

**IMAGINARIOS Y REPRESENTACIONES SOCIALES QUE INFLUYEN EN LA
INTERACCIÓN SOCIAL DE 7 MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA VIH
POSITIVO, PACIENTES DEL HOSPITAL SIMÓN BOLÍVAR.**

**ANA MARÍA GUTIÉRREZ CONTRERAS
INDIRA MARÍA LÓPEZ ARENAS**

**CORPORACIÓN UNIVERSITARIA MINUTO DE DIOS
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES
PROGRAMA DE TRABAJO SOCIAL
BOGOTÁ**

**IMAGINARIOS Y REPRESENTACIONES SOCIALES QUE INFLUYEN EN LA
INTERACCIÓN SOCIAL DE 7 MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA VIH
POSITIVO, PACIENTES DEL HOSPITAL SIMÓN BOLÍVAR.**

**ANA MARÍA GUTIÉRREZ CONTRERAS
INDIRA MARÍA LÓPEZ ARENAS**

Tutora: BEATRIZ RODRÍGUEZ

**CORPORACIÓN UNIVERSITARIA MINUTO DE DIOS
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES
PROGRAMA DE TRABAJO SOCIAL
BOGOTÁ**

DEDICATORIA

A Dios por permitirme alcanzar las metas y logros que me he propuesto, por acompañarme en todos los momentos buenos y malos de mi vida y por permitirme caminar cada día a su lado.

A mi Abuela quien desde el cielo me esta acompañando y fue y será el motor de mi vida en cada acción que realice, por los gratos recuerdos que me dejo y por el sueño de verme profesional.

Ana María Gutiérrez Contreras

Dedico este homenaje a mis padres, que con sus esfuerzos, cariño y comprensión hicieron posible el sueño de ver a sus hijos culminar todo lo que se han propuesto hasta hoy, siendo personas integrales. Gracias por todos sus esfuerzos, los amo mucho y que Dios los Bendiga.

Doy gracias a Dios; a mis padres, hermanos, sobrinos y demás familiares que me acompañaron en este proceso; a mi amiga America Muñoz por ser una persona especial y por estar en los momentos que más la necesite; a Diego Vargas por ser ese amigo incondicional; a la Sra. Victoria Cruz por ser un apoyo incondicional; a la profesora Beatriz Rodríguez, tutora del proyecto de grado y a la profesora Guilda Vendriess, quienes nos acompañaron en este proceso; a Ana María Gutiérrez y su familia, por permitirme ser su compañera de tesis y dejarme compartir con ella parte de su vida; a los amigos y compañeros que saben que los tengo presentes y sobre todo gracias a mis capacidades y esfuerzos, logre culminar una etapa de mi vida.

Indira María López Arenas

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por la vida y sus bendiciones,

A mis padres, por su amor y apoyo incondicional,

A mi Abuela, por su amor y comprensión,

A mi hermana, por su compañía y fraternidad,

A la vida, por todas las oportunidades que me ha brindado,

A la Sra. Victoria Cruz, por su apoyo, comprensión y orientación,

A la profesora Beatriz Rodríguez, por su orientación en el proyecto,

A la profesora Guilda Vendriess, por su comprensión, apoyo y cariño,

A mi compañera de tesis, por su esfuerzo, apoyo y comprensión,

A mis amigos y compañeros que me apoyaron en el proceso, que se han preocupado por mí y por los gratos momentos que hemos compartido.

A los diferentes profesores que me acompañaron durante toda mi formación profesional, quienes aportaron conocimientos y experiencias agradables y a quienes recordare siempre con agrado.

Ana María Gutiérrez Contreras

ÍNDICE

1. Introducción	9
2. Modalidad	14
3. Justificación	15
3.1. Justificación Personal	15
3.2. Justificación Formativa	17
3.3. Justificación Social y Humana	19
4. Problema de Investigación	22
4.1. Antecedentes del Problema	22
4.2. Descripción del Problema	24
5. Objetivos	25
5.1. Objetivo General	25
5.2. Objetivos Específicos	25
6. Preguntas de Investigación	26
7. Línea de Investigación	27
8. Componente Teórico	29
8.1. Marco Teórico	30
8.1.1. Construccinismo social	30
8.1.2. Duelo	38
8.1.3. Trabajo Social en Salud	41
8.2. Marco Conceptual	43
8.2.1. Sociedad	43
8.2.2. Individuo	43
8.2.3. Realidad	43
8.2.4. Representaciones Sociales	44
8.2.5. Imaginarios	44
8.2.6. Enfermedad	44
8.2.7. ¿Que es el VIH?	45
8.2.8. ¿Qué es el SIDA?	45

8.2.9.	¿Cómo se transmite?	46
8.2.10.	¿Cómo no se transmite?	47
8.2.11.	¿Cómo evitar la infección por VIH?	47
8.2.12.	¿Qué ocurre en el organismo cuando tiene lugar la infección por VIH?	48
8.2.13.	¿Cómo puedo saber si alguien tiene VIH?	49
8.2.14.	¿Cómo saber si estoy infectado(a) por el VIH?	49
8.2.15.	Dentro del periodo de ventana inmunológica puede ser curado el VIH	50
8.2.16.	¿La infección de VIH es siempre mortal?	50
8.2.17.	¿Qué tratamientos existen para la infección por VIH?	51
8.2.18.	¿Cuándo habrá una vacuna?	51
8.2.19.	Dolor	52
8.2.20.	Vulnerabilidad biológica	52
8.2.21.	Desigualdad entre los sexos (desigualdad de género)	52
8.2.22.	Cambios psicosociales en pacientes portadores del VIH/SIDA	53
8.2.22.1.	Ira	53
8.2.22.2.	Depresión	53
8.2.22.3.	Fatiga	54
8.2.22.4.	Temor y Realismo	54
8.2.22.5.	Culpa y Autoestima	55
8.2.22.6.	Simpatía y preocupación	56
8.2.22.7.	Suicidio	56
8.3.	Marco Contextual	59
8.4.	Marco Institucional	65
8.5.	Marco Legal	67
8.5.1.	Derechos humanos y sexuales	68
8.5.2.	Leyes	69

8.6. Marco Metodológico	70
8.6.1. Investigación Cualitativa	70
8.6.1.1. La investigación cualitativa en las ciencias de la salud	70
9. Componente Investigativo	72
9.1. Metodología	72
9.2. Diseño Metodológico	75
10. Hallazgos de la Investigación	76
10.1. Encuestas	76
10.2. Ficha Social	85
10.2.1. Diagnósticos	89
10.3. Entrevistas	93
10.4. Experiencias durante la investigación	96
10.5. Observaciones	102
11. Conclusiones	104
11.1. Lineamientos de intervención	112
12. Bibliografía	117
13. Figuras	119
14. Gráficas	122
14.1. Gráficas Encuestas	122
14.2. Gráficas Ficha Social	132
15. Anexos	136

LISTA DE ANEXOS

ANEXO 1 - ENCUESTAS

ANEXO 2 - CASOS

ANEXO 3 - ACUERDO 143 DE 2005

ANEXO 4 - LEY 972 DE 2005

ANEXO 5 - POLÍTICA DISTRITAL, “SEXUALIDAD SIN INDIFERENCIA”

ANEXO 6 - RUTA DE ORIENTACIÓN A PACIENTES VIH POSITIVO EN EL HOSPITAL SIMÓN BOLÍVAR

1. INTRODUCCIÓN

La enfermedad siempre ha preocupado a la humanidad desde épocas remotas, asombrado ante el dolor y la muerte, el ser humano está en constante búsqueda para encontrar los remedios pertinentes a males tan complejos que cada día aparecen en el mundo; y es que en pocas veces, la humanidad ha enfrentado una enfermedad de tal magnitud como lo es el VIH-SIDA; y si la enfrentó en otros tiempos, su recuerdo ha quedado en las memorias de la historia. En la historia de la humanidad han existido diferentes epidemias que han minado poblaciones enteras la peste negra, la bubónica, la sífilis, la viruela, tuberculosis, lepra etc.

En la época antigua la enfermedad era tratada por sacerdotes, brujos, chamanes, curacas o dioses; pero con el devenir científico este oficio pasó a manos de la medicina convencional; sin obviar que algunos grupos todavía asisten a determinados miembros de la comunidad que aún ejercen la medicina milenaria tradicional.

En aquel tiempo, y aún hoy se ha llegado a pensar que la enfermedad es un castigo divino y muchas de sus causas son atribuidas a fuerzas sobrenaturales, ó a males que se realizan en la interacción cotidiana, bien sea por envidia, rencores u otros aspectos asociados al “mal postizo” como le llaman en algunos lugares.

De hecho, hay enfermedades cuya trascendencia supera lo individual y lo grupal, para convertirse en males que afectan sociedades enteras, como las pestes asoladoras que cegaron la vida de miles de personas en la época medieval; tal es el caso de la peste bubónica que afectó a Europa hacia el año de 1348, convirtiéndose en un mal colectivo.

Y es que la enfermedad no solo preocupa por sus efectos físicos, sino, porque su estado genera otros factores que afectan el bienestar individual, grupal y social,

influyendo en los comportamientos, actitudes y conductas no solo de quienes la padecen sino del contexto en el que interactúan.

Hasta hace poco tiempo, la enfermedad era cuestión de médicos; cuando se dividió la medicina según la anatomía del cuerpo humano aparecieron las diferentes especialidades; desde entonces la enfermedad es mirada casi en forma parcial lo cual no ha permitido que se establezca una verdadera relación en lo que se es, se piensa, se siente y se hace; curando solo un síntoma de la enfermedad pero dejando un gran vacío. Es por esta razón que queremos hacer que trabajo social en salud sea una respuesta a esta necesidad donde no se vea al paciente desde una especialidad sino como un ser humano integral, que abarca aspectos físicos, emocionales, espirituales, etc.

En efecto, es a través de la psicología en particular donde se ha dado el primer avance para estudiar al hombre en su contexto y de esa forma analizar como éste influye en su comportamiento y por consiguiente en sus enfermedades. De esta manera trabajo social junto con psicología van más allá de esta mirada social, observando al individuo inmerso en un grupo y/o comunidad, analizando cambios psicosociales y sociofamiliares referentes a la enfermedad, que afectan las maneras de actuar, de sentir y de pensar en las diversas situaciones que afronta el ser humano.

Es así, como algunas enfermedades como el VIH, se han convertido en una amenaza social, cada día surgen nuevos infectados; se enfrenta un mal, hasta hace poco invisible, capaz de cambiar y de adaptarse al medio en el que se desarrolla; una enfermedad que destruye las defensas básicas y primarias de un ser humano.

Desde que apareció este virus en el mundo, han muerto un sin número de personas y existen más de cuarenta millones de infectados; y aunque en un comienzo, la enfermedad era de grupos con conductas de alto riesgo como los

homosexuales, las trabajadoras sexuales, promiscuos y fármaco dependientes por vía parenteral; hoy en día toda la sociedad se halla en riesgo de contraer el virus. Quedando la epidemia no solo en los grupos con prácticas de alto riesgo sino pasando a personas de ambiente “sanos”, como por ejemplo mujeres amas de casa. Las consecuencias que ha traído este mal para la humanidad no solo son de morbi-mortalidad o altos costos al Estado; sino la influencia que los constructos sociales han ejercido en la interacción social; donde se ha estigmatizado a los portadores excluyéndolos del orden social imperante.

Las creencias construidas frente a un hecho, generan actitudes y aptitudes y éstas juegan un papel muy importante en la experiencia humana; decisiones y actos humanos en general se fundamentan, antes que en principios científicos propiamente dichos, en las creencias, las actitudes y los hábitos de los individuos involucrados en las relaciones sociales.

El ser humano siempre ha expresado un temor a la muerte, es por esto que históricamente el ser humano ha rechazado todo aquello que ponga en riesgo su vida, por ejemplo las enfermedades contagiosas; en la antigüedad y según los relatos Bíblicos la lepra era una enfermedad que agobio a muchas personas, genero exclusión y repudio de la sociedad hacia los enfermos, tanto así que tenían lugares especiales para los “leprosos” para mantenerlos aislados de las personas “sanas” e incluso en ocasiones los sometían al destierro o a vivir aislados. Estos relatos pueden ser ejemplo de lo que significan los constructos sociales, o como ellos pueden afectar el convivir de los enfermos.

Actualmente se sabe que el VIH no se transmite por el contacto de la piel, por compartir espacios o sitios públicos, ni mucho menos por hablar o interactuar con un portador del VIH, pero esta no es la realidad que viven los portadores, ya que durante la investigación se evidencio que los portadores expresan sentir miedo de compartir su diagnostico a la sociedad por temor al rechazo, la exclusión o el ser señalados como seres despreciables.

Para trabajo social es de gran connotación estudiar esta serie de hechos, ya que uno de sus objetivos es aportar un nivel de acceso y de comprensión de las dinámicas sociales que caracterizan a esta población y de los significados que tienen los imaginarios colectivos en la interacción social y su influencia en la salud de los individuos.

Son los significados que el hombre le da a su realidad social lo que en últimas influye en la adopción de ciertas actitudes que en algunas ocasiones influyen también en su salud mental positiva, la cual tiene que ver con la percepción que el individuo o el grupo tienen de sus propias posibilidades, el conocimiento de las experiencias individuales y colectivas, donde todos puedan expresar sus potencialidades, es decir expresar libremente su singularidad; donde esto no sea factible, entra en juego la exclusión, el rechazo, el miedo y la estigmatización.

El propósito de esta investigación es servir de apoyo a la construcción de conocimientos en torno al VIH, no necesariamente con el aporte de conocimientos nuevos, pero si el realizar un análisis de los mismos, complementándolos con la experiencia vivida de 7 mujeres portadoras del virus, exponiendo temas emocionales y sociales de cada una de ellas en voces reales, es decir con los testimonios de las personas afectadas por la infección.

Se pretende representar a la población de mujeres pacientes del Hospital Simón Bolívar afectadas por el virus, siendo mujeres con diferentes edades, situaciones (económicas, familiares y sociales), trabajos, e incluso antecedentes; quienes han sido infectadas de diferentes formas, encontrándose en diferentes etapas de la infección. Sus nombres y ciertas características son ficticios, lo que dicen no es ficción. En cada caso las palabras son citas tomadas de personas reales afectadas por el VIH; las citas son textuales.

En este trabajo encontrarán 7 testimonios de mujeres portadoras del VIH pacientes del Hospital Simón Bolívar, los diferentes pasos de la investigación

como fueron: la revisión documental, observación, entrevistas, encuestas y fichas sociales que nos permitieron analizar la situación actual de estas mujeres a nivel: familiar, social, laboral, económico, emocional e incluso mental. Obteniendo unos hallazgos acerca de los imaginarios y representaciones sociales de lo que es ser un portador y las repercusiones en sus interacción social y la importancia de la intervención de Trabajo Social en esta situación.

2. MODALIDAD

Investigación en áreas y temáticas disciplinares

“En el programa de Trabajo Social se propone claramente una investigación formativa y aplicada, centrada, por una parte, en las problemáticas y situaciones relacionadas con el desarrollo humano y social de las comunidades, y por otra, en los métodos de intervención, enfoques y teorías de la disciplina. Por eso la investigación se define ligada a la responsabilidad social y tiene que ver con las prácticas sociales y profesionales que realizan los estudiantes, con las problemáticas sociales que enfrentan en ellas y con los grupos poblacionales con los cuales se relacionan.”¹

La investigación se realizara en el área de intervención de Trabajo Social en Salud, combinando tanto los aspectos teóricos como prácticos, aportando a la ampliación del conocimiento existente y su aplicabilidad en el campo de práctica.

¹ Pagina de Trabajo Social de la Corporación Universitaria Minuto de dios

3. JUSTIFICACIÓN

3.1. JUSTIFICACIÓN PERSONAL

El interés por el tema a tratar surgió a partir de las experiencias en el campo de práctica, de las cuales una en particular nos causó impacto, movilizándolo un cuestionamiento al respecto de nuestro proceso profesional. Dicha experiencia la expresamos de la siguiente forma:

En el campo de práctica, “Hospital Simón Bolívar”; en el departamento de consulta externa, se encuentra gran variedad de especialidades de la medicina, orientadas a satisfacer las necesidades en salud de la población de Cundinamarca y Bogotá; la gran mayoría son conocidas (pediatría, dermatología, optometría, etc.) pero a su vez detectamos que se ofrece en el portafolio de servicios otras como (infectología, neuropediatría, neumopediatría, etc.). El interés por el tema surgió al observar distinción en la atención de ciertas mujeres en el área de ginecología, no asignando ni reprogramando las citas con cualquier ginecólogo, sino debían ser con un especialista en común. Esta particularidad se daba por ser mujeres gestantes VIH positivo con embarazo de alto riesgo manejadas por infectología y gineco-obstetricia.

Esto nos causó grandes inquietudes, sobretodo que siendo un tema tan delicado no nos sentíamos con los conocimientos ni las herramientas apropiadas para intervenir, o incluso indagar en el tema. En el transcurso de nuestra práctica y sin proponernos, nos encontramos con dos madres gestantes VIH positivo, que por preguntas relacionadas con el protocolo del hospital se acercaron buscando asesoría, al principio muy confundidas y demasiado prevenidas, pero durante el proceso de la orientación realizada sintieron confianza y contaron su situación, adicionalmente ya después de haber logrado solucionar el inconveniente ellas continuaron haciendo referencia a aspectos de su vida y todas las circunstancias

que les ha causado su enfermedad, e incluso en uno de los casos, la familia desconocía dicha situación.

Por todo lo anterior se considera necesario ampliar los conocimientos en este aspecto, conocer la teoría necesaria para abordar dicha población y a su vez realizar una investigación cualitativa que brinde aportes y así contribuir para brindar una atención integral.

Finalmente lo que se espera de esta investigación es que no solo contribuya con conocimientos teóricos y prácticos sobre el tema, sino que también aporte experiencias de sensibilización hacia los investigadores internos y externos y el personal que interviene con la población con VIH. Dicha sensibilización se lograra a partir de los contactos directos con esta población, y específicamente con la muestra de la investigación, conociendo y analizando la situación personal, familiar y social de estas 7 mujeres, y como esta influye positivamente o negativamente en su estado o condición de paciente VIH.

Para trabajo social es de gran connotación intervenir con esta población, ya que nos permite analizar el contexto social de la enfermedad, mediante las experiencias que estas mujeres expresen, permitiendo ver a los pacientes con VIH de una forma integral, acogiéndolos en ambiente de aceptación, respeto y apoyo que permita la expresión de sentimientos y situaciones por las que atraviesan. Es necesario para lograr este ambiente que como profesionales entendamos el sentir y pensar de estos pacientes y las situaciones por las que atraviesan en sus diferentes entornos, dejando atrás la mirada de paciente y verlo como un sujeto social integral.

3.2. JUSTIFICACIÓN FORMATIVA

Durante la indagación del tema, encontramos grandes avances en cuanto a investigación en el tema, pero con una particularidad, la mayoría de investigaciones están dirigidas a hombres y grupos de alto riesgo; adicionalmente algunas investigaciones arrojan datos acerca de el incremento de la población portadora del virus, y como en la actualidad los mayores portadores no son solo los grupos de alto riesgo, sino los heterosexuales; y aun más la mujeres en edad reproductiva, ya que pasan años asintomáticas siendo portadoras del virus, contagiando a su pareja y aumentando los índices de transmisión vertical del virus.

La investigación que se plantea desarrollar sobre la intervención de trabajo social con mujeres VIH y su influencia en su interacción social con un grupo de personas que viven con el virus, es una forma de acercarse a la realidad y producir conocimiento de los diversos sujetos sociales que interactúan en ella, abordando los problemas que aquejan a la comunidad o a diversos grupos sociales en sus interacciones cotidianas en este caso los afectados por el virus del VIH.

Por otra parte, con esta investigación se busca conocer cuales son las representaciones sociales e imaginarios que tiene la comunidad respecto al VIH, para interpretar como influyen éstas en la interacción social, pues se sabe que la idea que los individuos se construyen en relación con los otros, se origina a partir de los cambios sociales que se producen en la vida diaria; de esta forma es interesante abstraer la vivencia de los infectados con el VIH, consigo mismos, en el grupo y en la sociedad, para poder analizar e interpretar los significados que le dan al hecho de vivir con el virus y como estas significaciones influyen en las relaciones sociales.

Esta investigación será de gran relevancia social, si se comprende que a partir de la interacción y el intercambio de significados entre las personas, es que se

construyen los diferentes aspectos de identidad, la realidad personal, social y cultural que hacen parte de nuestra cotidianidad.

Obviar el paradigma clínico comúnmente estudiado y expresado, no es la intención; pero si configurar aspectos de carácter social donde el individuo como sujeto positivo se incluya como sujeto social en la comunidad, no como sujeto de aislamiento y estigmatización, pues a partir de constructos sociales integrativos se podría acceder a alternativas adicionales de construcción de la realidad que puedan ser un aporte a la solución de los problemas, con nuevas formas de socialización y comprensión de la realidad.

Finalmente se espera que esta investigación sea solo un eslabón de la gran cadena que se necesita fomentar en esta temática, en cuanto a investigación e intervención, y dada la circunstancia que en el hospital hasta el momento no se ha realizado ninguna investigación de este tipo, consideramos que los aportes que se genere van a ser de gran utilidad para el hospital y para los compañeros de practica profesional que posteriormente lleguen al campo, al existir un estudio que oriente una intervención e incluso posibilitar una continuidad de la investigación en un aspecto más específico o que este relacionado con el tema.

