron, otra presentó conflictos conyugales y una sola participante recibió apoyo familiar.

En lo referente a esta área, se observó que tres participantes fueron rechazadas por sus parientes al conocer su diagnóstico, presentándose incluso consternación familiar en dos de estas últimas. Otra sintió apoyo por parte de sus familiares y una última, sobreprotección.

En el área laboral, tres de las participantes generaron nuevas metas laborales, una manifestó incapacidad laboral y otra, temor al rechazo social.

En cuanto al área económica, dos de las participantes manifestaron una actitud de ahorro en el proceso de su enfermedad y las otras dos preocupación por el futuro económico, tanto de ellas como el de sus familiares, especialmente hijos.

DISCUSIÓN

En un primer análisis de la problemática de investigación, se constató que las participantes, al reconocerse como portadoras del VIH-SIDA sufrieron cambios en el curso de sus planes y metas a realizar en las diferentes áreas de su vida. Ello se debe a que el VIH-SIDA implica para ellas y la sociedad “la muerte”, por lo que ven su futuro incierto y enmarcado por una serie de acontecimientos ligados al sufrimiento físico y psicológico, así como al desprecio o rechazo social.

En consecuencia de lo anterior, se observó también la presencia de cambios significativos en el contexto social de las participantes. Fue así como las participantes que optaron por manifestar abiertamente su diagnóstico fueron rechazadas por su grupo de amigos, vecinos o conocidos, lo que las llevó a alejarse radicalmente de ellos; mientras que, en el otro extremo, las participantes que silenciaron su enfermedad, se aislaron por miedo a ser estigmatizadas.

Lo anterior sugiere que tanto el temor al rechazo como el rechazo en sí conllevan al aislamiento. Son dos consecuencias características de las personas que viven con el VIH-SIDA, ya que culturalmente esta enfermedad produce reacciones sociales tendientes a la discriminación, no solamente por temor de adquirir el virus, sino por las connotaciones despectivas como la humillación y el desprecio (Organización Panamericana de la Salud, 2002).

Pero si cultural y socialmente se presenta la discriminación, el conocer en lo personal que se tiene una

enfermedad considerada amenazante no solo para la propia salud sino también para la sociedad, cambió el curso de las vidas de estas mujeres, transformando sus planes o proyectos vitales en objetivos distantes y poco estructurados. Esta modificación del proyecto de vida negativa en aspiraciones irreales y desestructuradas, se vio reflejada en las relaciones interpersonales de las participantes, que se tornaron rutinarias y conflictivas. Según D'Ángelo (1996) existen elaboraciones de proyectos de vida irrealistas, que pueden generar grandes contradicciones de la personalidad. Esto hace que no exista una motivación adecuada en el individuo e impide el proceso de toma de decisiones, haciendo que aplace o que nunca efectúe las actividades necesarias para realizar los proyectos. Así, entonces, los objetivos vitales de estas participantes (como ir a bailar con sus amigos, reunirse con ellos, solidificar las relaciones de pares, entre otras cosas) se vieron truncados al conocer su enfermedad, precisamente por las reacciones que existieron o que podrían existir en su propio entorno social.

De otro lado, algunas participantes manifestaron temor a comenzar una nueva relación sentimental debido al miedo a ser rechazadas por su pareja, a infectarlos o incluso lastimarlos y lastimarse a sí mismas. Lo anterior conllevó a la negación de su rol de mujer, es decir, a la imposibilidad de disfrutar de su sexualidad y de experimentar o construir una relación de pareja. En este sentido, los objetivos vitales de estas participantes, que estaban centrados en constituir un hogar, casarse y comenzar o mantener una relación estable con alguien, se vieron totalmente afectados, debido a la autonegación de cualquier vínculo afectivo en términos de pareja. Sin embargo, una de las participantes adolescentes mani-

festó que el virus representó para ella la posibilidad de disfrutar la vida con responsabilidad, a diferencia de antes, cuando consideraba que la vida tenía que vivirse al máximo sin pensar en las consecuencias.

Ahora bien, la resistencia a establecer relaciones interpersonales o comenzar una nueva relación afectiva es característica de las personas que viven con el VIH-SIDA, ya que sienten temor de infectar a los demás y de reinfectarse. Así mismo, estas personas sufren diferentes tipos de pérdida que influyen en su valía como ser humano, como por ejemplo, la salud, trabajo, independencia, aspecto físico, pareja, seres queridos y economía (Organización Panamericana de la Salud, 2002).

Afectivamente, también se destacó el papel pasivo de la mayoría de las participantes en la relación con su pareja, percibiéndose en ellas una dificultad para tomar decisiones tendientes a su bienestar integral, como por ejemplo, exigir el uso del condón, el cumplimiento de sus derechos sexuales o el establecimiento de acuerdos con su pareja.

En lo concerniente al orden familiar, se presentaron cambios significativos en el proyecto de vida de las participantes que para unas de ellas se evidenció en el aislamiento de los parientes (tíos, primos) y, en otras, en la unión y consolidación del vínculo materno familiar (madre, padre o hermanos). El aislamiento familiar, revelado por algunas de las participantes con sus primos o tíos, se debió a la forma como ellos manifestaron su hastío y repugnancia hacia ellas, por miedo a ser infectados. Mientras que la unión ocurrida entre algunas de las participantes y sus padres o hermanos fue producto de

la necesidad de sentir apoyo afectivo y de entender que se puede perder a un ser querido.

