



**SISTEMA MEXICANO DE INVESTIGACIÓN EN PSICOLOGÍA
(SMIP)**

**Cuarta Reunión Nacional de Investigación en Psicología
21 y 22 de junio de 2012**

**Cultura preventiva del riesgo de transmisión de VIH en jóvenes con
trastorno afectivo bipolar**

Mtra. Dulce María Galarza Tejada¹

Facultad de Psicología
Universidad Autónoma de San Luis Potosí

En el presente, muestro el tema principal que ha sido objeto de mi investigación, la relevancia que este tiene para nuestra disciplina y en nuestro contexto, así como las líneas de trabajo que he desarrollado de manera conjunta para abordar el objeto de estudio desde un enfoque construccionista.

El tema de prevención del riesgo de transmisión de VIH, se ubica en la creciente necesidad por disminuir la propagación del VIH/SIDA, problema de salud pública que genera efectos políticos, económicos y sociales importantes, especialmente en las regiones más pobres del mundo. Se estima que al año 2010, 34 millones de personas (31,6 millones–35,2 millones) vivían con el VIH en todo el mundo, un 17% más que en 2001 y hubo 2,7 millones (2,4 millones–2,9 millones) de nuevas infecciones por el VIH. Esto refleja el continuo gran número de nuevas infecciones por el VIH y una expansión

¹ Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de San Luis Potosí.
E-mail: galarza_dulce@yahoo.com.mx. Tel. (444) 243 58 10

significativa del acceso al tratamiento antirretrovírico, que ha ayudado a reducir las muertes relacionadas con el SIDA, especialmente en los últimos años.¹ En México, al 30 de septiembre de 2011, se habían diagnosticado y registrado 151,614 casos acumulados de SIDA, y se habían registrado 36,714 casos acumulados de VIH.²

En el último informe de ONUSIDA (2011), se manifiesta que los acuerdos políticos, como la Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA de 2001 o la Declaración política sobre el VIH/SIDA de 2006, que abogaron por el acceso universal a la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo relacionados con el VIH, han tenido una repercusión evidente en la disminución de la epidemia de sida. El descenso de las nuevas infecciones por el VIH en todo el mundo se ha visto favorecido por encaminar servicios de prevención y tratamiento del VIH, para las personas más vulnerables y marginadas.

Un grupo poco visibilizado pero que también constituye un grupo de alta vulnerabilidad al riesgo de transmisión del VIH son las personas con Trastornos Mentales Severos (TMS). Joska et. al. (2008),³ estiman para esta población una seroprevalencia promedio de VIH del 10%. Por su parte se estima una seroprevalencia de 0.8% en la población mundial.⁴ Además de la supuesta mayor seroprevalencia en esta población, las expectativas de vida son menores para las personas que tienen ambos padecimientos en comparación de personas que no presentan un padecimiento mental.⁵

Dado que se estima que más de 300 millones de personas en el mundo padecen algún tipo de trastorno mental, y que en América Latina y el Caribe el número rebasa los 100 millones de personas con prevalencias de 1.6% para las psicosis no afectivas y la esquizofrenia, 8.7% para la depresión mayor y 1.4%

para el Trastorno Bipolar (TAB); se hace necesario empezar a abordar los factores que ponen a estas poblaciones en riesgo de infección por VIH. Recordemos que son múltiples los problemas psicosociales que enfrentan cotidianamente, de modo que es importante abordar también esta problemática, más aún tomando en consideración el dato que señala que en México la prevalencia de algún trastorno mental es de 12.2%.⁵

El abordaje de la salud sexual en personas con TAB, obedece a que, dentro del grupo de personas con TMS, los autores señalados coinciden en que las personas con trastornos afectivos o del estado de ánimo presentan una mayor exposición al riesgo que aquellos con algún otro tipo de trastorno.⁶⁻⁸