3.3. JUSTIFICACIÓN SOCIAL Y HUMANA

“Cuando nada se puede hacer queda algo todavía: el compartir con el otro cara a cara, el pan y la palabra, la compañía y la salud”

Joaquín García Roca

“A nivel mundial cerca de 14 millones de mujeres en edad reproductiva están infectadas con el VIH/SIDA; se han reportado las cifras más altas en el África pero el riesgo se encuentra en aumento en países en vía desarrollo como Asia y América Latina”² “En Colombia, se estima que las mujeres en edad reproductiva aportan el 20% del total de personas que viven con el VIH y/o Sida. El primer caso de transmisión madre-hijo en Colombia se informó en 1987. Desde entonces y hasta diciembre de 2003, se habían registrado 1.266 casos de infección pediátrica, con un aumento sostenido desde 1995. El aumento observado en el número de mujeres infectadas, particularmente las mujeres con compañeros sexuales estables, permite predecir un aumento en la transmisión vertical del VIH”³.

Según Mauricio Hernández “la infección del VIH es uno de los retos en salud materna e infantil, no solo porque en este momento es incurable sino porque la mayoría de las mujeres infectadas están en edad reproductiva”; esto significa que cientos de miles de mujeres, que actualmente se enfrentan a una enfermedad prolongada y a la muerte, dejarán tras de sí a sus hijos pequeños, que pueden o no haber nacido contagiados, transmitiendo además su carga de sufrimiento personal a los demás hijos y otros miembros de la familia, así como a la sociedad. Es necesario tener en cuenta las tensiones que surgen en la pareja por la

² Rev. Panam Salud Publica, Mar. 1999, vol.5, no.3, p.173-174. ISSN 1020-4989; CDC. HIV/AIDS Surveillance report, 2001; 13(2).

³ Iatreia Revista Médica Universidad de Antioquia - Facultad de Medicina ISSN 0121-0793/ISSN-e 2011-7965

posibilidad de reinfección entre los cónyuges, necesariamente afectan la convivencia y el clima emocional de la familia.

Las pacientes VIH positivo afrontan situaciones de tensión, con altos grados de rechazo, en todos los ámbitos en los que interactúan (familiares, laborales, sociales, etc.), lo cual podría estar generando emociones negativas de manera constante, conduciéndolas a una toma de decisión equivocada con desenlace adverso (suicidio). Trabajo social utiliza un método de intervención con individuo como parte de su actuar profesional, con el fin de detectar necesidades sociofamiliares relacionadas con su diagnóstico de estas 7 pacientes, para así ofrecerles una orientación en busca de alternativas, para ayudarle en la aceptación, adaptación, crecimiento y desarrollo ante un entorno social.

Según Ana Luisa Liguori “la manera progresiva en que el sida ha venido afectando a las mujeres ha dado como resultado que algunos investigadores comiencen a analizar esta enfermedad desde una perspectiva de género para ver como inciden las construcciones culturales de lo femenino y masculino en la transmisión del VIH. El número de mujeres con sida ha ido en constante aumento; hoy representa una tercera parte de los 10 millones de infectados que estima la Organización Mundial de la Salud. El mayor número de casos se registra en mujeres de 15 a 49 años, o sea en edad reproductiva. En forma ineludible el sida se está convirtiendo en una enfermedad propia de la pobreza, que afecta en forma más severa a los países más pobres”.⁴

De acuerdo con lo anterior, se evidencia que entre más pobre sea un país, más problemáticas sociales, económicas y de salud afectarán su población, ya que el acceso a la educación es restringido y limita la posibilidad de aprender a leer y escribir, convirtiendo a la población en analfabetas, sin la posibilidad de que

⁴ Relaciones de Género y Apoderamiento Femenino. Instituto Nacional de Salud Pública, 1995, México.

accedan a información básica de salud y mucho menos acceder a programas de prevención y promoción, con los que desde enfermedades simples y con acceso a tratamientos serían prevenibles y más aún se podría prevenir enfermedades de transmisión sexual tan graves como el sida.

Uno factor a tener en cuenta es el rol de la mujer rural, dedicada al bienestar de su esposo, de los hijos, a las labores del campo; en donde en ocasiones se le niegan sus propios derechos, el desconocimiento de beneficios o alternativas a las pueden acceder como por ejemplo la planificación familiar, en donde la prevención a enfermedades de transmisión sexual no es indispensable en dicha población, ya sea porque no hay acceso a la información, porque su esposo se oponga o por que sus creencias religiosas no se lo permitan.

La importancia de nuestra investigación con mujeres VIH positivo, se centra en analizar la condición de género y si esta beneficia o afecta a dichas mujeres, ya que por referentes teóricos de la enfermedad se conoce que los estudios que se han realizado, han sido centrados en hombres o grupos con prácticas sexuales de alto riesgo. Otro de los aspectos a analizar es como los imaginarios y representaciones sociales influyen en la interacción social de estas 7 mujeres.

La investigación tomara como objeto a mujeres en edad reproductiva y es nuestro deseo que este trabajo de grado no sea solo un ejercicio académico sino que produzca un impacto a nivel social y humano con estas mujeres portadoras del VIH, que trascienda a toda la población portadora del virus, siguiendo los lineamientos de proyección social que hacen parte del espíritu de Uniminuto.

4. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

4.1. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

La enfermedad y los sufrimientos asociados a ella siempre han sido motivo de preocupación para la humanidad; y desde hace mucho tiempo el hombre ha estado en constantes investigaciones para detectar las causas de ella y combatir sus afecciones.

Se sabe que el estar sanos o enfermos suscita actitudes, comportamientos y conductas, cuyos componentes muchas veces se hallan inmersos dentro de la cultura y en las representaciones sociales que se hayan construido en ella sobre el concepto salud- enfermedad.

Es así como diversas enfermedades han asolado a la humanidad en todos los tiempos; algunas de ellas de carácter epidemiológico como lo fue la peste bubónica en el año de 1345 en Europa; pero cada vez vemos nuevas enfermedades o repeticiones de algunas de ellas; de las cuales se pensaba que ya se habían exterminado.

De hecho, entre los males que afectan a la humanidad, el VIH se ha constituido en “el mal del siglo”, y el ser infectado con el virus ha generado estigmatización social, constituida ésta, más por las creencias colectivas sobre la enfermedad ligada a las representaciones sociales de ella, que a sus verdaderas connotaciones biopsicosociales.

Por las estadísticas actuales se sabe que en el mundo hay cada vez mas infectados (ver figura 1) “son cuarenta millones de quienes se tiene noticias hoy, 95% de ellos en países del subdesarrollo, y se prevé que setenta millones morirán

victimias del virus durante los próximos 20 años (ver figura 2)”⁵. “Recientemente se dio a conocer que unos 220 mil Colombianos están infectados pero solo cuarenta mil se han reportado al sistema de salud”⁶.

“El virus del VIH – SIDA, es motivo de investigación de los científicos, quienes buscan cada día formulas médicas que ayuden a los cero positivos a curarse de este mal; hasta ahora se sabe que hay algunos medicamentos que ayudan a controlar el VIH y permiten que el enfermo lleve una vida normal”. Por otra parte, quienes se han tomado el trabajo de investigar el origen del virus, ven el síndrome, como la manifestación de un problema global y aseguran que el SIDA “es el peor deterioro al que puede llegar el cuerpo humano agregando que por debajo del SIDA hay muchísimas otras condiciones toxico-degenerativas debido a exposiciones múltiples repetidas y crónicas a agentes externos de origen químico, físico, biológico, mental y nutricional”⁷.

Es posible que lo expuesto anteriormente tenga mucho que ver con la expansión del virus; pero los estudios que aborden a quienes viven con el virus, como un sujeto social que interactúa en lo individual, grupal y colectivo; son muy pocos; por eso trabajo social asume al cero positivo, en estos comportamientos sociales y va mas allá de lo meramente clínico que siendo importante no ayuda a dilucidar completamente que está pasando con estas personas en su interacción social, en su cotidianidad; cuales son sus experiencias y como se ven ellos como miembros de una familia , un grupo y una sociedad.

Sin embargo, sería significativo conocer e interpretar como las creencias construidas socialmente sobre el VIH - SIDA influyen en la interacción social con los infectados por el virus pacientes del Hospital Simón Bolívar; estas creencias

⁵ Diario El País Cali Colombia. Sábado 13 de Julio de 2.002.

⁶ www.econosur.com.dici9embre 1 de 2.003.

⁷ SIDA y Agentes estresantes. Conferencia presentada durante el foro internacional: Relaciones Internacionales, política social y salud: Desafíos en la era de la globalización. Organizado por la Pontificia Universidad Javeriana. Septiembre de 1997.

hacen alusión a los imaginarios y a las representaciones sociales, cuyos constructos colectivos influyen en las actitudes de las personas.

4.2. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

Las mujeres del Hospital Simón Bolívar portadoras del VIH se enmarcan dentro de un proceso donde enfrentan cambios físicos, psicológicos, emocionales, laborales, familiares, sociales, etc.

Se conoce que el individuo es un sujeto social cuyo desarrollo psicosocial se construye en un medio cultural del cual el internaliza sus cosmovisiones y elabora representaciones colectivas, que conforman el mundo instituido, las cuales orientan, regulan y condicionan sus respuestas actitudinales a determinadas situaciones generadas en la interacción social. Por lo tanto se pretende analizar como la cultura representada por imaginarios y representaciones sociales influye en la interacción social de estas mujeres.

Por lo anterior, se puede considerar que sería muy significativo para el rol que desempeña el trabajador social, analizar la situación actual de las mujeres que viven con el VIH – SIDA pacientes del Hospital Simón Bolívar, identificando los imaginarios de estas mujeres con respecto a sí mismas, su vida cotidiana y su futuro e identificar necesidades y fortalezas de la intervención del trabajo social.

5. OBJETIVOS

5.1. OBJETIVO GENERAL

Identificar los imaginarios y representaciones sociales que influyen en la interacción social de 7 mujeres en edad reproductiva fértil VIH positivo, pacientes del Hospital Simón Bolívar, con el propósito de dejar unos lineamientos para el departamento de Trabajo Social que permitan fortalecer o a dar integralidad a la atención de estas pacientes.

5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Analizar la situación actual de estas 7 mujeres que viven con el VIH – SIDA: familiar, laboral, social, a través de la ficha social.
- ✓ Identificar los imaginarios de estas 7 mujeres VIH con respecto a sí mismas, su vida cotidiana y su futuro.
- ✓ Diseñar lineamientos de intervención con las mujeres VIH positivo, con el fin de ofrecerles nuevas alternativas y opciones complementarias para brindarles una atención integral desde el Trabajo Social.

6. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

¿Cómo son los patrones sociofamiliares de estas 7 mujeres portadoras del VIH en el Hospital Simón Bolívar?

¿Cuáles son los imaginarios y representaciones sociales que influyen en la interacción social de estas mujeres portadoras del VIH?

¿Cuál debe ser el acompañamiento de Trabajo Social a las mujeres portadoras del VIH pacientes del Hospital Simón Bolívar, durante el proceso de atención que les brinda el Hospital?

7. LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

Pobreza y Problemática Familiar

“La situación de pobreza en la que se debaten amplios sectores de la población colombiana ha hecho imperativo que los gobiernos, los organismos internacionales y los estudios sociales vuelvan su mirada hacia tan dramático problema.

Si bien la pobreza no es un problema reciente, no podemos admitirlo como un mal con el cual debemos convivir. La ampliación y persistencia de la pobreza nos concierne a todos, no sólo por razones éticas y de justicia social, sino también porque constituye una amenaza para la estabilidad social, económica y política.

De acuerdo con el enfoque propuesto inicialmente por Amartya Sen, este aporta elementos para la comprensión del problema. Preguntas tales como: ¿Quiénes son los pobres? ¿Dónde están los pobres? ¿Cuáles son los grupos más vulnerables? Son muy pertinentes. De sus respuestas depende en gran medida el acierto en materia de política pública.

Este núcleo se orienta a generar compromisos con el estudio sistemático del fenómeno de la pobreza en relación con las capacidades y potencialidades de la familia colombiana, aportando conocimientos y experiencias que permitan orientar el trabajo preventivo y de promoción con esta, así como también, contribuir en la formación de futuros profesionales en el campo”⁸.

“La pobreza hace que las poblaciones sean más vulnerables al VIH/SIDA y después la epidemia acentúa la pobreza. Mientras el SIDA se dedica a dar marcha atrás a los progresos obtenidos en el desarrollo en los últimos tiempos - por muy

⁸ Sustentación De Los Núcleos De Investigación Del Programa De Trabajo Social, Ela Téllez y María del Carmen Docal

escasos, desiguales y refutados que éstos sean – la epidemia también se está instalando entre las poblaciones más pobres de los países con ingresos elevados.

La pobreza y el desempleo también acrecientan la relación de dependencia y hacen que las mujeres sean más vulnerables a unas relaciones sexuales peligrosas y coercitivas. Y si no, traten de negociar un <sexo seguro> con alguien que te da una paliza solo porque cree que su comida no está bien cocinada.

Las situaciones de pobreza se traducen en una escasa nutrición y exposición a otras enfermedades que con frecuencia se convierten en crónicas. Esto pone en una situación comprometida al sistema inmune y reduce la capacidad del organismo para combatir el VIH. Un acceso limitado a los servicios sanitarios agrava este problema.

Además de aumentar la vulnerabilidad a la infección por el VIH, la pobreza también repercute en el curso de la enfermedad de los seropositivos. La falta de alimento los debilita y contribuye a la rápida erosión del sistema inmune y, en consecuencia, a una aparición mas temprana del SIDA sin acceso a una atención sanitaria adecuada, las personas seropositivas tienen menos probabilidades de recibir tratamiento inmediato (si es que lo recibe) para las infecciones oportunistas y tienden más posibilidades de sucumbir a ellas.

Cuando los países o los proyectos han podido llevar el tratamiento a los pobres, esta misma pobreza afecta a la eficacia del tratamiento. Para que sean eficaces, muchos de los medicamentos utilizados para combatir el SIDA y las enfermedades oportunistas deben tomarse con alimentos”⁹.

La pobreza es un factor potencializador de la transmisión del VIH y SIDA, ya que el SIDA vive en pobreza e ignorancia, afecta en su gran mayoría a los círculos

⁹ VIH/SIDA, Shereen Udsdin, 2002

más marginados o desfavorecidos debido a que la falta de recursos o acceso a beneficios para la satisfacción de necesidades fundamentales incrementa la preocupación a la solución momentánea de dichas necesidades, no se puede pedir a una persona que tiene hambre, que oriente su atención a la prevención y promoción de la salud.

8. COMPONENTE TEÓRICO

8.1. MARCO TEÓRICO

8.1.1. Construccinismo Social

Desde trabajo social esta investigación estará enmarcada en un enfoque de construccionismo social ya que constituye un recurso ineludible de potenciación profesional donde se pueden construir rutinas reales y poco rigurosas en un proceso racional que permitan el tratamiento hacia una realidad social.

“El construccionismo social o socioconstruccionismo es una teoría sociológica y psicológica del conocimiento, que considera como los fenómenos sociales se desarrollan particularmente de contextos sociales. Dentro del pensamiento del construccionismo, una construcción social es un concepto o una práctica que puedan parecer naturales y obvios a los que la acepten, pero en realidad es una invención o un artefacto de una cultura o de una sociedad particular.

El construccionismo social considera el discurso sobre el mundo no como una reflexión o mapa del mundo, sino un dispositivo de intercambio social. Intenta ir más allá del empirismo y el racionalismo al ubicar el conocimiento dentro del proceso de intercambio social.”¹⁰

Según Kisnerman “Nuestro encuadre y desde el cual refutamos los mitos contruidos por la llamada ciencia tradicional, adhiere al construccionismo, por entender que responde más a las necesidades y objetivos de nuestra profesión inserta en lo social y que, más allá de ciertas ortodoxias, que terminan siempre convirtiéndose en dogmas, constituye un enfoque epistemológico trasdisciplinario. Surgido en la década del ochenta con el postmodernismo y la crisis de los

¹⁰ <http://www.comminit.com/en/node/149894>, Red de La Iniciativa de Comunicación, Donde la comunicación y los medios son parte esencial del desarrollo social y económico de América Latina y el Caribe

paradigmas, con el convencimiento de que la ciencia ya no refleja el dominio absoluto de la razón, de la objetividad ontológica, en el construccionismo dialogan pluralmente la psicología social de Kenneth Jergens y Tomas Ibáñez entre otros, la psicología fenomenológica de Alfred Shutz, Peter Berger, y Thomas Luckmann, el interaccionismo simbólico de George H. Mead, los trabajos producidos en el campo de la pedagogía por Levs. Vigotsky y colaboradores, la biología del conocimiento de los neurobiológicos Humberto R. Maturana y Francisco Varela, la llamada cibernética de segundo orden del físico Heinz Von Foerster, la teoría sistémica del filólogo y filósofo Paul Watzlawica y de los sociólogos Niklas Luhmann y Edgar Morin, el constructivismo radical del matemático Ernest Von Glasersfeld, entre otros.

El constructivismo tuvo el acierto de sustituir el dualismo sujeto-objeto por una forma de monismo cognitivo. Desde Trabajo social, nos interesa más el construccionismo, porque remite a los intercambios que se dan entre personas situadas histórica y culturalmente en una sociedad dada. Así, las emociones, las intenciones, la memoria, el pensamiento, las acciones y los conocimientos, las situaciones y hechos sociales, etc., son construcciones sociales nunca individuales, porque lo social precede a lo individual. El conocimiento no es el producto de la mente individual sino de intercambios relacionales. En ellos las descripciones y las explicaciones, las palabras y las acciones adquieren significación. Las significaciones se co-construyen entre actores y trabajador social en un contexto social. Constructivismo y construccionismo no son antagónicos; a menudo son intercambiables ya que mantienen relaciones intertextuales. Coinciden en considerar la naturaleza constructiva del conocimiento y que la realidad no existe independiente del sujeto cognoscente.

Esto no significa de modo alguno negar que en esa realidad haya hechos como la violencia. Pero, al articular lo que hay en esa realidad, estamos construyendo un discurso y un proceso que estarán necesariamente, conectados con intercambios sociales que nos permiten conocerlos. La creación continua de significado y

realidad es un fenómeno intersubjetivo que se da en el mundo de la vida. Y es esto lo que privilegia al construccionismo. Al privilegiar lo social sobre lo individual, el construccionismo se vincula con el interaccionismo simbólico, la sociología fenomenológica, la pedagogía de Vigotsky y colaboradores y la etnometodología de Garfinkel. Remite, señalo Gergen, a las “fuentes de la acción humana a las relaciones, y a la comprensión misma del funcionamiento individual, queda remitida al intercambio comunitario ya que su principal interés es lo micro social”¹¹

Es limitado creer en el carácter absoluto, universal y trascendente de la verdad, colocada fuera de nosotros, en la ciencia, en Dios, o las leyes del Universo. Ibáñez afirmo que “los criterios de verdad son obra nuestra, y esto significa que los hemos construido nosotros mismos mediante nuestras prácticas colectivas, y que son por lo tanto relativos a dichas prácticas y a las características de sus agentes”. Hay incluso un sentido común de la verdad que nos dice, por ejemplo, que si ponemos las manos sobre el fuego, nos quemamos¹².

“Un foco importante del construccionismo social es destapar las maneras en las cuales los individuos y los grupos participan en la creación de su percepción social de la realidad. Implica mirar las maneras como son creados, institucionalizados los fenómenos sociales y hecho en tradiciones por los seres humanos. La realidad social construida se considera como en curso, proceso dinámico; la realidad es reproducida por la gente que actúa en sus interpretaciones y conocimiento”¹³

Según Berger y Luckmann con su libro “La construcción social de la realidad de 1966 sostienen que todo el conocimiento, incluyendo el sentido común, el conocimiento más básico tenido por firme de la realidad diaria, se deriva y es mantenido por las interacciones sociales. Cuando la gente interactúa, comprendiendo que sus opiniones de la realidad están relacionadas como ella,

¹¹ Introducción al Trabajo Social, Natalio Kisnerman

¹² *Ibidem*.

¹³ <http://members.fortunecity.es/matiasasun/gergen1construcc.html>

actúa sobre esta comprensión de su sentido común. La percepción de realidad se refuerza, puesto que este conocimiento del sentido común es negociado por la gente, caracterizaciones humanas, significado e instituciones sociales y se prestan como parte de una realidad objetiva. Es en este sentido que puede ser dicho que la realidad es construida socialmente.

Este enfoque nos permite resolver aquellas necesidades humanas que surgen de la interrelación personal, social y familiar con el fin de desarrollar el potencial humano, a través de una formación y orientación clara y adecuada; logrando con ello una autorrealización en los procesos personales, familiares o sociales del conocimiento de una realidad. Permitirá conocer la realidad social que se han construido en torno a la enfermedad del VIH – SIDA, ya que “la construcción social clarifica los fundamentos del conocimiento en la vida cotidiana, es el análisis fenomenológico de la vida cotidiana, o más bien de la experiencia subjetiva de la vida cotidiana”¹⁴

“Vale la pena aclarar que la realidad del mundo de la vida cotidiana constituye apenas un nivel de análisis de lo real nivel que por sus características posibilita un acercamiento distinto, quizás más concreto al complejo problema de la construcción de la realidad.

Un primer aspecto que hay que tener en cuenta en torno a la vida cotidiana, es que esta se nos presenta como una realidad ordenada, es decir el actor percibe la realidad social como independiente de su propia aprehensión. En otras palabras la realidad se presenta como algo externo a su individualidad que además se le impone. Desde este punto de vista, no es posible poner en cuestión la realidad de la vida cotidiana, no solo porque la consideramos como ya objetivada, sino porque vivimos cómodamente en ella. Y es en ella, donde realizamos nuestras propias

¹⁴ Construcción social de la realidad pg. 35

acciones. Lo que significa poner en duda nuestra misma forma de obrar y de pensar.”¹⁵

“Un segundo aspecto que es necesario señalar para poder caracterizar la vida cotidiana es que entre las múltiples realidades posibles existe una que se presenta como la realidad por excelencia de la vida cotidiana, conocida también como la suprema realidad. Es imposible entonces no prestarle atención a su presencia imperiosa, debido a que se manifiesta como algo complejo, parte imprescindible de mi propia normalidad.

