

EL BIENESTAR SUBJETIVO DE LAS PERSONAS C

Desde que en 1981 se diagnosticara el primer caso, han sido más de 60 millones de personas las infectadas por el virus "retroviridae HIV" y ha quitado la vida a unas 36 millones de personas en todo el mundo.

Según los datos de ONUSIDA (2013), desde el año 2001 han disminuido en un 33% los casos de VIH a escala planetaria. En los datos del 2012 se calculaban 35.3 millones de casos de personas con VIH (860.000 en Europa central y occidental), de los cuales 17.7 millones eran mujeres y 2,5 millones eran niños, niñas y adolescentes menores de 15 años. África continúa siendo el continente más afectado y que más muertes ha padecido.

Se estima que en España existen unas 150.000 personas con infección por el VIH y los datos apuntan a que un 30% de las mismas desconoce que están infectadas. En el año 2013 se notificaron 3.278 nuevos diagnósticos del VIH. El 85% eran hombres y el 15% mujeres. La mediana de edad fue de 35 años. La transmisión en hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres (HSH) fue la más frecuente, 51,2%, seguida de la heterosexual, 28,5%, y la que se produce entre usuarios/as de drogas inyectadas (UDI), 4,4%.

Hoy en día, gracias a la expansión del tratamiento antirretroviral (TAR) desde 1996, la esperanza de vida se ha alargado considerablemente para las personas que viven con VIH, cronificándose la enfermedad en los países ricos. La prolongación de la esperanza de vida, ha provocado que el fomento en la calidad de vida sea uno de los principales objetivos a alcanzar con esta población (Schwartzmann, 2003).

Factores protectores de la salud en personas con VIH

Son numerosos los estudios que han analizado la calidad de vida de las personas con VIH (Burgoyne y Renwick, 2004; Crook, Browne, Roberts y Gafni, 2005; Nthzbiseng, Human, y Dlamini, 2005; Yang, Chen, Kuo y Wang, 2003). Distintas investigaciones sugieren que tanto los factores psicológicos como sociales influyen en la evolución VIH/SIDA (Bidan, 1995).

Cada vez más autores sugieren que las diversas formas de bienestar (afecto positivo y autorrealización) influyen positivamente en la salud física (Ryff, Singer y Love, 2004). De esta forma, el bienestar eudaimónico, además de un estilo de vida, se está convirtiendo en una alternativa complementaria a la respuesta médico/biológica de diversas enfermedades (Ryff y Singer, 1998). Ya que al parecer, el crecimiento personal, las relaciones positivas con otros y los propósitos en la vida entre otras variables, mantienen saludable al hombre y a la mujer.

Perspectiva de género en la investigación

La perspectiva de género ha contribuido a transformar el estudio de la salud al poner de manifiesto, como señala Valls-Llobet (2003), que las condiciones de vida y trabajo, la discriminación social y laboral, y la violencia contra las mujeres inciden, de manera relevante, en las formas de vivir y enfermar de mujeres y hombres.

Hay profundas diferencias entre hombres y mujeres en las causas subyacentes de la infección por el VIH/sida y sus consecuencias, que reflejan las diferencias biológicas, de comportamiento sexual, de actitudes y presión social, y de poder económico que influyen en la vulnerabilidad a la infección como lo muestran numerosas investigaciones (Kendall y Pérez 2004; Magis, Gayet, Negroni y Leyva, 2004; Rico, Vandale, Allen y Liguori, 1997).

La autorrealización como factor protector de la salud en hombres y mujeres con VIH

Maslow (1995) propone que la autorrealización es la dinámica interna del organismo que lo conduce a realizar, satisfacer y mejorar sus potencialidades inherentes. Según el modelo teórico propuesto por Ryff y Keyes (1989, 1995), la autorrealización consta de seis dimensiones: autoaceptación (sentirse bien con uno mismo, incluso siendo consciente de las propias limitaciones), crecimiento personal (capacidad de desarrollar la potencialidad, por seguir creciendo como persona y llevar al máximo sus capacidades), dominio del entorno (habilidad personal para elegir o crear entornos favorables para satisfacer los deseos y necesidades propias), relaciones positivas con otras personas (capacidad para mantener relaciones sociales estables

CON VIH DESDE UNA PERSPECTIVA DE GÉNERO

y tener amigos/as en los que poder confiar), autonomía (capacidad de sostener su propia individualidad en diferentes contextos sociales, manteniendo la independencia y autoridad personal) y los propósitos en la vida (necesidad de marcarse metas, definir una serie de objetivos que permitan dotar a la vida de un cierto sentido).

Los hallazgos de diferentes estudios han mostrado que las seis dimensiones del bienestar psicológico correlacionan con indicadores biológicos; cardiovasculares, neuro-endocrinos, inmunes y del funcionamiento neuronal (Ryff et al., 2004).

Considerando los estudios que han analizado la autorrealización en personas que viven con VIH, se han podido observar que aquellas personas con VIH con bajas puntuaciones en relaciones positivas con otras personas y un escaso apoyo social mostraban bajos niveles de linfocitos CD4 (Persson, Hanson, Ostergen, Moestrup y Isacson, 1991) y presentaban menos capacidad para resolver conflictos y valorar acontecimientos positivos (Moos, 1998). De igual modo, se pudo observar que aquellas personas con VIH que percibían mayor dominio del entorno, alcanzaban una esperanza de vida más prolongada (Solomon et al., 1987). Estudios como el de O'Cleirigh y sus colaboradores (2003), encontraron que en lo que se refería a la dimensión de propósito y significación personal, las personas con VIH supervivientes de larga duración de la época pre-HAART mostraban una mayor expresión emocional y procesamiento cognitivo profundo de la información y fue este procesamiento cognitivo el que medió entre la expresión emocional y el estatus de superviviente.

De igual modo, en el estudio realizado por Asla, Sansinenea, Agirrezabal y Fuster, (2010) en el que participaron 112 personas con VIH y donde se analizaba la autorrealización y su relación con los síntomas físicos, se pudo observar que la autorrealización correlacionaba negativa y significativamente con los síntomas físicos.

Finalmente, en lo que a las diferencias encontradas entre hombres y mujeres con VIH en lo que a su autorrealización se refiere, en el



Women are more than half of all people living with HIV/AIDS worldwide.



Worldwide, HIV/AIDS is the number 1 cause of death for women of reproductive age.



HIV/AIDS was responsible for 60,000 maternal deaths worldwide in 2008.



In Sub-Saharan Africa:

- 60% of the infected population are women.
- 72% of new infections among people age 15-24 are young women.
- Among 15-24 year olds, young women are eight times as likely to become infected as young men.



It's time for a woman-centered approach to HIV/AIDS. Take action at www.genderhealth.org

PHOTOS: FOR A WOMAN-CENTERED APPROACH

estudio realizado por Asla, Agirrezabal, López, López y Broz (2014), con 41 mujeres con VIH, 40 mujeres sin VIH y 40 hombres, se pudo observar que las mujeres con VIH presentan una menor autorrealización que las mujeres sin VIH y que los hombres con VIH respectivamente. Concretamente, se pudo observar que las mujeres con VIH presentaban menores puntuaciones en la dimensiones de relaciones positivas con otras personas y en dominio del entorno.

Nagore Asla Alzibar

Profesora del Departamento de Psicología Social y Metodología de las Ciencias del Comportamiento UPV/EHU.