Las personas con TAB son más vulnerables que quienes tienen otros trastornos mentales severos por los siguientes motivos: 1) tienen mayor frecuencia de prácticas sexuales que los pacientes esquizoafectivos⁹ y que los que padecen depresión;^{10,11} 2) en las mujeres, existe un número más alto de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) en el curso de su vida que los pacientes depresivos unipolares;¹² 3) tienen mayor seropositividad;¹³ y 4) presentan más factores de riesgo.¹⁴ Estudios realizados en personas con TAB muestran algunas asociaciones significativas con las conductas sexuales de riesgo, como la mayor severidad en el uso de sustancias psicoactivas, una menor severidad psiquiátrica y la presencia de un episodio maniaco reciente.^{15, 16}

El TAB es una enfermedad mental severa con efectos adversos: sociales, académicos, emocionales y familiares.¹⁷ De acuerdo con la OMS el TAB es la sexta causa de discapacidad en el mundo.¹⁸ La prevalencia en la población total es de 6%¹⁹ y en México es de 2.0%, según la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP).²⁰ Es importante tomar en cuenta que existe una subestimación de las prevalencias antes mencionadas ya que sólo el 30%

son correctamente diagnosticadas desde la primera vez, y algunos pacientes permanecen con un diagnóstico erróneo,¹⁹ en parte debido a que poco se ha considerado la presencia de síntomas maníacos en el primer diagnóstico.²¹

En torno a la comprensión del aspecto sociocultural en que está inmersa la construcción de la cultura preventiva de riesgo de transmisión de VIH en jóvenes que padecen TAB. Se implican las siguientes líneas de trabajo:

1. **La cultura preventiva en comunidades físicas y virtuales,** implica comprender el riesgo desde un punto de vista social que se estructura en el marco de la cultura. Es decir comprender las teorías del riesgo que se institucionalizan en la comunidad, que predispone las reacciones frente al riesgo y que legitiman mecanismos de culpa, coerción y exclusión, a partir de elementos morales.²² Por otro lado, implica también comprender el riesgo como problema de comunicabilidad basado en la observación de segundo orden, donde la comunicación del riesgo se vuelve reflexiva y con ello universal.²³ El análisis del riesgo, desde una dimensión cultural permitirá comprender la manera en que se han formalizado las prácticas sexuales y las estrategias para prevenir la transmisión del VIH.
2. **El estudio de género desde el enfoque de intersección de múltiples identidades sociales – en términos de Collins (2000) ²⁴-. Estudios en población general, han mostrado que las normas culturales o sociales favorecen el vínculo entre la desigualdad de los sexos y el aumento en la vulnerabilidad para la transmisión de VIH entre las mujeres y los hombres.¹ El estudio de la construcción de las normas sociales, de lo que debe ser una mujer o ser un hombre, según mencionan Phillips y Pirkle (2007 p.4)²⁵ “se ha convertido en una importante herramienta conceptual**

para comprender la evolución de la pandemia de VIH/SIDA”. Estas normas que parecen ser impuestas, en realidad son institucionalizadas, de tal forma que existe una supremacía pre-definida de la versión masculina para el niño varón y de la versión femenina para la mujer, con la cual se “identifican”.²⁶

3. La **estratificación socioeconómica** es una dimensión que permite comprender el contexto desde el cual el sujeto construye el riesgo de transmisión y la prevención del mismo, **en el marco de la teorización de las desigualdades sociales.** Existe la evidencia de que los y las adolescentes y jóvenes de contextos más pobres, tienen menos acceso a fuentes de información, menor grado de conocimiento, e ideologías sobre roles de género que impactan en el menor uso de prevención en las relaciones sexuales, incluyendo bajo nivel de uso de condón y mayor consumo de sustancias.²⁷ Por otro lado las personas de mayores recursos y educación formal suelen tener mayor autonomía sexual, un elevado cambio de parejas (debido a su mayor movilidad) y mayor propensión a vivir en ciudades (donde la prevalencia del VIH suele ser más alta).²⁸
4. **Las relaciones sexuales de hombres y mujeres se encuentran inherentes en las redes de apoyo,** dimensión que debe ser analizada en relación a las funciones que pueden cumplir. Entre las funciones se hace hincapié en la producción colectiva y en el fortalecimiento de las normas del comportamiento sexual.²⁹
5. **El uso de historias de vida.** Se considera que las narrativas de la historia de vida de una persona, se entienden como forma de *conocimiento* en la relación que se establece entre la perspectiva de hoy, la experiencia vivida y la expectativa del futuro.³⁰ Éste conocimiento es construido en un mundo intersubjetivo, según menciona Alfred Schütz (1993)³¹ el conocimiento de él