La fuerte impresión de lo real que genera la realidad de la vida cotidiana, radica en que se organiza alrededor del aquí de mi cuerpo y el ahora de mi presente. Este aquí y ahora es el foco de atención que presto a la realidad de la vida cotidiana. Al abarcar el presente de mi vida, involucra el nivel más inmediato de la percepción que tengo sobre las cosas que me rodean e incluso sobre mi mismo, lo que sin duda alguna dificulta el obtener la distancia necesaria que requiere el proceso de reflexión y análisis que se hace sobre las cosas.”¹⁶

“Sin embargo la realidad de la vida cotidiana no se mueve sólo en el limitado tiempo de mi aquí y mi ahora sino que también involucra diferentes grados de proximidad y alejamiento tanto espaciales como temporales. Sin duda lo más próximo a mi es la zona de la vida cotidiana directamente accesible a mi manipulación corporal, esta zona contiene el mundo que esta a mi alcance, en el que me desenvuelvo por ejemplo cuando trabajo. No obstante se que existen otros niveles de la vida cotidiana, alejados de la dimensión espacio-temporal en la que no me representan nada directamente, aunque soy consciente de que existen. Puedo llegar a ellos de otra forma como simple información, pero no como una necesidad o como un propósito para involucrarlos en mi vida más próxima.

¹⁵ Individuo Grupo Y Representación Social, Facultad de Ciencias Sociales y Humanas, UNAD, 1997

¹⁶ Individuo Grupo Y Representación Social, Facultad de Ciencias Sociales y Humanas, UNAD, 1997

Un tercer aspecto que es importante reseñar para comprender los diferentes elementos que conforman la realidad de la vida cotidiana es que se manifiesta como un mundo que comparto con otros. Un mundo intersubjetivo.

Este aspecto es muy importante. Porque justamente lo que hace real la vida cotidiana es que la comparto con otros y no es simplemente una construcción subjetiva. Los otros actúan junto con mígo lo hacen dentro de un mismo marco de objetivaciones que aceptan y a partir de las cuales ordenan y organizan sus propias vidas.

No importa que hayan puntos de vista distintos, que sus proyectos sean diferentes de los míos, incluso que se presenten conflictos, pues a pesar de todo esto, juntos vivimos en un mundo que nos es común. “y lo que es de suma importancia, es que hay una correspondencia continua entre mis significados y sus significados en este mundo, que compartimos un sentido común de la realidad”.

El que se comporte en un mismo campo de significados, implica la existencia de un sistema de conocimientos sobre esa misma realidad que comparte con otros, que nos permite entendernos.

Un ultimo aspecto que vale la pena destacar en la caracterización que se esta haciendo sobre la realidad de la vida cotidiana es que independientemente de los problemas que se presenten en su interior, es una realidad que tiende a la permanencia y la estabilidad.”¹⁷

En este sentido, más que obrar de manera excluyente, los usuarios de la realidad de la vida cotidiana incluyen, integran los nuevos saberes desde su propia interpretación a los ámbitos más problemáticos de la vida cotidiana.

¹⁷ Individuo Grupo Y Representación Social, Facultad de Ciencias Sociales y Humanas, UNAD, 1997

Según plantean Berger y Luckman: “El mundo de la vida cotidiana no solo se da por establecido como realidad por los miembros ordinarios de la sociedad en el comportamiento subjetivamente significativo de sus vidas. Es un mundo que se origina en sus pensamientos y acciones, y que está sustentado como real por éstos.”¹⁸

“El dolor es un problema multidimensional que requiere ser enfocado por encima de las divisiones disciplinares tradicionales. Abogaremos por un punto de vista que considera que la dimensión social y subjetiva del dolor no es únicamente una dimensión complementaria al resto, sino que debe ser tomada en cuenta al enfocar cada una de las dimensiones que se consideren. De lo que se desprende que ninguna comprensión de lo fisiológico puede ser completa sin una reflexión sobre las prácticas que lo constituyen como cuerpo de conocimiento legítimo sobre el que contrastar las versiones de los enfermos y de su entorno. De la misma manera se opta por considerar que ni lo psicológico, ni la práctica clínica, ni la investigadora, pueden ser comprendidos por separado de lo social”¹⁹.

“Podemos decir sin duda que el construccionismo social resalta la importancia de lo social en la comprensión de las personas, y aunque normalmente se tiende a comprender al individuo y a la sociedad como dos entidades separadas que se influyen mutuamente, aquí vamos a entender que lo individual y lo social son inseparables, es más, indisolubles (Ibáñez, 2001). La razón para ello es evitar que una comprensión separada de lo psicológico y lo social nos lleve a considerar una de las dos dimensiones como determinante de la otra.

Por lo tanto, enfatizar la dimensión individual del problema es también dejar de lado el entorno que constituyen las personas que nos rodean, incluido el personal médico junto con sus concepciones, sus creencias, sus prejuicios y sus prácticas.

¹⁸ Construcción social de la realidad

¹⁹ Boletín de Psicología, No. 84, Julio 2005, 23-39, Dolor Crónico y Construccionismo, A. Gil, B. Layunta y L. Íñiguez

Es dejar de lado que la persona enferma también responde, reacciona, ante los cuidados, y los des-cuidos, de los otros. Y que con estas respuestas evalúa su dolor y construye su identidad, su percepción de sí misma y del problema al que se enfrenta.

Un punto de vista construccionista consideraría que las personas se comportan en función del significado que la realidad tiene para ellas, y que dichos significados no son consubstanciales a las cosas sino que se generan en la interacción colectiva entre las personas en las diferentes situaciones de la vida social. Procesos sociales tan importantes como el yo o la identidad no son características fijas e innatas de los individuos, sino que surgen en la interacción social, no preexisten a las relaciones sociales sino que se crean en ellas. De la misma manera la comprensión del dolor propio aparece en la interacción con el otro y se ubica mediada por el otro en la definición subjetiva de uno mismo. Es justamente el énfasis en el nivel de la interacción, de la relación, lo que permite entender que la comprensión construccionista del dolor no olvida al sujeto sino que lo considera participante activo del significado en construcción (Layunta y Gil, 1998). Los significados se generan colectivamente, y considera que el proceso por excelencia para ello es el lenguaje, un lenguaje que es específico de un momento histórico y de una cultura determinada y que conserva un orden social dado, pero que es actualizado (conservado o modificado) en su práctica diaria.”²⁰

²⁰ Boletín de Psicología, No. 84, Julio 2005, 23-39, Dolor Crónico y Construccionismo, A. Gil, B. Layunta y L. Íñiguez

8.1.2. Duelo

*“Lo importante no es lo que la vida te hace,
sino lo que tú haces con lo que la vida te hace”*

Edgar Jackson

El duelo es la respuesta psicológica – sentimiento y pensamiento – que se presenta ante la pérdida de un ser querido. Dicha respuesta es totalmente subjetiva y depende de las estructuras mentales y emocionales de quien la vive, lo cual determina si se involucran o no los síntomas físicos en ella. Eso quiere decir que si bien el dolor ante una pérdida es inherente a los seres humanos, los sistemas de creencias que tenga quien los sufre modifican sustancialmente su expresión y desarrollo, haciéndolo más manejable, en unos casos, o, por el contrario, mucho más complejo de lo que en realidad es. Es fundamental entender el duelo como un proceso de movimiento, con cambios y múltiples posibilidades de expresión y no como un estado estático con límites rígidos²¹.

Es básico además conocer los conceptos que la persona tiene respecto a la muerte a diferentes niveles (religioso, relacional, social) y la relación con el difunto, ya que ambos factores modifican sustancialmente el proceso.²²

Duelo es un término que, en nuestra cultura, suele referirse al conjunto de procesos psicológicos y psicosociales que siguen a la pérdida de una persona con la que el sujeto en duelo, el deudo, está psicosocialmente vinculado. Habitualmente se considera modelo para la comprensión de los duelos y los procesos de duelo los fenómenos conductuales y mentales que acompañan y siguen a la pérdida de una persona amada. Sin embargo, ya Freud (1915) había escrito que el duelo <es la relación habitual a la pérdida de una persona amada o de una abstracción puesta en su lugar: la patria, un ideal, la libertad, etc.>.

²¹ El manejo del Duelo, Santiago Rojas.

²² Cap. 2, El Manejo del Duelo

aspecto en el cual insistiría otra psicoanalista renovadora, Melanie Klein. Por eso, desde M. Klein (1934, 1940, 1957), tales términos son también aplicables a los procesos psicológicos y psicosociales que se ponen en marcha ante la pérdida (o la frustración proveniente) de seres o entes animados, inanimados o abstractos o de parte de éstos; también, a los procesos que se ponen en marcha ante la frustración proveniente de estos seres o realidades y, en especial, de los seres queridos.

Estos conjuntos de sentimientos, emociones y cogniciones, de los que luego hablaremos, que conforman el duelo y los procesos de duelo, pueden ponerse en marcha por tanto ante la pérdida de un ser querido, ante un fracaso personal, ante la necesidad de separarse de un lugar de trabajo, de una ideología, de unas esperanzas, de una persona amada, etc. En general ante la pérdida afectiva (Bowlby, 1951, 1979, 1980). El objeto del duelo, el ser o la representación mental que pone en marcha dichos procesos puede ser personal o animal (y, por lo tanto, un ser vivo, un objeto animado), pero puede ser asimismo un objeto material inanimado (una cosa) o un objeto abstracto (una idea, una ilusión, un modo de vida ...). Siguiendo con estas perspectivas vamos a entender como procesos de duelo: al conjunto de emociones, representaciones mentales y conductas vinculadas con la pérdida afectiva, la frustración o el dolor: de ahí el término procesos de duelo, para hacer hincapié en que se trata de un complejo diacrónico no solo de emociones, sino también de cambios de cogniciones, de comportamientos, de relaciones... Entenderemos por duelo el conjunto de fenómenos que se ponen en marcha tras la pérdida: fenómenos no solo psicológicos (los <procesos de duelo>), sino psicosociales, sociales (el<luto>), antropológicos e incluso económicos²³.

Las pérdidas afectivas y los duelos que desencadenan son el prototipo de traumatismo psicológico o, mejor dicho, psicosomático. Poseen repercusiones a

²³ Pérdida, Pena, Duelo, Vivencias, Investigación y asistencia, Jorge Tizón.

corto y largo plazo, a nivel psicológico, emocional; pero también poseen repercusiones sociales y somáticas, claras y estudiadas desde la antigüedad. Prueba inevitable en la vida, el duelo nunca ocurre por primera vez. Es siempre una repetición: al menos, del duelo por la separación inevitable con respecto a la madre, con respecto al útero materno, con respecto a la familia... Cada vez que nos enfrentamos a una pérdida se reviven en nosotros a nivel total psicofísico, biopsicosocial, las experiencias anteriores de satisfacción, pérdida, contención, consolación... Por eso algunos autores como Michel Hanus (1976, 2000) hablan de la <aptitud para el duelo>, puesta en función desde el principio de la existencia, asentada sobre el modelo de las primeras separaciones, pérdidas, consolaciones y reencuentros. Por eso, también, es mejor no considerar el duelo un momento o unos momentos de la vida, sino un proceso incesante que recorre toda nuestra existencia. Aunque, por otra parte, como luego veremos, el duelo es tan sólo una experiencia individual, si bien la vivimos sobre todo a ese nivel. Es, sobre todo y ante todo, una realidad colectiva, social y cultural. En profundidad, se trata de uno de los fundamentos de las sociedades, por cuanto es la fuente de varios conjuntos de normas fundamentales de todo grupo humano: sus costumbres, rituales y leyes con respecto a la muerte y a los muertos.

Por elaboración del duelo se entiende la serie de procesos psicológicos, el trabajo psicológico que, comenzando con el impacto afectivo y cognitivo de la pérdida, termina con la aceptación de la nueva realidad interna y externa del sujeto. Ello supone a la larga la superación de la tristeza y la posible ambivalencia hacia lo perdido, la reorientación de la actividad mental y la recomposición del mundo interno (cogniciones, sentimientos y fantasías fundamentales)²⁴.

²⁴ Pérdida, Pena, Duelo, Vivencias, Investigación y asistencia, Jorge Tizón.

8.1.3. Trabajo social en salud

El Trabajo Social es un que hacer profesional de complemento y apoyo de las acciones médico-sanitarias a través de programas integrados y nunca de acciones aisladas del todo, que es la institución de salud, de la cual es un subsistema intermedio en su complejidad, sea ésta Ministerio o Secretaría de Salud, Coordinación Sanitaria Regional u Hospital.

Teniendo como meta la eliminación o reducción de desigualdades para el acceso a la salud, el Trabajo Social ha de satisfacer una serie de objetivos, los cuales se insertan a su vez en los objetivos generales de la institución de salud, de la que forman parte, enfocados desde el punto de vista de las necesidades y los problemas sociales. Como son tan complejos deben ser alcanzados en forma progresiva mediante objetivos específicos, que necesariamente deben tener relación entre ellos para poder cumplir el general de eliminar o disminuir las desigualdades para el acceso a la salud. Estos objetivos específicos son:

- Aportar al equipo de salud el estudio de las variables socioeconómicas que inciden en la etiología, la distribución y el desarrollo de la enfermedad y sus consecuencias sociales, localizando, identificando, controlando o eliminando aquellos que retardan o impiden el logro de los objetivos de salud y la plena utilización de los servicios, así como localizando los que favorecen su logro.
- Orientar y capacitar a los pacientes, a sus familias y a la comunidad en general en los problemas consecuentes de la enfermedad, con el fin de que se asuman como agentes de prevención, promoción, recuperación y rehabilitación de la salud, aceptándola como un valor colectivo que deben preservar.

- Participar en la formulación, la ejecución y la evaluación de políticas de salud orientadas hacia la reducción o eliminación de las desigualdades para el acceso a la salud.

El rol del Trabajador Social es un rol de servicios, porque no produce bienes materiales. En el sector salud, y con el objetivo de eliminar desigualdades sociales, esos servicios han de prestarse en las siguientes áreas de trabajo:

- Servicios de atención directa a individuos, grupos y comunidades, trabajando con quienes presentan problemas sociales o dificultades de integración social, o previniéndolos.
- Investigación, identificando los factores que generan desigualdades, evaluando servicios, recursos, actitudes y valores.
- Política y promoción social, estimulando y provocando medidas tendientes a lograr mejor calidad de vida para la población, creando sistemas, canales y otras condiciones para la participación en el logro de esas medidas.²⁵

Dentro del Trabajo Social en el Área de Salud y concretamente en el Trabajo Social Hospitalario, el Trabajador Social como miembro del equipo se enfrenta cada vez más a situaciones derivadas de intervenciones con Enfermos Terminales.

- Exploración de sentimientos.
- Planificación de la vida durante el proceso terminal.
- Planificación de la muerte.
- El Duelo.²⁶

²⁵ <http://www.fortunecity.es/expertos/industrial/106/campos/trasalud.htm>

²⁶ Cándida Acero Sáez, *Documentos de trabajo social: Revista de trabajo y acción social*, ISSN 1133-6552, N.º. 12, 1997, págs. 127-143, <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2727821>.

8.2. MARCO CONCEPTUAL

8.2.1. Sociedad

Según Hobbes quien desarrolló el concepto de sociedad, entendiéndola “como una estructura, con vida propia autónoma, anterior y externa al individuo que ejerce sobre este coacción y control”²⁷.

8.2.2. Individuo

Mirado como un objeto en el cual solo accionaban procesos mentales sin ninguna influencia externa en sus acciones; este concepto propiamente “personalista” tiene sus raíces en los dogmas cristianos a partir de la idea del alma individual e inmortal del ser humano. Con el paso del tiempo y con el ascenso histórico del hombre esta dicotomía desaparece, al unirse el desempeño del hombre en la sociedad y su ínter influencia en los comportamientos sociales ligados entre si con significados emergentes que moldean los comportamientos individuales y colectivos. A partir de entonces “el concepto de persona liga el énfasis social en el individuo, debido a que no se puede concebir un individuo aislado, incomunicado de sus semejantes, por el contrario supedita su existencia a su convivencia con los otros, pues solo en estas condiciones adquiere sentido su vida”²⁸.

8.2.3. Realidad

La realidad es una categoría que se ha utilizado para demarcar el ámbito de la vida de los seres humanos, que se caracteriza por la existencia de fenómenos que se reconocen como independientes de nuestra propia voluntad, es decir que no tenemos sobre dichos fenómenos la capacidad para hacerlos, por ejemplo,

²⁷ Caporali. Rodríguez Enrique, Sánchez José Fernando. Individuo Grupo y representación Social. Editorial UNAD Bogotá 1997 Pág. 26.

²⁸ IBIDEN. Pág. 34

desaparecer pues están presentes a pesar de nuestra propia existencia individual.²⁹

8.2.4. Representaciones Sociales

Las cuales según Durkheim son representaciones colectivas que conforman el mundo instituido de significaciones sociales y que hacen parte del sistema cultural de la sociedad. Para Serge Mascofici las representaciones sociales hacen referencia a un tipo de conocimiento a cerca del mundo que nos rodea y son las que permiten desenvolvernó en él, nos informan acerca del significado que poseen los objetos y acontecimientos socialmente producidos con los cuales diariamente nos relacionamos.

8.2.5. Imaginarios

Se refiere a lo simbólico, y se concibe como una estructura que representa la realidad de un orden numérico a lo real. La noción de Imaginario encierra dos componentes íntimamente ligados; lo figurativo y lo conceptual; lo primero hace referencia a la imagen, el segundo componente se refiere a los procesos mentales que están presentes cuando se emplea la imagen para referirse a la realidad socio – cultural y es aquí donde entra lo representativo de la mente humana y por medio de este componente se introduce un orden y un significado a la realidad vivida.

8.2.6. Enfermedad

La mayoría de las personas continúan asociándola con “sensaciones como el malestar el dolor, la incomodidad, la fiebre, la hemorragia; es decir con síntomas evidentes y que inciden en la capacidad funcional de la persona”³⁰, esta definición

²⁹ Individuo Grupo Y Representación Social

³⁰ Álvaro, José Luis, Garrido Alicia, Torregrosa J.R. Psicología Social Aplicada. Página 356. Editorial Mc Graw-HILL. 1996.

muestra solo la afección física de la enfermedad, pero es la manera como socialmente se define.

8.2.7. ¿Qué es el VIH?

El VIH o Virus de la Inmunodeficiencia Humana es un microorganismo que ataca al sistema de defensas del organismo. Al debilitarlas contra la enfermedad, el VIH hace que el organismo sea vulnerable a una serie de infecciones y cánceres, algunas de las cuáles ponen en peligro la vida. Puede transmitirse de una persona a otra a través de tres vías: relaciones sexuales sin condón con una persona infectada, exposición a sangre infectada y de la madre viviendo con el virus al hijo(a).

8.2.8. ¿Qué es el Sida?

Es el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. Se considera la etapa más avanzada del proceso que empieza con la infección por el VIH. El cuerpo es más vulnerable a diversas enfermedades, que por lo general, no afectan a las personas cuyo sistema inmune se encuentra en buenas condiciones. Algunas de las cuáles ponen en riesgo la vida. Cuanto mayor sea el daño sufrido por el sistema inmunológico, mayor será la posibilidad de adquirir infecciones oportunistas. El Sida se caracteriza por la manifestación clínica de dichas infecciones, porque las células de defensa están en niveles muy bajos y la carga de virus en sangre es muy alta. Sin tratamiento antirretroviral los síntomas comienzan a aparecer, entre 3 y 5 años después de adquirida la infección. Los avances en el tratamiento han llevado a que las personas viviendo con el virus logren mantener muy buena salud por más de 10 años y que cada vez se retrase más la aparición del SIDA. Incluso, una persona puede tener el SIDA durante un tiempo y luego, gracias al tratamiento antirretroviral y de las enfermedades asociadas a la infección, a la recuperación nutricional y al apoyo psicosocial, el número de células de defensa vuelve a elevarse al nivel de una persona normal y el número de virus en la sangre puede

llegar de nuevo a ser tan bajo que no se logre detectar en el laboratorio. Si se logra esto puede entonces decirse que la persona superó la fase temporal de SIDA y vuelve a gozar de una buena calidad de vida.

8.2.9. ¿Cómo se transmite?

Relaciones sexuales no protegidas con una persona infectada: Las relaciones sexuales penetrativas anales, orales y vaginales, sin un adecuado uso del preservativo, son el principal modo de transmisión del VIH, ya que durante la relación sexual los fluidos genitales entran en contacto con las membranas mucosas expuestas (la vagina, la uretra, la boca, la mucosa ano-rectal)

La mayor probabilidad de infección por transmisión sexual corresponde al coito anal no protegido, en el caso de quien es el receptor, seguido por el coito vaginal no protegido.

El sexo oral no protegido también implica cierto riesgo, en especial si existen lesiones orales o faríngeas, como encías sangrantes, heridas, úlceras, abscesos dentarios, infecciones de garganta o ITS (infecciones transmisibles sexualmente).

Exposición a sangre infectada: La introducción de sangre infectada por el VIH en el torrente sanguíneo constituye la vía con mayor probabilidad de transmisión de este virus. La mayoría de los casos reportados de transmisión sanguínea a nivel mundial ocurren por compartir instrumentos para el consumo de drogas intravenosas (agujas o jeringas) o por transfusiones de sangre no examinada previamente para la detección de microorganismos. En general, conviene evitar la exposición directa a la sangre de otra persona, no solo para evitar infección por el VIH, sino también las hepatitis virales, entre otras.