De todos modos, en estos últimos casos, fue muy duro para los familiares enterarse de la enfermedad, ya que ellos asociaban el virus directamente con la muerte y con el temor de verse expuestos a ser infectados. En este sentido, una de las participantes comentó que la falta de información y las creencias erróneas de sus padres en cuanto al VIH-SIDA representaba un impedimento en la aceptación de su enfermedad. Sin embargo, cuando en realidad se informaron sobre esta problemática y comprendieron las formas de contagio y los tratamientos existentes para esta enfermedad, experimentaron un cambio de perspectiva, que se expresó en ayuda y compañía en el proceso. La configuración del proyecto de vida contempla el empleo del tiempo futuro del individuo y su concordancia con “las formas del empleo del tiempo” actual, que se relacionan con sus intereses y orientaciones valorativas. Estas formaciones psicológicas determinan la elección de sus formas de participación en la actividad social (D’Ángelo, 1996). Pero, en el caso específico de estas mujeres, la cercanía de la muerte y el rechazo de la sociedad representó una desestabilización temporal en su proyecto de vida, que anuló los procesos motivacionales, valorativos y cognoscitivos.

En cuanto al aspecto laboral, es relevante que con la enfermedad surgieron nuevas metas laborales en las participantes, cuyo fin consistía en un sustento diario para sus hijos, comprar medicinas o, incluso, superarse como persona. Estos cambios se manifestaron de forma que la mayoría de ellas tenía aspiraciones de ser profesionales o trabajar en lugares que les ofrecieran mayor remuneración.

Con todo, estos proyectos de vida resultaron irrealizables porque no cuentan materialmente con la posibilidad de desarrollar las propias potencialidades dirigidas a un objetivo específico y así concretar los intereses fundamentales en su actividad laboral, pues, en últimas, las participantes consideran que no poseen la autodeterminación suficiente para lograrlo (D'Ángelo, 1996).

En definitiva, las metas laborales de estas participantes están ligadas a la manera de asegurarse un sustento diario y de costearse los gastos para los medicamentos. De manera que si antes pensaban en el trabajo como una forma de satisfacer las necesidades inmediatas, actualmente revelan una actitud de ahorro y de preocupación por su futuro. Dos de ellas que son madres también manifiestan gran impaciencia por el futuro de sus hijos.

RECOMENDACIONES FINALES

Con el fin de sensibilizar a la población, especialmente femenina, frente a la problemática del VIH-SIDA, es importante instaurar diferentes programas dirigidos a su prevención, brindando asesorías personalizadas en lo que respecta a temas de salud sexual y reproductiva. El epicentro de estos programas debería ser las instituciones educativas, ya que ONUSIDA calcula que la mitad de todos los nuevos casos de infección tienen lugar entre los jóvenes cuyas edades van de 15 a 24 años.

Igualmente, urge formular políticas públicas y programas gubernamentales tendientes a controlar la epidemia. En concreto, los expertos han propuesto para

ello estrategias como la promoción de la monogamia, el conocimiento del uso del condón como principal método de protección contra enfermedades de transmisión sexual y, sobre todo, la deconstrucción de las relaciones de poder existentes entre hombres y mujeres (*Population Referente Bureau*, 2001).

Es fundamental enfocarse en este último aspecto ya que, como hemos visto, las mujeres son las principales víctimas del VIH-SIDA y poseen mayor vulnerabilidad que los hombres a adquirir dicha enfermedad. Recordemos al respecto que, según la *Revista Familia* de 2006, en el mundo existen 39 millones y medio de personas infectadas, de las cuales casi 18 millones son mujeres y un poco más de dos millones son menores de 15 años. La mayor cantidad de estas personas vive en África, donde hasta un 6% del total de la población se encuentra infectada. 2.1 millones de personas murieron en este continente en el último año por esta causa.

Creemos que este trabajo brinda la oportunidad de indagar mucho más acerca del impacto que conlleva el ser portador de una enfermedad tan estigmatizada como lo es el VIH-SIDA, sobre todo en un país en donde las creencias culturales están tan ligadas a la religión y los moralismos. En este sentido, sería interesante realizar un estudio similar con el género masculino para así identificar las divergencias y convergencias existentes entre sexos, así como establecer hasta qué punto la presión, la estigmatización y el rechazo por parte de la cultura influyen en las transiciones del proyecto de vida en hombres y en mujeres que padecen la enfermedad.

REFERENCIAS

- D'Angelo, O. (1996). *Autorrealización de la personalidad. Aplicaciones en la esfera de la vida profesional*. La Habana: La Academia.
- Grupo SaludCoop (2006). Lucha contra el SIDA, una batalla que no termina. Bogotá. *Revista Familia*. Año 2. Número 6. pp. 7 y 8.
- Organización Panamericana de la Salud (2002). *Guía para la atención domiciliar de personas que viven con VIH y SIDA*. México: ADN Editores.
- Ministerio de Salud (1994). *Manual de aspectos básicos y manejo clínico. Infección por VIH Y SIDA*. Bogotá: Author.
- Population Referente Bureau (2001). *Inquietudes femeninas: Cobertura periodística sobre las mujeres y el VIH Y SIDA*. Estados Unidos: Measure communication.
- Profamilia (2000). Mujeres y Sida. Dialoguemos... Sobre salud sexual y reproductiva. *Boletín de Circulación Nacional N° 7*. Bogotá. *Family Care International*.
- Real Academia Española (1914). *Diccionario Manual e Ilustrado de la lengua* (13 ed.). Madrid: Sucesores de Hernando.