no es asunto privado, sino socializado desde el principio. Las historias de vida permiten entonces, detectar algunas *tipicalidades* que guían a un proceso descriptivo. Por tal motivo la persona y los *sistemas de interacción* en que se sitúa, son en cierta forma, *cristalizaciones* que basta estudiar como tales, pues dan la clave del dato social.³² La historia de vida reconoce la imposición de la sabiduría popular opuesto a los finalismos socio-teóricos.³²

6. Finalmente, el **enfoque de intervención centrado en la cultura**, aporta al desarrollo de *estrategias comunitarias de prevención del riesgo*, apropiadas para la población, que rescate, desde la voz de quien padece las situaciones riesgosas y las estrategias de prevención.³³

Para concluir, es preciso mencionar que el estudio de la salud mental, debe integrar el análisis de procesos sociales y culturales que intervienen en dicha salud; de tal suerte que logremos una mayor comprensión y atención a los problemas que conciernen a nuestra preciada disciplina.

Referencias

- ONUSIDA. (2011). *Informe de ONUSIDA para el día mundial del SIDA 2011*. México: Disponible en http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/JC2216_WorldAIDSday_report_2011_es.pdf
- CENSIDA. (2011). *El VIH/SIDA en México 2011 Numerali epidemiológica*. México: Disponible en http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/2011/NUMERALIA_SIDA_2011.pdf
- Joska, J., Kaliski, S., & Benart, S. (2008). Patients with severe mental illness: A new aproach to testing for HIV. *S Afr Med J*, 98 (3), 213-217.
- Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. Report on the Global AIDS Epidemic 2010. Geneva: World Health Organization; 2010.
- WHO. (2010). *Mental healt and development. Targeting people with mental health conditions as a vulnerable group*. World Health Organization, Mental Health and Poverty Project.
- Carey, M., Carey, K., Maisto, S., Gordon, C., & Vanable, P. (2001). Prevalence and correlates of sexual activity and HIV-related risk behavior among