- Transmisión de una madre infectada por el VIH a su hijo(a)
- Transmisión Vertical.

Puede suceder durante el embarazo, durante el trabajo de parto, en el momento del parto al entrar en contacto con la sangre de la mamá, situación en que es más frecuente este tipo de transmisión, o, a través de la leche materna.

8.2.10. ¿Cómo NO se transmite?

NO es posible infectarse a través de las siguientes maneras:

- ✓ Dar o recibir caricias.
- ✓ Dar o recibir besos.
- ✓ Dar o recibir abrazos.
- ✓ Compartir el teléfono.
- ✓ Visitar personas enfermas.
- ✓ Compartir comida, cubiertos o vasos.
- ✓ Beber en fuentes de agua potable.
- ✓ Bañarse en piscinas públicas.
- ✓ Utilizar el mismo sanitario.
- ✓ Por picaduras de mosquitos e insectos.
- ✓ Trabajar, relacionarse o convivir con personas infectadas con el VIH.
- ✓ Donar sangre.

8.2.11. ¿Cómo evitar la infección por VIH?

Con el uso adecuado y consistente del condón durante las relaciones sexuales.

Abstinencia Sexual. Si su opción personal no es la abstinencia, debe utilizarse el preservativo de forma adecuada y consistente (de principio a fin) en TODAS las relaciones sexuales penetrativas.

Evite el contacto con la sangre de otras personas. Asegúrese de no entrar en contacto con agujas, jeringas, cuchillos o elementos corto punzantes que han

estado expuestos a sangre o fluidos de personas viviendo con el VIH. Evite los procedimientos invasivos de perforación cutánea con instrumentos que no tienen una adecuada esterilización, en lugares que no cumplen las normas de bioseguridad o que no tienen licencia de la entidad de salud respectiva.

Si está embarazada o desea estarlo, acuda a su servicio o entidad de salud, para conocer su estado serológico previa asesoría sobre el pronóstico, el tratamiento para evitar que el bebé lo adquiriera si pudiera tener usted el virus y la orientación necesaria de cuidado para usted y su bebé, en caso de estar infectada con el VIH o, para prevenir una posible infección por este virus.

8.2.12. Que ocurre en el organismo cuando tiene lugar la infección por VIH

El VIH infecta las células que forman parte del sistema inmunológico del organismo. Cuantas más células estén infectadas por el virus, menos capaz será el sistema inmunológico de luchar contra la enfermedad.

El VIH introduce su material genético en el interior de la misma. Este proceso empieza con la entrada del virus, el desprendimiento de la envoltura que lo recubre y la integración de los genes del virus en los genes humanos.

La célula humana es invadida para producir múltiples copias de unidades básicas del virus que, posteriormente, se unen y que con el tiempo salen de la célula infectada en búsqueda de nuevas células para infectar. El virus altera la capacidad funcional de las células o las mata.

El virus establece formas latentes estables que son reservorios de la infección a los cuales no pueden llegar los fármacos disponibles. Esos reservorios han dificultado el tratamiento de la infección por VIH y del SIDA.

Poco después de que tiene lugar la infección, el sistema inmunológico del organismo se prepara para enfrentar el virus mediante la respuesta celular y

mediante moléculas especializadas denominadas anticuerpos que, por lo general, consiguen reducir provisionalmente la cantidad de virus en la sangre. Sin embargo el VIH sigue activo y, por tanto continúa infectando y matando células vitales del sistema inmunológico. Con el tiempo, la actividad vírica aumenta significativamente y a la larga, anula la capacidad de respuesta del organismo ante la enfermedad (ver figura 4).

8.2.13. ¿Cómo puedo saber si alguien tiene VIH?

No se puede saber a simple vista. Una pequeña fracción de las personas infectadas por el VIH tiene síntomas en las primeras fases del curso de la infección, mientras que otras pueden no presentar síntomas por un largo período de tiempo (10 a 15 años) después de la infección. Este periodo es prolongable si se detecta tempranamente la infección por VIH. Las personas con VIH tienen el mismo aspecto que las personas que no están infectadas con el VIH.

8.2.14. ¿Cómo saber si estoy infectado(a) por el VIH?

Los anticuerpos detectables contra el VIH aparecen unas semanas después de la exposición inicial al virus. Estos pueden detectarse por medio de una prueba diagnóstica de laboratorio, la más usada es la prueba ELISA para VIH, que detecta los anticuerpos producidos por el organismo como respuesta a la infección, después de un periodo promedio de 12 semanas denominado “ventana inmunológica”. Como las pruebas del VIH pueden no detectar los anticuerpos en caso de infecciones muy recientes (dentro de la ventana inmunológica), se recomienda que tras una prueba inicial negativa se efectúe otra prueba de anticuerpos 3 meses después. Las pruebas actuales, de cuarta generación, permiten detectar sustancias del virus al tiempo que anticuerpos generados contra el virus y reducen el tiempo de ventana inmunológica, no obstante, resulta absolutamente confiable una prueba realizada luego de tres meses de la última posible exposición al virus. En esos tres meses las relaciones sexuales deben ser

con condón SIEMPRE y si se domina su uso. O, abstenerse de relaciones sexuales en pareja hasta terminar ese periodo para obtener un reporte plenamente confiable.

Si el resultado de la primera prueba ELISA es positiva, se realiza una segunda para cotejar que no haya errores del laboratorio y si la segunda ELISA es positiva, es necesario realizar una prueba confirmatoria llamada Western Blot.

8.2.15. ¿Dentro del período de ventana inmunológica puede ser curable el VIH?

Una vez el virus infecta nuestro cuerpo no es curable, la infección por VIH no tiene cura hasta el momento. Durante la ventana inmunológica, el organismo infectado por el VIH, está creando la respuesta inmunitaria ante la infección por el virus. En esta fase no es probable detectar la presencia del virus a través de la prueba de anticuerpos, denominada ELISA y la persona infectada, por lo general, no presenta síntomas. Por ello, lo recomendable es realizar esta prueba al cabo de las 12 semanas después de la posible exposición al virus. Durante este tiempo, se deben observar las medidas de prevención necesarias para evitar una posible reinfección con otra cepa de este virus y evitar una posible diseminación del virus entre la(s) pareja(as) sexual(es).

8.2.16. ¿La infección por VIH es siempre mortal?

La infección por VIH-SIDA no es mortal o letal. Sin tratamiento la infección por VIH conduce al SIDA que lleva a la muerte, pero estos procesos no ocurren de manera inmediata. Pueden pasar al menos 3 años con la infección por VIH sin SIDA y luego, si se entrara en fase SIDA sin tratamiento, puede pasar un año o más antes del deterioro que lleva a la muerte.

Pero el panorama ha cambiado: hay tratamientos que detienen o reducen notoriamente la velocidad de la progresión de la infección por VIH y permiten que

las personas infectadas por el virus vivan sana y productivamente durante muchos años. Con el tratamiento adecuado por personal idóneo, el VIH mortal se ha convertido en una infección crónica tratable y la expectativa de vida se ha incrementado en mucho más de 10 años sin SIDA.

8.2.17. ¿Qué tratamientos existen para la infección por el VIH?

Existen diferentes tipos de fármacos para tratar la infección por VIH. Esos medicamentos actúan en diferentes fases del proceso que utiliza el virus para reproducirse. Como el VIH cambia rápidamente y se vuelve resistente a la monoterapia (un solo fármaco), a los medicamentos administrados de forma temporal, los pacientes deben tomar una combinación de fármacos de manera rigurosa, tal como lo establezca el especialista infectólogo o internista, para lograr la menor replicación posible de copias del virus. Esta terapia farmacológica es denominada antirretroviral. Entre los fármacos existentes se encuentran: Zidovudina (AZT), didanosina (DDI), lamivudina (3TC), estavudina (D4T), ritonavir, indinavir, nelfinavir, efavirenz, entre otros. Si se trata de un miembro de la pareja con diagnóstico reciente y su pareja ya toma medicamentos, resulta ideal que se haga el examen para detectar a qué medicamentos es ya resistente el virus adquirido y así, el especialista podrá instaurar el esquema antirretroviral más adecuado y con el cuál se logre efectivamente eliminar la mayor población de virus en sangre.

8.2.18. ¿Cuándo habrá una vacuna?

Aunque los expertos creen que será posible desarrollar una vacuna contra el VIH, es probable que pasen varios años antes de que haya una vacuna disponible para su uso generalizado. Es claro que una vacuna impediría que más personas se infectaran pero no tendría lugar en el caso de las personas que ya viven con el virus.

8.2.19. Dolor

Según Guyton (1989:590), “el dolor es un mecanismo protector del cuerpo; se produce siempre que un tejido es lesionado, y obliga al individuo a reaccionar en forma refleja para suprimir el estímulo doloroso”, nos encontramos ante el dolor alarma, el dolor funcional, el dolor útil. El dolor, pues, es una reacción constructiva del organismo que permite detectar, localizar e identificar los procesos que producen daño (daño tisular, daño a los tejidos, al organismo). Su ausencia puede causar lesiones incluso llevar a la muerte (Carlson, 1994; Casal, 2001).

8.2.20. Vulnerabilidad biológica

La estructura del cuerpo de la mujer hace que tenga al menos el doble de posibilidades de contraer el VIH de un hombre infectado. Ello se debe a que en una relación sexual ella es la receptora y el semen infectado permanece en la vagina durante bastante tiempo después del coito, de modo que el virus tiene más oportunidades de introducirse en el torrente sanguíneo. Cualquier corte o llaga que haya en la pared vaginal aumenta enormemente el riesgo, puesto que el VIH tiene entonces una vía de acceso directo a la sangre. Estas llagas pueden derivarse de infecciones de transmisión sexual y cáncer de cuello uterino, o de relaciones sexuales <duras> o violentas. Así mismo, una lubricación escasa debido a la edad o a la biología, o a la falta de estimulación previa al coito, las hace más susceptibles de sufrir un desgarramiento en la pared vaginal durante el acto sexual, incrementándose así la posibilidad de infección.

8.2.21. Desigualdad entre los sexos (desigualdad de género)

El género es una forma que tiene la sociedad de definir los roles y las responsabilidades de hombres y mujeres. Es una construcción social que nunca ha sido buena para las mujeres y, en el contexto del SIDA, está demostrado ser perjudicial también para los hombres. Casi sin excepción, las sociedades y las

culturas de todo el mundo preparan a los hombres para una masculinidad que aplaude las relaciones sexuales con múltiples parejas y la heterosexualidad. Esta idea presiona a jóvenes y adultos para que tengan relaciones sexuales, y además con mucha frecuencia, con lo que corren el riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual, entre ellas el VIH/SIDA.

8.2.22. Cambios psicosociales en pacientes portadores del VIH/sida

Las reacciones de las personas a la infección por VIH son muy variables, pero casi todas comparten en cierta medida sentimientos de ira, depresión, fatiga, temor y culpa. Algunas personas notan más uno que otro de estos sentimientos en un momento dado; cada cual, también, los siente con mayor o menor intensidad. Otras personas los sienten todos, o una mezcla de varios a la vez. Estos sentimientos son parte de la naturaleza humana y, además, son la reacción lógica de una persona al enterarse que está infectada por VIH. En cierto modo, estos son probablemente inevitables.

8.2.22.1. Ira

Un motivo para sentir ira es lo injusto de la situación. En primer lugar, es injusto que haya tenido que ser uno el elegido por el virus, el estigma social, el rechazo e incluso, el abandono que al parecer, provoca este virus no son justos. Algunas personas expresan la ira directa y abiertamente, por lo general en privado. La ira es una respuesta natural y justificable a esta infección. Toda persona necesita sentir libremente su enojo, y también necesita aprender a expresar ese enojo de manera apropiada.

8.2.22.2. Depresión

La depresión es uno de los sentimientos más dolorosos que una persona pueda tener. La gente dice que se siente sola y desamparada en un mundo indiferente,

que pierde interés por las cosas, que no tiene energía y por lo general, se siente cansada, vacía y sin interés por las cosas que normalmente le interesaban. Los enfermos se sienten tristes y alejados de sus amigos, familiares, vecinos, compañeros de trabajo. Dudan de si mismos o se culpan o se sienten que han fracasado.

Cuando las personas afrontan la pérdida de la esperanza se sienten desamparadas; sienten que no tienen otra alternativa sino continuar sintiéndose deprimidas; que no tienen voluntad para cambiar como se comportan ni como se sienten. Algunas personas especialmente al inicio del proceso de la infección piensan en el suicidio.

En la depresión se encuentran varias causas entre las cuales encontramos la sensación de estar atrapado en una situación frustrante, descorazonadora; otra causa de la depresión es la predisposición: quienes han estado deprimidos antes de su diagnóstico pueden ser más propensos a deprimirse después.

8.2.22.3. Fatiga

La fatiga suele acompañar a la depresión: las personas que afrontan la depresión no solo pierden la esperanza sino también su energía física. Están cansadas, a veces exhaustas, en condiciones apáticas. La fatiga también es un resultado indirecto de la infección por VIH, causada en parte, porque priva al organismo de sus fuentes de energía.

8.2.22.4 Temor y Realismo

Las personas temen aquello que no comprenden y no pueden controlar, les da miedo ser pacientes hospitalizados, o someterse a pruebas y procedimientos médicos dolorosos, temen la dependencia, el rechazo; las personas con VIH temen lo que la infección pueda hacerles: tienen miedo de quedarse ciegos, o

perder sus habilidades cognoscitivas, tienen miedo a morir. Dicen que no solo temen a la muerte, sino a la forma en que se vaya a presentar. Todos estos temores son respuestas realistas a una situación que de hecho, incluye la posibilidad de enfermedad, dolor, dependencia, rechazo y muerte.

8.2.22.5. Culpa y Autoestima

Una de las múltiples peculiaridades de la infección por VIH es la cantidad de culpa que parece inspirar. Las personas se sienten culpables por haberse infectado; piensan que por alguna razón deben ser censurados por haber contraído el virus, que ellos mismos dieron pie a la infección.

La culpa no necesariamente tiene una causa. Igual que el temor, es un sentimiento que no tiene o no que ver con la realidad. Algunas personas hicieron a sabiendas algo que no deberían haber hecho. Tal vez sabían que corrían un riesgo cuando se infectaron. Otros aceptan la culpa de algo sobre lo cual no tenían el control. Quizá no sabían nada sobre el virus, pensaban que estaban tomando medidas apropiadas para evitar la infección, o, sin saberlo, recibieron sangre infectada. La culpa, igual que todas las otras reacciones a esta infección, es un sentimiento humano natural.

Quizás, la culpa provenga de la idea de que la buena conducta merece recompensa, y la mala merece castigo, y puesto que el virus se percibe como un castigo, deben haberse comportado mal. Es posible que la censura de la sociedad funcione de la misma manera; las personas se sienten aisladas y castigadas, de tal manera que piensan que deben haber hecho algo malo para merecer ese castigo. Ambas posibilidades se basan en una lógica equivocada, y son simplemente erróneas.

8.2.22.6. Simpatía y Preocupación

Con la imaginación nos colocamos en (sus) situaciones, nos concebimos soportando todos los mismos tormentos, entramos como si fuera dentro de (sus) cuerpos, y es cierta medida nos convertimos en la misma persona de ellos... no solo sentimos una pena igual a la que ellos sienten, sino también sentimos como si hubiéramos derivado una parte de ella hacia nosotros mismos; lo que sentimos parece aliviar el peso de lo que ellos sienten... La dulzura de (nuestra) simpatía compensa con creces la amargura de esa pena.

(Adam Smith, Teoría de los sentimientos morales, 1892)

Todas las personas necesitamos relacionarnos unas con las otras. La palabra simpatía proviene del término griego que significa “sentir junto con” o, de manera más literal “sufrir en común”. Cuando vemos a alguien que sufre, también nosotros sufrimos. Es así como dijo Adam Smith, nos convirtiéramos en cierta medida en la misma persona. Cuando alguien se compadece de nosotros, nuestro dolor se alivia. Es como si pudiéramos dividir el mismo paquete de dolor entre los dos.

Para las personas con infección con VIH, la simpatía equivale a una cura. Reconforta, sustenta, alivia; es un antídoto para el dolor, la soledad y la pérdida³¹.

8.2.23. Suicidio

El riesgo de suicidio aumenta en las enfermedades físicas crónicas. Además, generalmente existe una tasa aumentada de trastorno psiquiátrico, especialmente depresión, en personas con enfermedad física. La cronicidad, la inhabilidad y el pronóstico negativo se correlacionan con el suicidio.

³¹ John G. Bartlett. Ann K. Finkbeiner. Guía para vivir con VIH/SIDA. Editorial Diana. México. 1996

La infección por VIH/SIDA representa un riesgo aumentado de suicidio en los jóvenes. El riesgo es mayor al momento de la confirmación del diagnóstico y en las etapas tempranas de la enfermedad.

Como identificar los pacientes con alto riesgo de suicidio

En primer lugar es necesario tener en cuenta que varios factores individuales y socio-demográficos clínicamente útiles están asociados con el suicidio:

- ✓ Trastornos psiquiátricos (generalmente depresión, alcoholismo y trastornos de la personalidad)
- ✓ Enfermedad física (enfermedad terminal, dolorosa o debilitante, SIDA)
- ✓ Intento de suicidios previos
- ✓ Historia familiar de suicidios, alcoholismo y/u otros trastornos psiquiátricos
- ✓ Vivir solo (aislado socialmente)

Si un paciente está perturbado emocionalmente con pensamientos suicidas bajos, la oportunidad de ventilar sus pensamientos y sentimientos ante un médico que demuestre interés, puede ser suficiente. La oportunidad de un seguimiento posterior debe dejarse abierta, especialmente si el paciente tiene un inadecuado apoyo social.

Sin importar el problema, los sentimientos de una persona suicida son usualmente una triada de desamparo, desesperanza y desespero. Los tres estados más comunes son:

- ✓ Ambivalencia: es una batalla de vaivén entre el deseo de vivir y el deseo de morir.
- ✓ Impulsividad: es un fenómeno impulsivo y el impulso por su misma naturaleza es transitorio.

- ✓ Rigidez: las personas suicidas son rígidas en su pensamiento, su humor y su actuar y su razonamientos sufren dicotomía en términos de uno u otro³².

³² Jorge Téllez Vargas. Jorge forero Vargas. Suicidio – Neurobiología, factores de riesgo y prevención. Mismos Autores. 2006

8.3 MARCO CONTEXTUAL

- A NIVEL MUNDIAL

6° Objetivo De Desarrollo Del Milenio

Meta 6A: Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la propagación del VIH/SIDA

6.1 Prevalencia del SIDA entre la población 15 a 24 años

6.2 Uso del preservativo en prácticas sexuales de alto riesgo

6.3 Porcentaje de población de entre 15 y 24 años con un conocimiento adecuado e integral del VIH/SIDA

Meta 6B: Lograr, para 2010, el acceso universal al tratamiento de la infección por VIH a quienes lo necesiten

6.5 Porcentaje de personas con infección avanzada por VIH con acceso a los medicamentos antirretrovirales

- A NIVEL REGIONAL

La OPS/OMS lanza el Plan Regional de VIH/ITS para el Sector Salud 2006 - 2015 para fortalecer la respuesta del sector de la salud a la infección por el VIH y las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) en los componentes de liderazgo, prevención, atención tratamiento y seguimiento a la epidemia y a la respuesta dada en todos los países de las Américas con el objetivo de alcanzar el acceso universal a la prevención, los cuidados y el tratamiento para el año 2010 y revertir la tendencia de la epidemia de VIH para el 2015.

UNICEF lanza la Campaña Global “Únete por la Niñez, Únete con la Juventud, Únete para Vencer el sida” 2005-2010 para la prevenir la transmisión vertical del VIH, proveer terapia antirretroviral pediátrica, prevenir la infección VIH en niños y jóvenes y proteger y atender a los niños afectados por el sida.

En junio de 2005, la Junta de Gobierno (PCB) del ONUSIDA, compuesta por los Estados Miembros, las organizaciones co-patrocinadoras de las Naciones Unidas y la sociedad civil, aprobaron un documento de posición política para la intensificación de la prevención del VIH con el objetivo final de lograr el Acceso Universal a la prevención, tratamiento y atención del VIH al año 2010.

En la Cumbre del G8, Gleneagles – Escocia, 2005, se hizo el compromiso de desarrollar y aplicar un conjunto de medidas de prevención, tratamiento y atención del VIH, con el propósito de acercarse lo máximo posible al acceso universal a tratamiento para todos aquellos que lo necesiten para 2010.

El Documento Final de la Cumbre Mundial 2005 de la Asamblea General de la Naciones Unidas también adoptó el concepto de aumento progresivo con miras al acceso universal.

Los países andinos no estiman en forma sistemática el tamaño de las subpoblaciones más expuestas al VIH como el número de Hombres que tienen relaciones Sexuales con otros Hombres (HSH) y el subgrupo de jóvenes HSH entre 15-24 años; de personas dedicadas al trabajo sexual; de usuarios de psicoactivos inyectables; de población migratoria o desplazada, entre otros, por tanto no se tienen referentes poblacionales para dimensionar las respuestas de prevención, atención y estimar las brechas en infraestructura, insumos y recursos humano requeridos para alcanzar acceso universal a servicios integrales en VIH.

La vigilancia epidemiológica básica, biológica o de primer nivel se basa en la notificación individual de personas con diagnósticos nuevos de infección por VIH,

muerdes por sida y en algunos países el paso de infección VIH a sida; este sistema está afectado por subregistro significativo, a pesar que los países han hecho esfuerzos para reducirlo en los últimos dos años.

Los sistemas de vigilancia de la infección VIH en los países no logran precisar el número real de personas con VIH que se mantienen activas y consultando en los sistemas de salud; tampoco hay precisión sobre el número de personas que requieren TARGA³³ o sobre el seguimiento a las personas que reciben TARGA: cuantas personas se encuentran en su primer esquema antirretroviral, proporción de personas en terapia de rescate, tiempos de supervivencia con TARGA, continuidad del suministro de la terapia por los sistemas de salud.

La vigilancia epidemiológica de segunda generación se encuentra en fases incipientes de implementación en la subregión. Colombia, Perú y Chile han realizado estudios centinelas para estimar prevalencia de VIH en población general y subpoblaciones más expuestas, pero se han empleado metodologías, tamaños de muestra y representatividad de las poblaciones observadas con diferencias significativas, lo que dificulta la comparación de los resultados; Bolivia tiene tres puestos centinela y otros países han realizado estudios de prevalencia puntuales en poblaciones más expuestas pero presentan limitaciones metodológicas que dificultan la extrapolación de resultados a los grupos poblacionales.

- A NIVEL LOCAL

Metas Colombia

Para el 2015 haber mantenido la prevalencia de la infección por debajo del 1.2% en poblaciones de 15 a 49 años.

³³ **TARGA:** Tratamiento antirretroviral de gran actividad.

Establecer una línea de base en el quinquenio 2005-2010 para lograr medir la mortalidad por VIH/SIDA y reducirla en un 20% durante el quinquenio 2010-2015.

Reducir en 20% la incidencia de transmisión madre-hijo durante el quinquenio 2010-2015, en comparación con el quinquenio 2005-2010.

Para 2010, aumentar en 15 % la cobertura de terapia antirretroviral a las personas que lo requieran, y para 2015, elevar esta cobertura en 30%.

- BOGOTÁ

La manera de enfermar y morir en Bogotá ha cambiado. Se pasó del predominio de las enfermedades infecciosas de hace tres décadas, al de las enfermedades crónicas. En materia de VIH /SIDA, la ciudad tiene un notable sub-registro porque las infecciones de transmisión sexual comenzaron a ser notificadas solo a partir de 2000. La epidemia se concentra en los grupos de alto riesgo y vulnerabilidad, entre personas de 15-44 años, especialmente adolescentes y hay tendencia al aumento en mujeres.

Las estadísticas del año 2003 dan cuenta de lo descrito. Según ellas, el 52% del total de casos de VIH notificados en Bogotá durante ese periodo se concentran en las seis localidades declaradas en emergencia social y el 34% en tres de ellas (Kennedy, Ciudad Bolívar y Suba).

Las cifras mostraron que el 44% de las muertes por VIH/Sida se dieron en las seis localidades en emergencia y el 24% en las últimas tres antes mencionadas, lo que indica que la pobreza incrementa la vulnerabilidad al VIH y éste, a su vez, incrementa la pobreza por sus efectos devastadores sobre la productividad de las

personas y la calidad de vida, cerrándose uno de los principales círculos de mantenimiento y fortalecimiento de la infección.

La inequidad de género determina la mayor vulnerabilidad de la mujer. Las mujeres ignoran casi por completo la situación de riesgo de infección por VIH en la que se encuentran e, igualmente, son sometidas a abuso sexual y violencia, determinando su alta vulnerabilidad a las ITSs y el VIH. En nuestra cultura las mujeres aun carecen de poder para negociar el uso del condón con sus parejas, lo que se reflejó en los datos sobre uso del condón en mujeres y hombres, arrojados por el estudio centinela de Bogotá de 2002 – 2003, que muestran diferencias significativas en el uso del condón por personas de los dos sexos (43,1%, en hombres y 31,6% en mujeres).

La tendencia hacia la heterosexualización del VIH/Sida indique que la mayor parte de las mujeres se infectan no solo por sus propios comportamientos de riesgo sino por los de su pareja. Esta situación está mediada por la inequidad de género que determina relaciones de poder y sometimiento y la mayor vulnerabilidad de las mujeres frente a sus parejas, lo cual interfiere en la generación de su corresponsabilidad ante el autocuidado. Consideraciones sobre que el matrimonio y la estabilidad con la pareja puedan ser una vacuna suficiente contra la infección, hacen parte de las ideas prevalentes en nuestra cultura, determinando para las mujeres una gran vulnerabilidad al VIH, expresada en cifras como las que demuestran el vertiginoso ascenso en el número de casos de VIH en mujeres y la disminución de la relación hombre – mujer, mientras que al inicio de la epidemia, año 1984, por cada 57 hombres se presentaba una mujer afectada, para el año 2003, por cada 4 hombres hay una mujer viviendo con el virus.

En el Hospital Simón Bolívar el primer caso de VIH reportado fue en septiembre de 1986, hasta la fecha se han atendido 450 pacientes. En el momento se encuentran

activos 63 pacientes hospitalizados; 170 pacientes se encuentran en tratamiento, 50 de ellos son mujeres; de enero de 2008 a la fecha se han atendido 203 pacientes con VIH, 58 de ellos son mujeres; 172 pacientes con SIDA, 20 de ellos son mujeres.

8.4. MARCO INSTITUCIONAL

El Hospital Simón Bolívar es una Institución Prestadora de Servicios de Salud de carácter público que tiene naturaleza de Empresa Social del Estado, adscrita a la Secretaria Distrital de Salud de Bogotá, la cual ofrece servicios de alta complejidad en una amplia gama de especialidades y subespecialidades.

Estamos catalogados como centro de referencia para las instituciones de I y II nivel de atención que conforman la Red Norte del Distrito Capital de Bogotá y para entidades territoriales circunvecinas; colocamos a su disposición 25 años de experiencia y conocimiento científico, consolidado en un ambiente académico y docente-asistencial, a través de un equipo humano altamente calificado, con procesos de mejoramiento continuo de calidad centrados en nuestros usuarios.

VISIÓN

En el año 2010 el hospital Simón Bolívar hará parte de los líderes en la prestación de servicios de salud de alta complejidad por su calidad y cobertura, siendo artífice de la formación de recurso humano en salud, que sin perder su sentido social, será económica y financieramente autosostenible.

MISIÓN

Prestar servicios de salud de alta complejidad con calidad científica, calidez humana y principios éticos a la población que lo requiera, contando con personal idóneo, apoyándose en la formación académica y en el desarrollo de la investigación, contribuyendo a la preparación de recurso humano en salud competente y comprometido.

SERVICIOS

El siguiente listado contiene todos los servicios que presta el Hospital Simón Bolívar en cuanto al carácter médico.

- Hospitalización
- Urgencias
- Cirugía
- Medicina Interna
- Especialidades Quirúrgicas
- Servicio de Ortopedia, Traumatología y Cirugía de Mano
- Ginecología y Obstetricia.
- Pediatría General y Especialidades.
- Unidad de Recién Nacidos.
- Unidad de Cuidados Intensivos Pediátrica y Adultos.
- Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).
- Salud Mental.
- Unidad de Quemados y Cirugía Plástica.
- Medicina Física y Rehabilitación.
- Salud Oral.
- Apoyo Diagnóstico y Terapéutico.

8.5. MARCO LEGAL

En la Constitución Política de 1991 se le brinda al tema de la seguridad social una gran importancia, por lo que en 1993 se promulgo la ley 100 que crea y regula el sistema de seguridad social integral.

Dada la naturaleza del nuevo SGSSS (mercado regulado por el Estado), su desarrollo futuro depende de la forma como el marco constitucional y legal, se traduzca en normas y estas, a su vez en proceso de ajuste institucional que respondan con servicios que satisfagan las necesidades de salud de la población. Todo esto, por supuesto, bajo el ojo del aparato regulador del Estado, que vigila y controla la aplicación de las normas.

En la práctica, sin embargo, la transformación del SGSSS avanza en forma lenta y traumática, particularmente para las personas con VIH y SIDA. Por ejemplo, el POS estableció la atención integral con VIH y SIDA; no obstante, estas personas continúan experimentando grandes dificultades tanto para la inscripción a las EPS como para el acceso a la terapia antirretroviral (TAR). Para acceder a estos medicamentos, las personas con VIH y SIDA se ven obligadas a recurrir a la acción de tutela, invocando el derecho fundamental a la vida.

Ahora bien, por lo menos la mitad de las personas viviendo con VIH y SIDA no están cubiertas por el sistema; en principio tienen acceso al sistema como participantes vinculados (régimen de transición), quienes por motivos de incapacidad de pago y mientras logran ser beneficiados del régimen subsidiado o del régimen contributivo, tienen derecho a los servicios de atención en salud a través de las Direcciones Territoriales de Seguridad Social en Salud (DTSS), que a su vez subcontratan las Empresas Sociales del Estado (E.S.E.) o a la IPS privadas. Sin embargo las DTSS no cuentan con los recursos económicos suficientes para cubrir de forma continua y adecuada el suministro de los medicamentos antirretrovirales.

8.5.1. Derechos Humanos y Sexuales

Desde el marco conceptual de la bioética, los derechos humanos se basan en tres principios fundamentales que son:

- ✓ Autonomía: posibilidad que debe tener la persona en tomar sus propias decisiones en materia de salud.
- ✓ Beneficencia / no-maleficencia: toda intervención en salud deberá propender hacia el bienestar del paciente y no perjudicarlo.
- ✓ Justicia: se relaciona con la igualdad de oportunidades ante tratamientos médicos y sistemas de salud.

Los derechos humanos son preexistentes a toda forma de organización política o jurídica, inalienables ya que no se pueden quitar o ceder e inherentes al ser parte del ser humano.

En Colombia, los derechos fundamentales amparados por la Constitución Nacional son:

A la vida, a la libertad, a no ser sometido a desaparición forzada, torturas, ni a tratos crueles o degradantes, libertad e igualdad ante la ley, reconocimiento de personalidad jurídica, intimidad, buen nombre, libre desarrollo de la personalidad, prohibición a la esclavitud, servidumbre y trata de seres humanos, libertad de conciencia, de cultos, de expresión, de pensamiento, de opinión, derecho a la honra, a la paz, a presentar peticiones a las autoridades, a la libre circulación, al trabajo, libertad de profesión u oficio, de enseñanza, aprendizaje, investigación y cátedra, al debido proceso, al habeas corpus, apelación a sentencia judicial, libre asociación, etc.

Con relación a los derechos humanos de la población en general y de las personas viviendo con VIH y SIDA en particular, gozan de una amplia protección

por parte del Estado. En este sentido, existe en Colombia una basta legislación inspirada sobre el marco de acuerdos mundiales.

Estas medidas, como las acciones de sensibilización e información, promovidas en forma conjunta por el Ministerio de Salud y las organizaciones no gubernamentales (ONG), han contribuido en forma positiva a lograr un clima de mayor tolerancia hoy en día, frente a las personas con VIH y SIDA.

No obstante, hacen falta más esfuerzos de divulgación. Por ejemplo, el decreto 1543 ratifica el derecho a la confidencialidad, igualdad y no discriminación de las personas con VIH y SIDA.

8.5.2. LEYES

Acuerdo 143 de 2005:

"Por el cual se dictan unas disposiciones en materia de prevención, control y tratamiento del síndrome de inmunodeficiencia humana VIH y del SIDA en Bogotá, D.C." (Anexo 3)

Ley 972 de 2005:

"Por la cual se adoptan normas para mejorar la atención por parte del Estado colombiano de la población que padece de enfermedades ruinosas o catastróficas, especialmente el VIH/Sida". (Anexo 4)

POLÍTICA DISTRITAL - "SEXUALIDAD SIN INDIFERENCIA":

Infección por el Virus de inmunodeficiencia humana VIH y Sida. (Anexo 5)

8.6. MARCO METODOLÓGICO

8.6.1. INVESTIGACIÓN CUALITATIVA

La investigación que se realizara esta orientada en una metodología cualitativa, la cual pretende conocer la realidad del objeto de la investigación desde el punto de vista de los propios sujetos de estudio, pretende conocer a las personas en su contexto, llegando a saber lo que sienten para poder comprender y entender su realidad frente de la vida con su interaccionismo simbólico.

La investigación cualitativa no intenta, por tanto, medir la extensión de los fenómenos, sino que busca describir qué existe, cómo varía en las diferentes circunstancias y cuáles son las causas subyacentes. Intenta describir cómo las personas dan sentido a su entorno social y en qué manera lo interpretan. El foco de la investigación, por tanto, se centra en la búsqueda de explicaciones subyacentes, percepciones, sentimientos y opiniones de los sujetos del estudio.

Para el investigador cualitativo todas las perspectivas son valiosas, no busca “la verdad”, sino una comprensión detallada de las perspectivas de las personas que participan en el estudio, y para ello, debe apartar sus propias creencias, perspectivas y predisposiciones.

8.6.1.1. La investigación cualitativa en las ciencias de la salud

La investigación cualitativa ha comenzado a cobrar importancia en las últimas décadas en el campo de la salud, debido en gran parte, a que el interés mostrado por los investigadores sociales en las instituciones sanitarias motivó que se alertara sobre la necesidad de abordar determinados problemas de salud desde perspectivas bien distintas a la puramente biomédica, perspectivas que admiten la subjetividad, ya que cuando las investigaciones se dirigen a problemas de salud

en sus dimensiones sociales o culturales, los modos de análisis basados en la estadística se quedan casi siempre estrechos.

Además, la probada relación entre determinados problemas de salud y los estilos de vida, explica, también, el interés por los abordajes cualitativos en materia de salud.

9. COMPONENTE INVESTIGATIVO

9.1. METODOLOGÍA

Esta investigación de tipo cualitativo participativo; enfoque de trabajo social vista desde la teoría del construccionismo social; involucrara el rol del trabajador social en el área de la salud, desarrollando una metodología que agrupa propuestas metodológicas cuyo interés es describir e interpretar las diversas situaciones sociofamiliares, teniendo en cuenta sus protagonistas; este enfoque cualitativo busca comprender la realidad social que no vemos a simple vista, pero que está inmersa en la subjetividad ya que se percibe la realidad de los portadores, desde su contexto y como participan en la creación de su percepción social de la realidad, a través de conversatorios, entrevistas y fichas sociales; técnicas que aportaran la comprensión e interpretación de la intervención de trabajo social con mujeres VIH, de una manera eficiente.

Se tomó el construccionismo social, cuya teoría se centra en interpretar las maneras en las cuales los individuos y los grupos participan en la creación de su percepción social de la realidad. Implica mirar las maneras como son creados e institucionalizados los fenómenos sociales, que luego son convertidas en tradiciones por los seres humanos. La realidad social construida se considera como en curso, proceso dinámico; la realidad es reproducida por la gente que actúa en sus interpretaciones y su conocimiento por medio de las experiencias e interacciones con personas que se ubican en un mismo escenario, acentuando su vida cotidiana.

La población a investigar son mujeres VIH positivo del Hospital Simón Bolívar, que asisten a los servicios de hospitalización y consulta externa. El número de población es variable, se va a definir por la revisión documental de Historias Clínicas con diagnóstico reciente de VIH. Se escogieron mujeres por el interés de realizar un análisis con perspectiva de género, ya que los estudios e

investigaciones se han enfocado constantemente en el género masculino. Adicionalmente las cifras de mujeres portadoras del VIH se han incrementado y continúan con dicha tendencia, por esta razón la investigación se realizara con mujeres en edad reproductiva.

La muestra para la investigación son 7 mujeres en edad reproductiva con diagnóstico reciente de VIH positivo en el Hospital Simón Bolívar.

Las portadoras a quienes se tendrá acceso para esta investigación se caracterizan por ser mujeres entre los 18 y 35 años, que se identifican por estar en edad reproductiva fértil, aclarando que aunque la edad reproductiva no inicia a los 18 años, no fue posible incluir a mujeres menores de 18 años en la investigación, por motivo de ser una población protegida para investigación, primero por ser mujeres con VIH, segundo por estar embarazadas y por ultimo y el más importante por ser menores de edad.

Las técnicas de recolección de información, aprobados por el Comité de Ética e Investigación del Hospital Simón Bolívar, son:

- Revisión documental de 7 Historias Clínicas
- Fichas sociales, que incluirán datos generales, datos censales, actividades que realiza el paciente, factores de riesgo y aspectos familiares, laborales y sociales. estos datos nos permitirán identificar aspectos relevantes para entender las relaciones sociofamiliares y como influyen con el paciente. El formato de ficha social contiene 4 categorías compuestas en 42 ítems. (ver anexo 2)
- Entrevistas semiestructuradas, según formatos diseñados para la investigación, con el objetivo de identificar los imaginarios y las

representaciones sociales percibidas por las mujeres VIH positivo en torno a los constructos sociales del VIH – SIDA. Entrevista que se caracteriza por permitir un dialogo fluido entre el entrevistado y el entrevistador. El formato de entrevista contiene 5 preguntas abiertas, y 12 cerradas con justificación.(ver anexo 2)

Se utilizará la hermenéutica para operacionalizar la investigación; teniendo en cuenta que la hermenéutica es la ciencia universal de la interpretación y de la comprensión o entendimiento crítico y objetivo del sentido o significado de las interacciones, donde uno generalmente está comprometido con otros.

POBLACIÓN: Mujeres de 18 a 45 años, en edad reproductiva fértil, que habitan en Bogotá o Cundinamarca, hospitalizadas ó pertenecientes al programa del Hospital Simón Bolívar, con diagnostico reciente de VIH positivo.

MUESTRA: 7 Mujeres de 18 a 45 años, en edad reproductiva fértil, que habitan en Bogotá o Cundinamarca, hospitalizadas ó pertenecientes al programa del Hospital Simón Bolívar, con diagnostico reciente de VIH positivo.

9.2. DISEÑO METODOLÓGICO

Para abordar esta investigación se realizaran inicialmente unos acercamientos a las usuarias que se encuentren hospitalizadas en el Hospital Simón Bolívar, con diagnostico de VIH positivo con el fin de conocerlas y realizar la valoración de trabajo social pertinente en compañía de las Trabajadoras Sociales del Hospital.

La entrevista como forma de diálogo social deja de ser una simple entrevista cuando el investigador posee pautas de reflexión metodológica que guían la conversación con el entrevistado; de esta forma, dice Goffman “La entrevista es una acercamiento a la figura del individuo como un actor, que desempeña un modelo de rol social, y este desempeño de un código es una idealización; pues

tiende a moldear un desempeño según la forma ideal del rol pertinente; la entrevista así, tiende a producir una expresión individual de una individualidad socializada por una mentalidad cotidiana estructurada por hábitos lingüísticos y sociales”³⁴.

³⁴ Delgado Juan Manuel y Gutiérrez Juan. Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales. Página 237. Editorial Síntesis. España 1.995.

10. HALLAZGOS DE LA INVESTIGACIÓN

*“Será la herida misma la que fuerce a vivir”
Frednch Nietzsche*

10.1. Encuestas

Con el fin de elaborar un diagnóstico acerca de los imaginarios construidos socialmente en torno al VIH, se realizaron 10 encuestas a usuarios del hospital, 5 hombres, dos de ellos portadores del virus y 3 no portadores y 5 mujeres, dos de ellas portadoras del virus y 3 no portadoras. (Anexo No. 1)

En la escogencia de este grupo quisimos equilibrar los aportes tanto de hombres como de mujeres. También consideramos importante realizarla con pacientes del Hospital, de los cuales algunos fueran portadores y otros no y así poder comparar sus apreciaciones.

De las encuestas realizadas se obtuvo la siguiente información:

- 8 de las 10 personas consideran que el SIDA es contagioso.

A pesar del SIDA ser una enfermedad catastrófica ampliamente difundida por los medios de comunicación, y de los las campañas de educación y concientización, todavía hay gente que no conoce acerca del VIH y de las vías de transmisión de la enfermedad. “La vida cotidiana... se nos presenta como una realidad ordenada, es decir el actor percibe la realidad social como independiente de su propia aprehensión. En otras palabras la realidad se presenta como algo externo a su individualidad, que además se le impone. Desde este punto de vista, no es posible poner en cuestión la realidad de la vida cotidiana, no solo porque la consideramos como ya objetivada, sino porque vivimos cómodamente en ella. Y es en ella donde realizamos nuestras propias acciones, lo que significa poner en duda nuestra

misma forma de obrar y de pensar”.³⁵ Es por este motivo que las personas consideran ajena a su realidad la posibilidad de contraer el VIH, pensando que solo lo pueden contraer los grupos de alto riesgo.

- 2 de las 10 personas encuestadas consideran que los portadores del virus deben vivir aislados de la comunidad.

Vemos como estos imaginarios pueden estar afectando la convivencia entre portadores y no portadores, ya que el considerar aislar a los portadores es un factor de discriminación. Sin embargo, es importante tener en cuenta la edad y escolaridad de las dos personas que consideraron aislar el paciente, puesto que se trata de personas de género masculino, en edades comprendidas entre los 45 y 54 años, con un nivel de escolaridad entre ninguna y primaria, que posiblemente no han tenido acceso a información clara y oportuna sobre la enfermedad.

- 9 de las 10 personas encuestadas consideran que los portadores del virus deben hacerse responsables de su enfermedad.

Esto es un valor representativo, ya que tanto portadores como no portadores consideran que el paciente debe hacerse responsable de su enfermedad, esto debido a que es una enfermedad que no solo afecta al individuo sino a su entorno social, por un lado la posibilidad de seguir transmitiendo el virus y por otro lado todos los cambios psicosociales que se presentan tanto en el portador como en su entorno, afectando su convivencia o relaciones interpersonales a nivel familiar, laboral o social.

- 9 de las 10 personas encuestadas consideran que el gobierno debe apoyar a los enfermos del VIH/SIDA.