- psychiatric outpatients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* , 69 (5), 846-850.
- Dickerson, F., Brown, C., Kreyenbuhl, J., Goldberg, R., Fang, L., & Dixon, L. (2004). Sexual and reproductive behaviors among persons with mental illness. *Psychiatric Services* , 55 (11), 1299-1301.
- Mckinnon, K., Cournos, F., & Herman, R. (2001). A lifetime alcohol or other drug use disorder and specific psychiatric symptoms predict sexual risk for HIV infection among people with severe mental illness. *AIDS and Behavior* , 5 (3), 233-240.
- Raja, M., & Azzoni, A. (2003). Sexual behavior and sexual problems among patients with severe chronic psychoses. *The European journal of psychiatry* , 18 (2), 42-48.
- Sacks, M., & Dermatis, H. (1994). Acute psychiatric illness: effects on HIV-risk behavior. *Psychosocial Rehabilitation Journal* , 17 (4), 1.
- Dell'Osso, L., Carmassi, C., Carlini, M., Rucci, P., Torri, P., Cesari, D., y otros. (2009). Sexual dysfunctions and suicidality in patients with bipolar disorder and unipolar depression. *The Journal of Sexual Medicine* , 6 (11), 3063-3070.
- Carey, M., Carey, K., Maisoto, S., Schroder, K., Vanable, P., & Gordon, C. (2004). HIV risk behavior among psychiatric outpatients: Association with psychiatric disorder, substance use disorder, and gender. *The Journal of Nervous and Mental Disease* , 192 (2), 289-296.
- Volavka, J., Convit, A., Czbor, P., Douyon, R., O'Donnell, J., & Ventura, F. (1991). HIV Seroprevalence and risk behaviors in psychiatric inpatients. *Psychiatry Research* , 39, 109-114.
- Sacks, M., Perry, S., Graver, R., Shindedecker, R., & Stephen, H. (1990). Self-reported HIV-related risk behaviors in acute psychiatric inpatients : a pilot study. *Hospital and Community* , 41 (11), 1253-1255.
- Meade, C., Graff, F., Griffin, M., & Weiss, R. (2008). HIV risk behavior among patients with co-occurring bipolar and substance use disorders: Associations with mania and drug abuse. *Drug and Alcohol Dependence* , 92 (1-3), 296-300.
- Bakare, M., Agomoh, A., Ebigbo, P., Onyeama, G., Eaton, J., Onwukwe, J., y otros. (2009). Co-morbid disorders and sexual risk behavior in Nigerian adolescents with bipolar disorder. *Int Arch Med* , 2, 1-5.
- Morrison, J. (2008). *DSM-IV Guía para el diagnóstico Clínico* (Primera edición ed.). D.F., Estado de México, México: Manual Moderno
- OMS. (2001). *Informe sobre la salud en el mundo en el 2001. Salud Mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Elgie, R., & Morselli, P. (2007). Social Functioning in bipolar patients: the perception and perspective of patients, relatives and advocacy organizations a review. *Bipolar Disorders* , 9, 144-157.
- Medina-Mora, M., Borges, G., Lara, C., Benjet, C., Blanco, J., & Fleiz, C. (2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultado de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental* , 26 (4), 1-16.
- Judd, L., & Akiskal, H. (2003). The prevalence and disability of bipolar spectrum disorders in the US population: re-analysis of the ECA database taking into account subthreshold cases. *Journal of Affective Disorders* , 73, 123-131.

- Douglas, M. (1996). *La aceptabilidad del riesgo segun las ciencias sociales*. Barcelona: PAIDOS.
- Luhmann, N. (1992). *Sociología del riesgo*. Guadalajara: Universidad Iberoamericana/ Universidad de Guadalajara.
- Collins, P. (2000). Intersecting Oppressions. En P. Collins, *Black feminist thought knowledge, consciousness, and the politics of empowerment*. New York: Routledge.
- Phillips, A., & Pirkle, C. (2007). From everyday culture to the culture of response: developing the sociology of the global HIV/AIDS pandemic. 1-20.
- Berguer, P., & Luckmann, T. (2006). *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Caballero, R., Conde, C., & Villaseñor, A. (2006). *ITS y VIH/SIDA en adolescentes y adultos jóvenes* (Primera edición ed.). Guadalajara, Jalisco, México: Pandora S.A de c.V.
- ONUSIDA. (2008). *Informe sobre la epidemia mundial de SIDA*. México: Disponible en http://data.unaids.org/pub/GlobalReport/2006/2006_GR-ExecutiveSummary_es.pdf
- Ferrand, A., & Snijders, T. (1997). Social networks and normative tensions. En L. Campenhoudt, M. Cohen, G. Guizzardi, & D. Hausser, *Sexual interactions and HIV risk* (págs. 6-21). London: Taylor & Francis.
- Järvinen, M. (2004). Life histories and the perspective of the present. *Narrative Inquiry* , 14 (1), 45-68.
- Schutz, A. (1993). *La construcción significativa del mundo social*. Buenos Aires: PAIDOS.
- Maffesoli, M. (1993). *El conocimiento ordinario. Compendio de sociología*. México: Fondo de cultura económica.
- Senn, T., & Carey, M. (2008). HIV, STD, and sexual reduction for individuals with a severe mental illness: review of the intervention literature. *Curr Psychiatry Rev* , 4 (2), 87-100.