La mayoría de las personas relacionan al Estado como el ente regulador que garantiza el bienestar social, siendo el SIDA un alterador de dicho bienestar, el Estado se ha visto en la necesidad de emitir legislación que garantice el acceso a

³⁵Caporali Rodríguez Enrique y Sánchez José Fernando. Individuo, grupo y representación social. Editorial UNAD Bogotá. Pág. 81.

servicios de salud, disponibilidad de los medicamentos específicos, dichos derechos se ven relegados en la ley 972 de 2005 “Por la cual se adoptan normas para mejorar la atención por parte del Estado colombiano de la población que padece de enfermedades ruinosas o catastróficas, especialmente el VIH/Sida”, teniendo en cuenta que el SIDA es una enfermedad degenerativa del sistema inmunológico, y que el tiempo es valioso en el tratamiento, por lo que no pueden haber demoras en la prestación de servicios.

- 8 de las 10 personas encuestadas consideran que la familia debe convivir con un infectado del VIH.

Esto demuestra que la mayoría de las personas se apoyan en la familia en una situación de dificultad, siendo la familia el primer ente socializador del individuo y el núcleo de la sociedad, es allí donde se establecen vínculos directos de amor, comprensión, apoyo, solidaridad y unión.

- 4 de las 10 personas encuestadas consideran que la familia debe aislar al portador del VIH.

Se evidencia que todavía se sigue teniendo un temor frente a la enfermedad, por tabú, mitos y creencias de la misma, esto hace que la familia no rechace al individuo en forma directa pero si genere barreras de aislamiento a causa de este mismo temor.

- 2 de las 10 personas encuestadas consideran que el VIH se transmite por interactuar con el infectado.

En la actualidad se conocen generalidades acerca de la enfermedad, pero se tienen ciertos prejuicios o temores con los portadores que generan situaciones de discriminación, por ejemplo el temor a la transmisión del virus por contacto o por compartir objetos o lugares (cucharas, loza, camas, habitaciones, baño, etc.), hacen que la familia apoye al portador pero tenga actitudes de discriminación no

intencionales frente a este, viviendo y compartiendo con el portador pero diferenciando los utensilios de los portadores, de los de uso general de la familia.

- 10 de las 10 personas encuestadas consideran que la familia no debe abandonar al portador.

La familia siendo el centro de la sociedad acepta y se acostumbra a vivir día a día con el paciente, brindándoles una estabilidad emocional y económica, dicha estabilidad influye directamente en la salud mental y física de los pacientes. Esto se ve reflejado en las respuestas de los encuestados, donde consideran que la familia no debe abandonar al paciente.

- 8 de las 10 personas encuestadas consideran que la familia debe aceptar al portador del VIH.

La aceptación de los pacientes en las familias va ligada al imaginario de que aceptación en ocasiones es sinónimo de alcahuetería, por lo que hay familias que no los abandonan, pero si prefieren institucionalizarlos y estar pendientes de ellos pero de una forma más distante.

- 3 de las 10 personas encuestadas consideran que hay que desinfectarse al interactuar con un infectado por el VIH.

En la actualidad no es suficiente la educación acerca del tema, ya que por más información que la persona tenga no dejan de existir esos temores internos convertidos en prejuicios que distancian a los portadores al interactuar con ellos.

- 3 de las 10 personas encuestadas consideran que los homosexuales, prostitutas y promiscuos son los únicos que están en riesgo de contraer el VIH.

En las primeras décadas del VIH/SIDA se crea un paradigma en torno a la enfermedad, relacionando directamente la transmisión del virus con los homosexuales, prostitutas y drogadictos; paradigma que en la actualidad sigue

vigente a pesar que las cifras demuestren lo contrario, aunque fue una realidad en su momento, en la actualidad los índices de heterosexuales y mujeres en edad reproductiva fértil se están incrementando aún mas que los grupos anteriormente nombrados. Las personas que dieron estas respuestas son adultos mayores que residen en aéreas rurales.

- 5 de las 10 personas encuestadas consideran que quienes vivimos en condiciones normales no nos contagiamos con el VIH.

En la actualidad se sigue pensando en el VIH como algo ajeno a nuestra realidad al pensar que no estamos en riesgo de contraerlo, situación que puede ser peligrosa al no tener interés por la prevención de la transmisión de la enfermedad.

- 4 de las 10 personas encuestadas consideran que a quien se le diagnostica el VIH/SIDA es porque va a morir.
- 5 de las 10 personas encuestadas consideran que quien tiene el virus no puede llevar una vida normal.

En la actualidad no se conoce cura para el VIH, razón por la que se relaciona directamente con la muerte, considerando la expectativa de vida de los portadores como mínima, lo que se desconoce en la mayoría de los casos son los avances de los tratamientos y la ampliación de la esperanza de vida de los portadores.

- 2 de las 10 personas encuestadas consideran que el VIH/SIDA es un castigo de Dios.

Por la misma consideración de que los homosexuales, personas en situación de prostitución y drogadictos son los que están en riesgo de contraer la enfermedad, se atribuye la enfermedad como un castigo de Dios, queriendo justificar que por sus conductas inadecuadas han sido reprendidos y están pagando por lo que hicieron. Aunque es un porcentaje mínimo el que considera esto, aún sigue presente esta creencia en nuestra sociedad.

- 4 de las 10 personas encuestadas consideran que quien tiene la enfermedad del VIH no debe informarle a nadie su secreto.

Por el mismo paradigma nombrado anteriormente acerca de las causas de la enfermedad, se ha generado un temor social entre los portadores a hacer pública su condición, ya que pueden ser señalados o estigmatizados socialmente.

- 2 de las 10 personas encuestadas consideran que un enfermo de VIH/SIDA debe ser despedido de su empleo.
- 6 de las 10 personas encuestadas consideran que un portador del VIH puede ser empleado en cualquier empresa.
- 3 de las 10 personas encuestadas consideran que en las empresas deben existir espacios especiales para los portadores del VIH.
- 4 de las 10 personas encuestadas consideran que interactuar (hablar, saludar, salir, vivir, compartir, convivir, etc.) con un portador del virus puede ser peligroso.
- 7 de las 10 personas encuestadas consideran que todas las empresas deben diseñar programas de prevención hacia el VIH.

Las respuestas anteriores son reflejo del sentir de la gente hacia los portadores del VIH en el ambiente laboral. Por el mismo temor de las personas de compartir utensilios, objetos o lugares con los portadores, se considera que pueden estar en riesgo de contagiarse del virus si se comparten ambientes laborales, por lo que en ocasiones se genera un temor social y una discriminación como mecanismo de defensa del ser humano. Por lo anterior se ve la necesidad de crear programas a nivel social y laboral de prevención de la enfermedad y concientización de la no discriminación hacia los portadores, aclarando información como: que el VIH no se transmite por interactuar, dialogar, saludar, tocar o compartir espacios con un portador.

- 5 de las 10 personas encuestadas conocen a algún infectado con el VIH.
- 4 de los 5 encuestados que dijeron conocer a algún infectado eran portadores.

- 5 de las 10 personas encuestadas participarían en reuniones sociales con portadores del VIH/SIDA.

4 de los 5 encuestados que dijeron participar en reuniones sociales con algún infectado, eran portadores, esto evidencia que ellos generan vínculos más fuertes entre portadores por la misma aceptación e igualdad de condición y el hecho de compartir una misma realidad.

- 4 de las 10 personas encuestadas consideran que tener un portador del VIH/SIDA en su familia le causaría miedo.

Este temor se evidencia de dos maneras, en primer lugar el temor a convivir y compartir con un infectado, en segundo lugar el temor a que uno de los miembros de su familia sufra o padezca esta enfermedad y en tercer lugar esta el temor de sentirse impotente y no saber que hacer con un familiar infectado.

- 1 de las 10 personas encuestadas consideran que tener un portador del VIH/SIDA en su familia le causaría repugnancia.
- 7 de las 10 personas encuestadas consideran que tener un portador del VIH/SIDA en su familia le causaría aceptación.
- 2 de las 10 personas encuestadas consideran que tener un infectado del VIH/SIDA en su vecindario le causaría miedo.
- 3 de las 10 personas encuestadas consideran que tener un infectado del VIH/SIDA en su vecindario le causaría repugnancia.
- 6 de las 10 personas encuestadas consideran que tener un infectado del VIH/SIDA en su vecindario le causaría aceptación.
- 2 de las 10 personas encuestadas consideran que a un portador del VIH/SIDA hay que tenerle miedo.
- 3 de las 10 personas encuestadas consideran que a un portador del VIH/SIDA hay que aislarlo.

- 7 de las 10 personas encuestadas consideran que a un portador del VIH/SIDA hay que entenderlo y conocerlo

Los niveles de aceptación entre la población encuestada son altos, sin embargo existen personas que les causaría miedo o repugnancia tener un portador en la familia o en la comunidad.

- Las personas encuestadas respondieron a la pregunta de cuál sería su actitud si fuera diagnosticado por el virus, de la siguiente forma.
 - 2 seguirían adelante y lucharían contra la enfermedad
 - 1 no le diría a nadie y buscaría ayuda
 - 1 se acomplejaría
 - 3 afirmaron que a ellos no les da eso
 - 1 no sabría como reaccionar “tenaz la reacción”
 - 1 le da miedo pensar en eso, prefiere no pensar en eso.
 - 1 llorar y pedirle ayuda a Dios
- 4 de las 10 personas encuestadas respondieron que si conocen redes de apoyo social para los portadores del VIH/SIDA, entre ellas EUDES, ONUSIDA, LGBT y la iglesia.

Se evidencia que el conocimiento de redes de apoyo e instituciones en torno al VIH/SIDA es limitado, por lo que se hace necesario una ampliación en la información sobre el tema y una accesibilidad de dicha información a toda la población, no limitándola a portadores, ya que las personas que dijeron conocer estas redes de apoyo son los 4 portadores.

- 5 de las 10 personas encuestadas consideran que la iglesia rechaza a los infectados.

De las 5 personas que respondieron que la iglesia rechaza a los portadores, 2 son homosexuales y los otros 3 ligan el VIH/SIDA con grupos con conductas inadecuadas como homosexuales, prostitutas, drogadictos y promiscuos.

- Las personas encuestadas respondieron a la pregunta de por qué las personas se infectan con el VIH/SIDA, de la siguiente forma.
 - 5 consideran que es por la falta de educación, concientización social, la no protección y la promiscuidad.
 - 1 considera que por experimentar y no pensar en las consecuencias, y el no cuidarse.
 - 1 considera que por que les gusta la vida fácil
 - 1 considera que por ir a donde las “callejeras” o por “maricas”
 - 1 por muchas razones, por maldad o por irresponsables
 - 1 no se

Estas respuestas son un reflejo de los imaginarios que tiene las personas que se mueven en el hospital, que nos permitió mirar actitudes, pensamientos, posiciones, intereses y temores que tienen las personas en torno al VIH/SIDA y las relaciones familiares, sociales y laborales con portadores.

10.2. Ficha Social

A continuación encontraremos los datos obtenidos a través de la ficha social.

Edad

El grupo estaba conformado por mujeres entre 18 y 35 años. Aunque en el Hospital se encontraban pacientes con VIH positivo, en embarazo, menores de 18 años, no fue posible incluirlas en el presente trabajo, por motivo de ser una población protegida para investigación, primero por ser mujeres con VIH, segundo por estar embarazadas y por ultimo y el mas importante por ser menores de edad.

Lugar de Nacimiento

1 paciente nació en Itagüí, 1 paciente nació en Valledupar, 2 pacientes nacieron en Bogotá, 1 paciente nació en el Choco, 1 paciente nació en Santander y 1 paciente nació en La Dorada.

Barrio donde Reside

1 Paciente vive en San Cipriano, 1 paciente vive en Lijaca, barrios pertenecientes a la localidad de Usaquén, 2 pacientes viven en el barrio Bosa, perteneciente a la localidad de Bosa, 1 paciente vive en Costa Azul, barrio perteneciente a la localidad de Suba, 1 paciente vive en el barrio Santafé, perteneciente a la localidad Mártires y 1 paciente vive en el municipio de Guasca, perteneciendo a departamento de Cundinamarca.

Aunque la muestra fue aleatoria y sin tener en cuenta el sitio de residencia, encontramos que las mujeres están ubicadas a nivel geográfico, por diferentes sitios de Bogotá, e incluso Cundinamarca, por lo que podemos concluir que no es una enfermedad que dependa o caracterice el lugar de residencia o estratificación social.

Régimen de Salud

Todas las mujeres pertenecen al Régimen Vinculado de Salud (SISBEN)

Estado Civil

3 mujeres viven en Unión libre, 3 mujeres son Solteras y 1mujer es Casada

Observamos que el estado civil de las personas influye en las conductas sexuales de las mismas, por ejemplo el hecho de estar solteras o en unión libre influye en cambios de compañero constantemente, lo que posibilita la transmisión del virus a causa de la promiscuidad, el cambiar de compañero sexual cada año o dos años.

Escolaridad

5 mujeres cursaron Primaria y 2 mujeres cursaron Secundaria.

Se observa que el nivel educativo de estas mujeres si esta influyendo en la transmisión de la enfermedad, ya que el no tener acceso a información acerca de enfermedades de transmisión sexual y prevención de las mismas en niveles básicos de la educación influye en la no prevención de la enfermedad.

Creencia Religiosa

Las 7 mujeres son de creencia Católica

Se evidencia que estas mujeres se encuentran aferradas a un ser supremo “Dios” por el hecho de padecer una enfermedad catastrófica como es el ser portador del VIH, acudiendo a la religión y a la fe para buscar un perdón y una salvación por parte de “Dios”. Relacionandose en algunas ocasiones con la etapa de pactos conciliatorios del proceso de duelo, en donde los pacientes encuentran en su credo un refugio, realizando pactos de buen comportamiento, no pecado, buenas obras con ello Dios me cura.

Tipo de Vivienda

2 mujeres viven en Pieza, 3 mujeres viven en Casa, 1 mujer vive en Inquilinato, 1 mujer vive en Finca

Tenencia

6 mujeres viven en Arriendo, 1 mujer vive en vivienda Familiar

Núcleo Familiar

4 mujeres viven con familia nuclear, 1 mujer vive con el hijo y 2 mujeres viven solas.

Apoyo Familiar

1 mujer tiene apoyo afectivo, 4 mujeres tienen apoyo afectivo y económico y 2 mujeres no tienen apoyo familiar.

Aspecto Laboral

2 mujeres se encuentran desempleadas, 2 mujeres se dedican al hogar, 1 mujer es vendedora de minutos, 1 mujer es vendedora ambulante y 1 mujer es trabajadora sexual.

Se observa que los trabajos a los que se dedican estas mujeres no son estables, ni generan ingresos constantes que garanticen una estabilidad y calidad de vida adecuada para la satisfacción de sus necesidades básicas, sin mencionar a las que se encuentran desempleadas.

Aspecto Clínico

Las 7 mujeres tienen diagnóstico de VIH, 5 mujeres diagnosticadas por CPN (Control Pre-natal), 1 mujer diagnosticada por la fase SIDA del esposo y 1 mujer con antecedentes de NAC (Neumonía Adquirida en la Comunidad) y Sífilis.

5 de las 7 mujeres fueron diagnosticadas por CPN, lo que puede determinar que las mujeres solo se realizan la prueba del VIH no propiamente de forma voluntaria sino por CPN y porque es prácticamente obligatorio, es un requisito y un derecho a nivel nacional, adicionalmente ya esta institucionalizado en todas las entidades de salud. A las otras 2 mujeres se les diagnostico por enfermedad de ellas mismas o de su compañero.

Factores de Riesgo Sociales (se podían marcar varias opciones)

3 mujeres tienen conflictos familiares, 3 mujeres tienen conflictos laborales, 2 mujeres han sufrido maltrato, 2 mujeres han sufrido abandono familiar y 3 mujeres han tenido perdidas.

Existen varios factores de riesgo que pueden estar afectando la conducta diaria de las portadoras, e incluso tener repercusiones en la convivencia familiar, laboral y social.

10.2.1. Diagnósticos

Caso 1: Paciente que presenta dificultad económica, no tiene red de apoyo familiar ni factores de protección externos, expresa mucho sentimiento y tristeza por la situación actual de su esposo, le preocupa su estado de salud, pero sobretodo la deprime la ausencia de sus hijos. Ella refiere que solo le interesa por ahora la recuperación de su esposo, ya que es la única persona con la que cuenta, ella solo quiere que el se recupere. Ella prefiere que su esposo se mejore así no tenga ni para comer.

Observamos su angustia y soledad ante la enfermedad que están viviendo, se siente demasiado desprotegida, refiere que nuestra intervención le ayudo mucho, ya que no tenia con quien desahogarse: “uno no necesita plata, sino que alguien lo escuche a uno, para uno desahogarse”

Su estado físico y emocional esta afectado, ya que su alimentación es deficiente por no tener dinero, sino que en el lugar donde vivían con su esposo, el cuñado intento abusar de ella, golpeándola, insultándola y la saco del lugar en donde vivían.

Paciente que se encuentra en riesgo social, al no tener empleo, depender económicamente de su esposo único aportante, y al estar él hospitalizado, no recibe ingresos, actualmente no posee un lugar de vivienda acorde a sus necesidades, ni ningún apoyo económico ni afectivo, presenta conflictos en sus niveles comunicativos.

Caso 2: Paciente que cuenta con buen apoyo familiar y social, expresa un desinterés por la enfermedad y sus cuidados, no cumple con los procesos de adhesión al tratamiento, se observa apática a la intervención por parte de trabajo social, pues expresa que ella no tiene porque contar su situación a todo el mundo y mucho menos a personas que no conoce.

Se encuentra en estado de negación de la enfermedad, tomando una actitud indiferente frente a su enfermedad y situación.

Caso 3: Paciente que muestra buena actitud y compromiso frente a su enfermedad, describe dificultad en su situación actual, pero se evidencia interés por el bienestar de su hijo.

No tiene red de apoyo familiar, pero se siente apoyada por su amiga, expresa que su hijo es el motor de vida que la impulsa a luchar contra la enfermedad.

Su actitud frente a la intervención de trabajo social es buena, refiriendo que ninguna ayuda sobra, es dedicada con su tratamiento y asiste puntualmente a las citas.

Caso 4: Paciente que se encuentra en un estado de salud delicado, expresa física y verbalmente tristeza y angustia, se observa desalentada, refiere encontrarse deprimida por la falta que le hacen sus hijas “mi vecina me las esta cuidando pero las quisiera ver porque siento que me voy a morir rápido”

La paciente refiere sentirse impotente al no poder hacer nada, le hacen mucha falta sus hijas y la atormenta la idea de una muerte próxima, no sabe que va a ser de sus hijas cuando ella no este.

Paciente fallece al mes de haber tenido intervención por parte de trabajo social.

Caso 5: Paciente desplazada hace 1 mes proveniente de armenia, motivo de la consulta: necesidad de reiniciar el tratamiento, suspendido por motivos del desplazamiento. Tiene una niña de 1 ½ años, no contagiada, la que refiere encontrarse muy bien.

Sin red de apoyo familiar ni factores de protección, refiere no tener compañero, ni núcleo familiar ya que sus padres y 1 hermano fueron asesinados hace 3 años, 1 hermano se encuentra desaparecido.

Paciente refiere sentirse muy afectada, en ocasiones desprotegida a causa de los grupos armados, *“ellos me quitaron todo lo que tenia, mi familia, mi casa y mi tranquilidad”*, *“si mi familia estuviera con migo me apoyarían y no me sentiría tan sola”* estos aspectos evidencian los diferentes duelos que cruzan su vida, impactando sus aspectos emocionales, psicológicos, familiares, sociales y económicos.

Se percibe actitud positiva y compromiso con el tratamiento, ella refiere aferrarse a la vida por su hija, por la que va a luchar y a continuar su tratamiento hasta el final.

Caso 6: Paciente que demuestra una actitud apática, no cumple prescripción medica, es una mujer que vive muy resentida con la vida y con ella misma, por registro de HC se conoce que ha tenido tres hijos, los cuales han sido entregados al ICBF por voluntad propia, el primero de 2 años, el segundo de 11/2 años y el ultimo recién nacido, el diagnostico fue evidenciado en los controles prenatales de su ultimo embarazo, ninguno de los embarazos fue planeado, ella expresa rechazo hacia ellos.

Durante la entrevista muestra preocupación y angustia por su situación económica y como la enfermedad pueda afectar su trabajo. Lo que a ella le interesa es trabajar y vivir bien como ella misma dice *“me pagan por tomar, bailar y pasarla rico ya me acostumbre”*

Paciente desplazada del choco, sin vínculos familiares, refiere no interesarle la familia, ni saber de ellos, no hay red de apoyo sociofamiliar. Se encuentra en proceso de duelo a causa de su enfermedad, en una etapa de negación y de

rabia, afectando su salud mental y relaciones interpersonales, negándose a recibir ayuda por parte de alguna institución o profesional en el área.

Caso 7: Paciente que presenta red de apoyo socio familiar sólida, por parte de la familia del esposo, recibe apoyo emocional, afectivo y económico por parte de ellos, expresa ser aceptada y tienen buena aceptación del embarazo, aunque no fue planeado.

Ella refiere que actualmente conocen el Dx, en donde muestran preocupación por el estado de salud de ellos y el bebe, pero ofrecen un apoyo incondicional.

El esposo esta presente durante la valoración de trabajo social, se observan aparentemente tranquilos, se percibe una actitud defensiva hacia trabajo social por motivo de pensar “que le queríamos quitar el bebe y enviarlo al ICBF”, durante la entrevista, se comprueba que ella ya cumplió los 18 años y si tiene red de apoyo. Y se les aclara que nuestra intención no es quitarles al bebe, y que ellos no tienen nada que temer, por lo que cambian de actitud y refieren sentirse mas tranquilos.

Pero se percibe que por el mismo diagnostico y la sorpresa de este, asumieron la actitud de no hablar del tema entre ellos. Por parte de trabajo social se sugiere expresar sus sentimientos y dialogar como pareja para que no se vaya a ver afectada su estabilidad emocional por el diagnostico, se les hace una orientación general acerca del diagnostico y normas de autocuidado.

La paciente y el esposo expresan agradecimiento por la intervención oportuna que hubo desde trabajo social, ya que ellos mismos expresan el apoyo que se les brindo, y los procesos de escucha sin ser señalados o rechazados por la sociedad.

10.3. Entrevistas

¿Cuanto tiempo hace que le diagnosticaron el VIH?

1 paciente fue diagnosticada hace veinte días, 2 pacientes fueron diagnosticadas hace cuatro meses, 2 pacientes fueron diagnosticadas hace dos años, 1 paciente fue diagnosticada hace tres años y 1 paciente fue diagnosticada hace cinco años. (Datos obtenidos al momento de realizar la entrevista para la investigación)

Es interesante ver que la mayoría de los diagnósticos son recientes, y cómo la relación del tiempo del diagnóstico influye en la actitud del paciente con respecto al tratamiento, a la enfermedad e incluso hacia la expectativa de vida, y cómo existen diferencias entre las personas, relacionadas con el tiempo que llevan conociendo su situación, ya que puede ir ligado al tiempo que llevan elaborando su proceso de duelo para haber o no aceptado la situación.

En el momento que fue diagnosticada usted que pensó:

4 pacientes pensaron en buscar ayuda, 4 pacientes pensaron en morir, 5 pacientes pensaron no decirle a nadie, 2 pacientes pensaron en seguir el tratamiento y 2 pacientes pensaron en contarle a alguien.

La reacción más común entre estas mujeres fue el pensar en no decirle a nadie. Vemos que esta situación responde a los imaginarios construidos socialmente en torno al VIH y como estos imaginarios están ligados al concepto de discriminación y estigmatización hacia las personas portadoras del VIH. Adicional al temor y a la intención de no dar a conocer su diagnóstico, está ligada la necesidad de obtener ayuda por parte de personas o instituciones expertas en el tema (profesionales en salud, fundaciones, ONG, etc.)

Al momento de ser diagnosticado como portador del virus, usted sintió (se podían marcar varias opciones)

1 mujer sintió ansiedad, 6 mujeres sintieron miedo, 2 mujeres sintieron angustia, 2 mujeres sintieron desesperación, 5 mujeres sintieron soledad, 1 mujer sintió vergüenza, 1 mujer sintió pánico, 3 mujeres sintieron rabia, 2 mujeres no respondieron y 1 mujer quedó pasmada.

Su reacción después de saber que era portador del VIH (se podían marcar varias opciones)

6 mujeres lloraron, 2 mujeres gritaron, 3 mujeres perdieron el apetito por algún tiempo, 2 mujeres se volvieron agresivas, 2 mujeres les dio insomnio y 1 mujer lo tomó como algo que esperaba.

Después de conocer su situación actual, fue aceptado por:

Por su familia 1 de las mujeres, por su pareja 1 de las mujeres, por sus amigos 2 de las mujeres, en los otros 3 casos nadie sabe.

El ser portador del virus influyó para salir de su entorno familiar:

Las 7 mujeres respondieron que NO

Tiene seguridad social:

Las 7 mujeres respondieron que SI

Le dan a tiempo los medicamentos:

6 mujeres respondieron que SI, a la otra mujer no le han iniciado tratamiento.

Se siente bien atendido por el personal de salud:

Las 7 mujeres respondieron que SI

Socialmente como portador del virus usted se siente:

1 mujer se siente aceptada, 3 mujeres se sienten rechazadas, 2 mujeres se sienten discriminadas y una mujer no quiso responder.

Es importante resaltar que 5 de las 7 mujeres se sienten rechazadas o discriminadas, lo que llevaría a pensar que los constructos sociales en torno al tema están tejidos en un ambiente de discriminación y estigmatización de la enfermedad, que no necesariamente esta expresada verbalmente, sino que en ocasiones está implícita en actitudes, acciones, expresiones corporales y gestuales.

De que manera cuida su salud y cómo: (se podían marcar varias opciones)

A nivel físico 2 mujeres, a nivel mental 2 mujeres, a nivel espiritual 4 mujeres, a nivel sexual 2 mujeres y de ninguna manera 2 mujeres, 1 mujer no quiso responder.

Uno de los factores más predominantes es el espiritual, en donde entran aspectos de creencia, perdón, redención y salvación, al que se aferran la mayoría de seres humanos en situaciones adversas, en las cuales se enfrentan directamente a la muerte.

Como podría ayudar para que el virus del VIH no se propague mas en el mundo

1 mujer dice que no teniendo relaciones sexuales, 3 mujeres no saben, 2 mujeres cuidándose para no contagiar a nadie y 1 mujer respondió es difícil.

A pesar de ser estas mujeres portadoras del virus, no poseen suficiente información acerca de mecanismos de prevención de la trasmisión de la enfermedad, ya sea para prevenir la re-infección u otras enfermedades de transmisión sexual o para no contagiar a otras personas.

Conoce las estadísticas de propagación del virus en el mundo

Las 7 mujeres respondieron que NO

Al tener un contacto sexual, la otra persona sabe que usted es infectada

6 mujeres respondieron que NO y 1 mujer respondió que SI

Estaría dispuesto(a) a participar en esta investigación de carácter social sobre el VIH

Las 7 mujeres respondieron que SI

10.4. Experiencias durante la investigación

Adicionalmente a los datos obtenidos a través de los formatos de entrevista y ficha social, se obtuvieron numerosos datos a través de la interacción con las pacientes, los cuales describimos a continuación.

CASO 1: Fanny es una paciente que atraviesa diversos acontecimientos que generan una crisis emocional: primero la enfermedad repentina de su actual compañero, posteriormente la confirmación del diagnóstico VIH positivo de él, lo que significaba que ella también debía ser portadora; a esta situación de crisis se le suma la desprotección en la que se siente, ya que su compañero era el que respondía económicamente por ella. El encontrarse en una ciudad relativamente nueva para ella, el no tener ningún familiar ni amigo acá que la acompañe o le de alguna clase de apoyo y el hecho de tener lejos a sus hijos, es la situación que más la deprime, según refirió ella. Adicionalmente, sus hijos fueron la razón para ella aferrarse a su vida, ya que la reacción de ella al conocer su diagnóstico fue “me quería matar, porque la palabra SIDA es como la muerte, no hay remedio, no hay nada, entonces es mejor morirse de una vez, pero pensé en mis hijos y en Dios...”

La reacción de ella ante el diagnóstico fue no contarle a nadie, porque sentía que iba a ser rechazada o discriminada, que la gente iba a cambiar con ella “porque mucha gente no sabe como se pega eso, la mayoría de la gente cree que si hablan con uno o lo tocan ya se les pega...” este es el imaginario que ella está viviendo con el cual se identifica y por el cual se ha reaccionado de esa manera. Esta paciente nos muestra los cambios psicosociales que ha tenido al enterarse de su diagnóstico, cambios reflejados en la depresión en la que se encuentra, refiere haber perdido la esperanza y sentirse desamparada, estos aspectos se referencian en cambios psicosociales en pacientes portadores del VIH; otro aspecto evidenciado es la ideación de suicidio que tuvo la paciente al momento de recibir la confirmación del diagnóstico.

Con respecto a su familia (madre e hijos), la razón para no contarles no es el temor al rechazo, sino no causarles dolor ni trasladar la carga de la enfermedad a su familia.

En el curso de la investigación, el compañero de Fanny, Jesús, falleció el 13 de Abril de 2009.

En conversaciones telefónicas posteriores, ella nos informó que un cuñado, que vive en Fusagasuga, llegó al día siguiente de la muerte de Jesús, a encargarse de las diligencias necesarias para el entierro del paciente. Posteriormente se tomó la decisión de trasladar el cuerpo de don Jesús al Huila, en donde se encontraba la madre de él y el resto de familiares. Fanny viajó con ellos y se sintió bien acogida, por lo cual decidió permanecer por un tiempo allá.

CASO 2: Luz Elianis es una paciente que decía tener su libertad, salía, paseaba, con vida social activa; su mamá y hermanos no la cohibían, pero la única condición es que “no fuera a meter las patas”, cuando ella empezó con los síntomas del embarazo fueron al médico y confirmaron que estaba embarazada. Ella refiere que el papa del bebé no sabe, pues era un señor mayor que había

conocido en una fiesta, el cual se fue sin enterarse de que ella estaba embarazada. “Al que le dio más duro fue a mi hermano, ya que el no me quería ver sufriendo con un hijo tan joven, pero me entendieron y me aceptaron. En el primer control pre natal me mandaron la prueba, yo me la hice y me pareció normal y lo tome como rutina; cuando el medico me empezó a hablar de la enfermedad y me dijo que era positiva, mi mama estaba conmigo cuando nos dieron la noticia, la actitud de ella fue ponerse a llorar, pero luego junto con mi hermano me dieron animo y me dijeron que me iban a apoyar, de resto no quería decirle a nadie más ajeno a mi familia, porque no les interesa”

La paciente demuestra indiferencia frente a la intervención, adicionalmente no expresa un compromiso con el tratamiento ni un interés hacia el mismo, demuestra obligación con el tratamiento, por la insistencia de los médicos y su familia, más no parece convencida. Esta situación esta relacionada con una de las etapas de duelo: la negación, contemplada en El manejo de Duelo según Santiago Rojas.

CASO 3: Rosa es una mujer que se dedica a vender minutos en las calles, tiene un hijo de 3 años por el que se aferra a la vida, es comprometida con su tratamiento, trata de tener hábitos saludables dentro de sus posibilidades, cuenta con el apoyo emocional de una amiga, que es la única que conoce el diagnostico, no tiene compañero actualmente, porque refiere que no quiere colocarle padrastro a su hijo, para no vivir lo mismo que ella vivió: “mi vida era un infierno en la casa, mi padrastro me pegaba mucho y si mi mamá se metía le daban duro” por esta situación refiere que salió de su casa muy joven. Al principio de la enfermedad lloró mucho, por lo que se refugio en su amiga. En el momento acepta la enfermedad y ha aprendido a vivir con ella, lo que no quiere decir que sea fácil, ya que su situación económica es complicada. Asume una postura responsable y comprometida frente a la enfermedad.

“La fuerte impresión de lo real que genera la realidad de la vida cotidiana, radica en que se organiza alrededor del aquí de mi cuerpo y el ahora de mi presente. Este aquí y ahora es el foco de atención que presto a la realidad de la vida cotidiana”³⁶. Esta impresión de la realidad se manifiesta en la aceptación y compromiso que tiene Rosa de la enfermedad, valorando su cuerpo, su vida y su salud, con altos grados de conciencia social al evitar la propagación de la enfermedad por parte de ella.

“Me gusta que ustedes se interesen por nosotros, ya que uno no necesita plata ni tratamientos lujosos, lo que uno necesita es que lo escuchen, lo apoyen y lo entiendan. Gracias a Dios yo cuento con mi amiga que ha estado conmigo en las buenas y en las malas y no me abandono ni me rechazo por la enfermedad. Pero muchas personas no cuentan con la misma suerte.” Esta situación nos muestra la necesidad de escucha y aceptación que tiene las pacientes portadoras del virus, no solo evidenciándose en el caso de Rosa, sino también referido por otras de las mujeres. Esta situación es posible analizarla desde el construccionismo social, por la necesidad de interacción social de los seres humanos, y derivada de dicha interacción, la necesidad de aceptación y comunicación en su entorno social.

CASO 4: Dennis es una paciente que se encuentra deprimida, se siente impotente hacia su situación. Al principio un poco retraída, no quería hablar del tema. Fue complicado llegar al punto de confianza para la intervención, ya que no queríamos forzar a la paciente a que nos expresara sus sentimientos. Cuando se tocó el tema de sus hijas, se soltó un poco y nos expresó que la cuidan unas vecinas, que lo que le angustia es que ella ya sabe que se va a morir muy pronto y no sabe que va a ser de sus hijas, la paciente llora en ese momento y nos comenta que muy seguramente sus hijas las va a coger el ICBF, pero que en ocasiones cree que

³⁶ Caporali Rodríguez Enrique y Sánchez José Fernando. Individuo, grupo y representación social. Editorial UNAD Bogotá.

sería lo mejor para ellas. Cuando preguntamos por el esposo y papá de sus hijas, el que al principio nos había nombrado, se negó a contestar.

Ella refería sentir rabia hacia la vida, “porque los demás si pueden seguir viviendo normal, no es justo, hay otras personas que han sido malas y están bien”. En ese momento nos interrumpen para llevarse a la paciente a un examen. A la semana siguiente, para continuar la intervención la paciente había fallecido. La expresión de rabia hacia la vida de esta paciente se analiza de acuerdo a las etapas de duelo según Santiago Rojas y los cambios psicosociales por los cuales esta atravesando, al ser paciente portador del VIH / SIDA, en este caso se encuentra en una etapa de rabia y temor a la muerte, al encontrarse en una fase terminal del SIDA.

Por ser la primera intervención que realizamos, y al no contar en ese momento con la autorización para tomar datos de la Historia Clínica, no pudimos averiguar por la situación de las hijas, luego del fallecimiento de la paciente.

CASO 5: Deix es una paciente desplazada hace un mes, que llegó a la ciudad proveniente de Armenia. Se observa una actitud comprometida con el tratamiento, ya que se veía angustiada por haberlo suspendido. Expresa agrado, confianza y aceptación hacia nuestra intervención, “me parece chévere que no solo los médicos nos atiendan, sino que también se preocupen por nuestra situación”. Cuando sintió confianza hacia nosotros nos contó lo que había vivido con su familia: “a mis padres y a mi hermano los mataron hace 4 años cuando vivíamos en el Peñón, por oponerse a que se llevaran a mi otro hermano, yo me salve porque estaba escondida, desde ese día no se nada de mi otro hermano... ellos me quitaron todo lo que tenía, mi familia, mi casa y mi tranquilidad... yo me fui para donde un amigo en armenia, porque no sabía a quien acudir ni para donde arrancar”. Ella refiere que es bueno tener con quien desahogarse, ya que ella no tiene a nadie, “si mi familia estuviera conmigo me apoyarían y no me sentiría tan sola...” ella refiere que a veces le da miedo contarle su situación a alguien y mas

por su enfermedad “me siento que nosotros por tener esa enfermedad vamos a ser despreciados, por eso muchas personas preferimos callarnos”, pero que con nosotras sintió confianza, porque siente que no la vamos a juzgar.

CASO 6: Catherin es una paciente que demuestra indiferencia. Frente a su enfermedad y la intervención realizada por parte de trabajo social.

Trabajadora sexual, desplazada del Choco, con antecedentes de NAC y sífilis, no referidos por ella. Ha tenido tres hijos, los cuales están bajo protección del ICBF, cuando le preguntamos por ellos nos contestó: “no se nada de ellos, ni me interesa”; refiere que no fueron planeados, ni tiene como mantenerlos.

Se observa una actitud de indiferencia frente a su enfermedad, no cumple las prescripciones médicas y trata de ignorar la enfermedad, refiere que no va a dejar de trabajar ni cambiar sus hábitos, que nadie conoce su diagnóstico porque le traería problemas y que ella necesita trabajar para poder vivir. Esta actitud se relaciona con las etapas de negación y rabia del proceso de duelo, en donde la paciente no ha aceptado la enfermedad y se encuentra en una actitud de rabia hacia la vida por las diferentes situaciones a las que se ha enfrentado.

CASO 7: Yury es una paciente muy callada que prefería no hablar del tema. Se observa que se encontraba muy afectada a causa del impacto de la noticia, ya que hacia muy poco le habían confirmado el diagnóstico; se había conocido con su pareja hace 10 meses, cuando supieron del embarazo, lo comentaron con la familia de su compañero, quienes los aceptaron y apoyaron; la familia de Yury no conoce de su segundo embarazo ni de su actual diagnóstico.

A pesar de tener 18 años recién cumplidos, Yury tiene una hija de 5 años que ha sido criada por la abuela, quien vive en La Dorada.

10.5. OBSERVACIONES

Durante el proceso de investigación se observaron algunas conductas entre los pacientes del hospital, con relación al VIH/SIDA, las cuales consignamos a continuación, como complemento a los hallazgos obtenidos:

- Fue interesante observar, al tener contacto con los pacientes que actualmente se encuentran en el Hospital, que los hombres se expresan más libremente acerca de su enfermedad.
- Durante el proceso de investigación y los acercamientos a pacientes del Hospital se encontró, que la mayoría de los pacientes hospitalizados son hombres, y en dialogo con ellos se evidencio que la mayoría de ellos se encuentran en una fase avanzada de la enfermedad.
- Observamos que la mujer adopta una posición más pacífica o sumisa y espera a que los profesionales la atiendan; los hombres manejan más las relaciones de poder y exigen sus derechos. Esta conducta esta ligada al temor a la muerte: la lucha de ellos es una lucha contra el tiempo, ya que cada día de no tratamiento del virus o de la enfermedad oportunistas que lo este atacando los acerca a su final.
- Se observo que algunas personas creen que quienes tienen el virus, se dedican a infectar a otros por resentimiento y por no ser los únicos con este padecimiento; en cuanto al preservativo piensan que deben usarlo los que tienen conductas de alto riesgo, pero no quienes tienen una pareja estable.
- “Un foco importante del construccionismo social es destapar las maneras en las cuales los individuos y los grupos participan en la creación de su percepción social de la realidad. Implica mirar las maneras como son creados, institucionalizados los fenómenos sociales y hecho en tradiciones

por los seres humanos. La realidad social construida se considera como en curso, proceso dinámico; la realidad es reproducida por la gente que actúa en sus interpretaciones y conocimiento”³⁷ Situación que se evidencia en los pacientes vinculados con la Fundación Eudes, en la cual se les trata como una familia, donde todos sus integrantes se encuentran en una misma situación y cuentan con una red de apoyo institucional a nivel de atención medica, psicológica, legal. social y espiritual. Esto genera una percepción social de la realidad diferente, en donde todos los integrantes siguen siendo individuos de una sociedad, se aceptan y se entienden, no presentan cambios en sus actitudes ya que no perciben ni expresan cambios de conductas entre ellos, se genera un ambiente de inclusión social hacia los portadores, en donde cada nuevo portador es aceptado y apoyado desde sus experiencias.

³⁷ <http://members.fortunecity.es/matiasasun/gergen1construcc.html>

11. CONCLUSIONES

Se evidenció que la mayoría de las mujeres entrevistadas no terminaron sus estudios, e incluso algunas ni los comenzaron. Por esta razón no tuvieron acceso a la prevención e información sobre las implicaciones de la enfermedad, situación ya referida en la justificación. “Las mujeres pobres son las que tienen los índices más altos de analfabetismo y los niveles más bajos de educación”.³⁸

La mayoría de ellas son mujeres que no han tenido acceso a una educación sexual responsable por parte de sus familias o las instituciones educativas, ya que en nuestra sociedad a nivel cultural sigue siendo un tabú la sexualidad y el hablar de ello es inducir a la población a la promiscuidad.

Un acceso insuficiente a información relativa al VIH/SIDA y a mecanismos de protección, aumentan el peligro de contraer el virus tanto en mujeres como en hombres. A pesar de las campañas en los medios de comunicación, la información real es muy deficiente. Existen muchos temores con respecto a los portadores del VIH y el contacto y relación con ellos. Por otra parte, las mujeres de la investigación no poseen un acceso permanente a medios de comunicación tales como: suscripción a periódicos o revistas, consulta a Internet, e incluso pueden no poseer televisor, dada su situación socioeconómica, o si lo poseen no es garantía de una información suficientemente seria y consistente.

Los trabajos a los cuales se dedican estas mujeres son disímiles: ama de casa, vendedores ambulantes, contratistas, algunas desempleadas; pero como es lógico quienes poseen el virus en estado terminal o SIDA, permanecen la mayor parte del tiempo en sus casas, porque su estado de salud ya no les permite realizar trabajo alguno. Este fue el caso de Dennis, quien falleció durante la investigación.

³⁸ Relaciones de Género y Apoderamiento Femenino. Instituto Nacional de Salud Pública, 1995, México.

Sin duda alguna se evidencia que ellas se sienten señaladas, estigmatizadas por la sociedad, por eso prefieren mantener en secreto su enfermedad y actuar normalmente en su cotidianidad, sin decir que viven con el virus. Este es el caso de Fanny, quien refirió “muchacha gente no sabe como se pego eso, la mayoría de la gente cree que si hablan con uno o lo tocan ya se les pego”. También es el caso de Catherin, trabajadora sexual, quien expresa que al contar su situación perdería sus clientes y se vería imposibilitada para subsistir “mis clientes no querrían elegir una persona enferma y menos esta enfermedad”.

“Por elaboración del duelo se entiende la serie de procesos psicológicos que, comenzando con el impacto afectivo y cognitivo de la pérdida, termina con la aceptación de la nueva realidad interna y externa del sujeto. Ello supone a la larga la superación de la tristeza y la posible ambivalencia hacia lo perdido, la reorientación de la actividad mental y la recomposición del mundo interno (cogniciones, sentimientos y fantasías fundamentales)”³⁹. La adhesión al tratamiento depende de la aceptación que tenga la persona de su condición. Así como hay mujeres responsables con ellas mismas y comprometidas con su tratamiento, como es el caso de Rosa y Deix que se encuentran en un proceso de aceptación de la enfermedad, con la cual aprendieron a vivir, las demás pacientes se encuentran elaborando su proceso de duelo: algunas se encuentran en negación y aislamiento, otras en depresión, e incluso algunas en pacto.

El mayor riesgo de suicidio, se encuentra al momento de la confirmación del diagnóstico o en etapas tempranas de la enfermedad, situación evidenciada en el caso de Fanny.

Una de las causas en la vulnerabilidad de las mujeres ante la enfermedad, es su dependencia económica de los compañeros, ya que buscando una estabilidad económica se van a vivir con ellos, no importándoles el pasado de ellos y no

³⁹ Pérdida, Pena, Duelo, Vivencias, Investigación y asistencia, Jorge Tizón.

teniendo temor al contagio de enfermedades de transmisión sexual. “La pobreza y el desempleo también acrecientan la relación de dependencia y hacen que las mujeres sean más vulnerables a unas relaciones sexuales peligrosas y coercitivas”

Según Ana Luisa Liguori “la manera progresiva en que el sida ha venido afectando a las mujeres ha dado como resultado... analizar esta enfermedad desde una perspectiva de género para ver como inciden las construcciones culturales de lo femenino y masculino en la transmisión del VIH”. Por tal motivo se encontró que una de las causas de altos índices en la transmisión del VIH es la evidenciada posición desigual de las mujeres en relación con el hombre, que las hace tener una postura menos responsable hacia la prevención de la enfermedad.

Uno de los agravantes del estado de salud de las mujeres, que facilitan la manifestación y desarrollo del SIDA, es la entrega de ellas hacia el cuidado de sus esposos, hijos y familiares, dejando de lado el cuidado de ellas mismas y agravando su propio estado de salud. Esto fue muy evidente en el caso de Fanny, quien se dedicó a cuidar de su compañero, olvidando su propio estado de salud.

Hay que insistir en la educación sobre higiene y prácticas de autocuidado de las usuarias y continuar trabajando a nivel de conocimientos de la enfermedad entre ellas, y que el mensaje trascienda a nivel social.

La mayoría de estas mujeres se encuentran desempleadas o dedicadas al hogar, lo que repercute en su situación económica. “Además de aumentar la vulnerabilidad a la infección por el VIH, la pobreza también repercute en el curso de la enfermedad de los seropositivos. La falta de alimento los debilita y contribuye a la rápida erosión del sistema inmune y, en consecuencia, a una aparición más temprana del SIDA sin acceso a una atención sanitaria adecuada, las personas seropositivas tienen menos probabilidades de recibir tratamiento inmediato (si es que lo recibe) para las infecciones oportunistas y tienen más posibilidades de

sucumbir a ellas. Cuando los países o los proyectos han podido llevar el tratamiento a los pobres, esta misma pobreza afecta la eficacia del tratamiento. Para que sean eficaces, muchos de los medicamentos utilizados para combatir el SIDA y las enfermedades oportunistas deben tomarse con alimentos⁴⁰. Como es el caso de muchas de las mujeres de nuestra investigación, las cuales son desplazadas o desempleadas, lo que influye directamente en su situación económica, ya que en ocasiones no se garantiza una alimentación adecuada para no debilitar su sistema inmunológico.

Algunas mujeres del pequeño porcentaje de la muestra se contagiaron por confiar en sus parejas, por lo que no vieron la necesidad de protegerse en sus relaciones sexuales. Se hace necesaria la concientización de todas las mujeres de que se puede confiar en la pareja, pero que es indispensable protegerse, obligando a la pareja a utilizar preservativos.

La representación en cuanto al contagio nos señala que las personas saben que el VIH es contagioso; en este aspecto los medios de comunicación han mediado en gran parte para propagar información no solo sobre las formas de ser contagiados, sino los temores: causar miedo con la idea de la muerte como estrategia preventiva. En efecto, existen dos formas de prevención: la emocional, que tiene que ver con la información que produce en las personas temor, precaución, miedo y señalamiento, y la física, que se establece cuando las personas, teniendo la certeza del contacto físico o estando predispuestas a este, tienen la plena conciencia de que al relacionarse o tener experiencias de tipo físico o sexual pueden ser contagiadas.

Las experiencias de tipo físico, como los abrazos, saludos con las manos o de beso en la mejilla; el compartir alimentos u otras actividades, no tienen nada que ver con la transmisión. Pero se observaron personas a las que el solo hecho de

⁴⁰ VIH/SIDA, Shereen Udsdin, 2002

saludar a un infectado les genera una actitud de preocupación. Este hecho se evidencia también cuando se esta frente a un individuo que ya ha desarrollado el virus y tiene SIDA; aquí los contactos físicos solo se pudieron observar en algunos familiares de las víctimas; para quienes esta representación ya no tiene razón de ser, debido a las relaciones de convivencia con el enfermo. En este aspecto parece que las madres y hermanas son más comedidas para estos cuidados; pues en los casos observados eran ellas quienes producían los contactos físicos con el enfermo, como es el caso de Fanny, quien se dedico de lleno a cuidado de su compañero dejando de lado su propio estado de salud.

Una de las experiencias más enriquecedoras durante la investigación, fue observar nuestra propia reacción ante las manifestaciones de afecto y la cercanía física de las pacientes. A pesar de tener mucha información teórica fue inevitable el sentir angustia ante un abrazo o un apretón de mano, aún cuando no lo manifestáramos exteriormente. Existía en nosotras un miedo inconsciente que afloro en esos momentos para nuestra sorpresa.

“Justamente lo que hace real la vida cotidiana es que la comparto con otros y no es simplemente una construcción subjetiva. Los otros actúan junto conmigo, lo hacen dentro de un mismo marco de objetivaciones que aceptan y a partir de las cuales ordenan y organizan sus propias vidas”⁴¹ Por esta razón se hace necesaria la interacción entre portadores y no portadores, ya que ambos grupos de personas pertenecen a la sociedad y a la realidad de la misma.

“Son los significados que el hombre le da a su realidad social lo que determina la adopción de ciertas actitudes que en ocasiones influyen en su salud mental positiva, la cual tiene que ver con la percepción que el individuo tiene de sus propias posibilidades, el conocimiento de las experiencias individuales y colectivas, donde todos puedan expresar sus potencialidades, es decir expresar

⁴¹ Individuo Grupo Y Representación Social, Facultad de Ciencias Sociales y Humanas, UNAD, 1997

libremente su singularidad; donde esto no sea factible, entra en juego la exclusión, el rechazo, el miedo y la estigmatización”⁴². Es por esta razón que podríamos asegurar que las condiciones en que se encuentran los portadores no garantizan la expresión libre de dicha singularidad, generando que los portadores se aislen de sus entornos sociales como mecanismo de defensa para evitar el rechazo, la exclusión y la estigmatización.

La inclusión social de los portadores de VIH-SIDA sería relevante en la medida en que la sociedad asuma actitudes de aceptación a estas personas, y que estos a su vez se muestren como grupo o comunidad ligados por los mismos intereses. Innegablemente estas personas, tienen el deseo de mostrarse públicamente pero en ellos prima más el miedo al rechazo; por eso la interacción se ha tornado difícil; y más cuando los portadores desde que apareció el virus han sido estigmatizados socialmente. Por eso se debe luchar contra el VIH, más no contra el portador del VIH.

¿Qué costo tiene para el gobierno tratar a un portador del VIH? Es necesario mirar la relación de costo-beneficio en relación a la prostitución, ¿A cuantas personas puede estar contagiando a diario una trabajadora sexual portadora del VIH, al no tener una actitud de conciencia social acerca de la enfermedad y de la necesidad de poner un alto a la transmisión de la misma? Adicionalmente, “el SIDA ha añadido una nueva dimensión de trabajo sexual, pues muchos clientes buscan mujeres jóvenes pensando que así evitaran la infección”⁴³. Es necesario implementar programas de capacitación, e incluso un programa de subsidios, que garanticen la no continuidad del ejercicio de la prostitución de las mujeres portadoras, mientras se les concientiza, capacita, asesora en todos los niveles (físico, mental, espiritual, sexual y laboral).

⁴² IBIDEM. Pág. 86

⁴³ VIH/SIDA, Shereen Udsdin, 2002

Es necesario dar una continuidad a las campañas de prevención, con información clara y oportuna. Con el fin de cubrir una gran cantidad de población, estas campañas deberían abarcar desde la radio hasta los grados de primaria en escuelas y colegios, ya que la población afectada es cada vez más joven.

Es importante una capacitación continua de los portadores porque estos son vectores de expansión de la enfermedad, que cuando no tienen la suficiente conciencia de la gravedad de esta enfermedad continúan teniendo relaciones sin protección, y muchas veces sin que sus parejas tengan conocimiento de su patología. Este es el caso de mujeres como Catherin, quien continua trabajando como Trabajadora Sexual y quien ha dado a luz dos hijos después de conocer su diagnóstico.

Es de enorme importancia un diagnóstico temprano de la enfermedad para aumentar la esperanza de vida de los portadores con el inicio inmediato del tratamiento, lo cual también contribuiría a disminuir los índices de mortalidad de los pacientes con VIH e incluso reducir los índices de transmisión, ya sea a sus parejas, o a los recién nacidos (transmisión vertical).

Se ha abierto la posibilidad de realizar una prueba rápida y efectiva de diagnóstico que está siendo experimentada a través de una prueba piloto en Barcelona (España), en las farmacias. Allí los farmacéuticos han sido capacitados para asesorar al usuario antes y después de la aplicación de la prueba, y para orientarlo a los servicios de salud estatales para tratamiento inmediato e caso de resultar positiva. Esperamos que muy pronto este servicio se pueda implementar en nuestro país, e incluso a nivel mundial.

<http://es.noticias.yahoo.com/9/20090428/tsc-las-farmacias-de-barcelona-haran-el-1c5b110.html>

Esta investigación nos dejó una postura más responsable ante el VIH, asumiendo tareas de prevención en nuestro entorno, no solo en lo profesional sino a nivel personal, empezando por nuestros círculos sociales cercanos como lo son nuestros hermanos y familiares, amigos y personas cercanas

11.1. LINEAMIENTOS DE INTERVENCIÓN

OBJETIVO: Orientar y acompañar procesos desde la perspectiva de trabajo social que propendan por la atención integral de la población VIH del Hospital Simón Bolívar, teniendo como base la socialización de los hallazgos de la investigación realizada en el Hospital, logrando que dicha intervención contribuya a mejorar aspectos emocionales, familiares y sociales.

El trabajo social dentro de su que hacer laboral, tiene como finalidad acompañar y orientar aquellas necesidades humanas que surgen de la interrelación personal, social y familiar con el propósito de desarrollar el potencial humano, a través de una formación y orientación clara y adecuada; logrando con ello una autorrealización en los procesos personales, familiares y sociales.

De acuerdo a nuestra investigación se evidencio que algunas de las necesidades de las mujeres son de tipo afectivo, social, espiritual, psicológico e incluso a nivel legal, por lo que surge la necesidad de plantear grupos de apoyo con un equipo interdisciplinario dentro del Hospital, que garantice a las mujeres con VIH espacios organizados de dialogo, escucha, comprensión, apoyo, orientación y de terapia; este grupo les permite hablar con otras personas que comparten las mismas experiencias, socializando aspectos de sus vidas, obteniendo un espacio que permita el encuentro con personas que vivencian situaciones similares, las cuales no podrían ser comentadas de otra manera, ni ante otras personas como familiares o amigos, por temores al rechazo, la discriminación o la estigmatización. Estos grupos de apoyo permitirán compartir situaciones y reducir sensaciones de aislamiento, soledad, exclusión, abandono, etc. Para lo que es necesario garantizar un lugar apropiado que permita un ambiente de tranquilidad, que garantice la libre expresión de los participantes, proporcionando ambientes de inclusión y un sentido de pertenencia, en donde se generan espacios que acojan las dudas e inquietudes del paciente en cuanto a temas médicos de la vida cotidiana y su adecuado manejo. “Escucharlos conversar también puede

proporcionarle una perspectiva diferente de sus propios problemas. Enterarse de lo que funciona para otras personas y lo que no tiene efecto alguno, le ayuda a decidir lo que podría resultar de beneficio a usted. Escuchar que sus propios problemas los describe otra persona como problemas propios, sirve para tranquilizar y saber que usted no está solo – usted no es el único con ese problema; las personas dicen que los grupos les proporcionan una sensación de alivio a sus problemas personales, y una sensación de esperanza; también les agrada la idea de pensar que pueden estar ayudando a otros en su grupo”⁴⁴.

El enfrentar el diagnóstico y vivir con esta enfermedad conduce a estas mujeres a la depresión, desesperación y a una baja autoestima, convirtiéndose así en un miedo individual y colectivo que favorece el silencio y la negación. El rechazo percibido por estas mujeres hace que vivan en condiciones de marginalidad e intolerancia. La invisibilidad de las mujeres en torno al VIH ha hecho que los avances, investigaciones y tratamientos se centren generalmente en los hombres o en los grupos de alto riesgo, dejando de lado la vulnerabilidad de la mujer con VIH/SIDA. Aparte del rol de mujer, la paciente la mayoría de las veces desempeña roles de madre, esposa, hija, hermana, empleada, etc., con los que debe continuar, sin importar su estado salud, de ánimo e incluso su estado mental.

Somos conscientes de que los lineamientos de grupos de apoyo, no son de ejecución inmediata, pues esto requiere de tiempo, autorización y acatamiento de protocolos sujetos a normatividad interna y externa del Hospital. Siendo esta situación ajena a la investigación y a las pacientes que participaron en ella, en busca de una solución a esta realidad, surgió la necesidad de buscar alternativas, por lo que se consigue una red de apoyo con la Fundación Eudes, quienes empezaron los grupos de apoyo en el mes de noviembre de 2008.

⁴⁴ Bartlett Jhon G. y Finkbeiner Ann K. Guía para vivir con VIH y SIDA, Editorial Diana, México.

Se le comenta a la Fundación el proceso de investigación y resultados de la misma y ellos aceptan e invitan a las mujeres interesadas a conocer y participar de su grupo de apoyo (que se reúne los últimos viernes de cada mes de 8:00 am a 11:30 am), e incluso de los servicios prestados por la fundación, por ejemplo: citas de medicina general, psicología, trabajo social, orientación legal y espiritual. Esto con el fin de dar continuidad al proceso con las mujeres que participaron en la investigación, ya que ellas abrieron espacios de sus vidas, compartieron experiencias, sentimientos, emociones, duelos, preocupaciones, etc., por lo cual no es justo ni ético terminar la investigación sin haberles aportado algún beneficio.

Como complemento a los procesos de aprendizajes de formación profesional, se hace necesario asignar un practicante de trabajo social al programa de VIH, para que se garantice una continuidad en la atención a esta población, brindando espacios de escucha y procesos de intervención desde trabajo social, ya que siendo un programa especial que atiende a una población específica, debería contar con un trabajador social permanente, que no solo atienda a los pacientes hospitalizados, sino que intervenga con los pacientes de consulta externa, enfocada a orientar y a capacitar a los pacientes y a sus familias acerca de la enfermedad, el tratamiento, los cuidados, los cambios psicosociales y el apoyo necesario; siendo estos elementos fundamentales para lograr una buena educación y aceptación de la misma, por eso se hace necesario un seguimiento y un acompañamiento de un grupo interdisciplinario para evaluar constantemente estos procesos.

Las funciones del trabajador social del programa de VIH en el Hospital Simón Bolívar serían:

- Verificar que todos los pacientes cumplan con los requisitos de admisión.

- Realizar el ingreso de pacientes a la institución que no tienen régimen de salud.
- Valoraciones mensuales de los pacientes que pertenecen al programa de VIH, para conocer como evolucionan las condiciones personales, sociales, familiares y económicas del paciente.
- Determinar diagnóstico sociofamiliar del paciente y sus condiciones de vida, que facilitan o dificultan la adhesión al tratamiento.
- Capacitar al paciente y a su familia en cuanto a deberes y derechos dentro del programa y la Institución.
- Orientar a la familia frente a las responsabilidades que tienen con el paciente, su bienestar y calidad de vida, mostrando alternativas de atención y vinculación con fundaciones y redes de apoyo en torno a la enfermedad.
- Promover reuniones mensuales de socialización de los aspectos identificados por trabajo social al grupo interdisciplinario para hacer seguimiento a los pacientes del programa que presenten dificultades para determinar el plan a seguir con dichos pacientes.

Estas funciones fueron identificadas durante el proceso de intervención con mujeres VIH positivo, que nos permitió ver una realidad que para muchos es ajena, logrando orientar y capacitar a las personas que ingresaron al servicio, desempeñando las funciones anteriormente nombradas.

Estos pacientes VIH positivo son en la mayoría pacientes abandonados a nivel familiar, laboral y social, generando en ellos cambios físicos, psicológicos, y psicosociales, que generan momentos de depresión, angustia, invalidez y

desesperanza para seguir viviendo. Es de vital importancia brindarle al paciente VIH positivo y su familia espacios que promuevan la verbalización de sus vivencias sociales y familiares, para conocer y evidenciar factores de riesgo, fortalezas, mecanismos adaptativos, habilidades, actitudes y aptitudes.

Es nuestro deseo que la implementación de estos lineamientos se haga realidad, para beneficio de los pacientes portadores de VIH y del Hospital Simón Bolívar, a quienes agradecemos su apoyo y colaboración. Adicionalmente se realiza una ruta de orientación a los pacientes VIH positivo dentro del Hospital (ver anexo 6).

12. BIBLIOGRAFÍA

- Sierra Uribe, Gloria. Para vivir los duelos – Cartografía Emocional. Editorial San Pablo. Bogotá 2006.
- Santiago Rojas. El manejo del Duelo. Editorial Norma. Bogotá 2008.
- Pedro Retamal. Enfermedad Depresiva, guía para el paciente y la familia. Editorial Mediterráneo. Santiago de Chile 2005.
- Marcelo Pakman. Kenneth J. Gergen. Construcciones de la Experiencia Humana. Editorial Gedisa Barcelona 1998.
- Peter Berger. Thomas Luckmann. La construcción Social de la realidad. Editorial Amorrortu. Buenos Aires 2003.
- María Eugenia Bersezio. Trabajo Social y las nuevas configuraciones de lo Social. Seminario Internacional de Maestría en trabajo Social. Buenos Aires 2003.
- Jasone Mondragon. Manual de Practicas de Trabajo Social en el campo de la Salud. Editorial Siglo XXI. Madrid 1999.
- Francisco Lara Sánchez. El Trabajador Social y la Ayuda Psicosocial. Ediciones Algibe. Malaga 2005.
- Roció Gómez Gallego. La Dignidad Humana en el proceso Salud-Enfermedad. Universidad del Rosario. Bogotá 2008.
- Infección por VIH y SIDA en Colombia, Aspectos Fundamentales, Respuesta Nacional Y situación Actual. Colombia. Ministerio de salud. Dirección General de Promoción y Prevención. Programa de prevención y control de las ETSs y SIDA. ONUSIDA. Bogotá 1997.
- Alfredo J. Carballeda. La Intervención en lo Social, Exclusión e integración en los nuevos escenarios sociales. Editorial Paidós Saicf. 2002
- Craig Calhoun. Donald Light. Suzanne Keller. Sociología.
- Shereen Usdin. VIH/SIDA. Editorial Intermon Oxford. 2004
- Jorge Téllez Vargas. Jorge Forero Vargas. Suicidio – Neurobiología, factores de Riesgo y Prevención. Editorial Mismos Autores 2006

- John G. Bartlett. Ann K. Finkbeiner. Guía para vivir con VIH y SIDA. Editorial Diana. México. 1996
- Enrique Rodríguez Caporali. José Fernando Sánchez. Individuo Grupo y Representación Social. UNAD, Facultad de Ciencias Sociales y Humanas. 1997

13. FIGURAS

FIGURA 1(ONUSIDA, 2007)

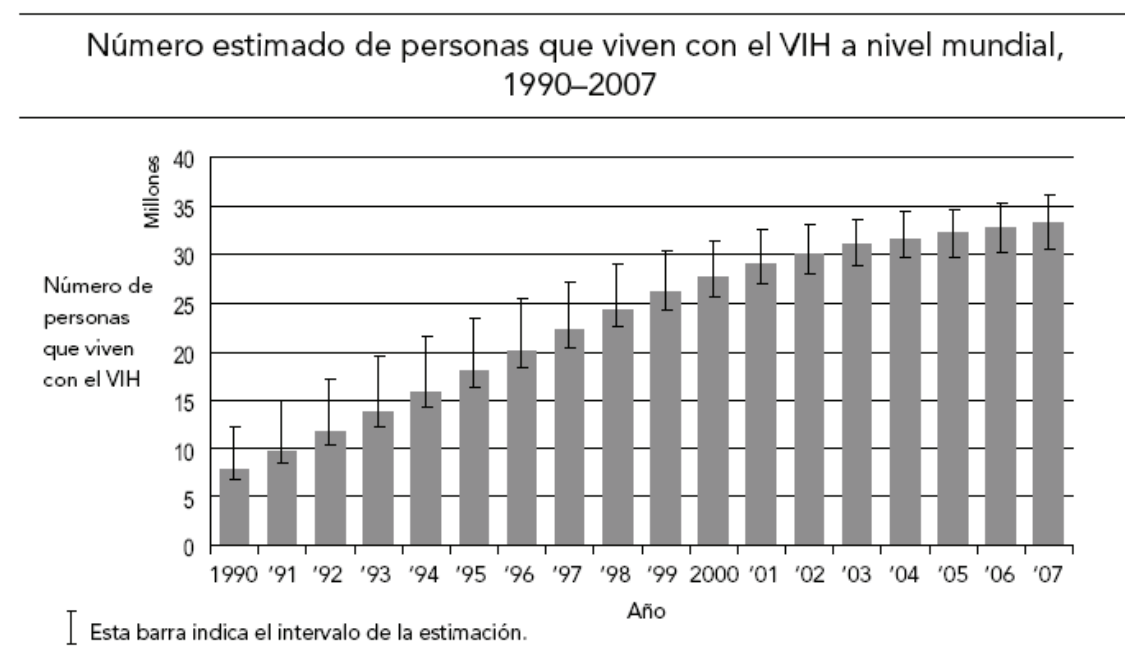


FIGURA 2(ONUSIDA, 2007)

Número estimado de defunciones por sida en adultos y niños a nivel mundial, 1990–2007

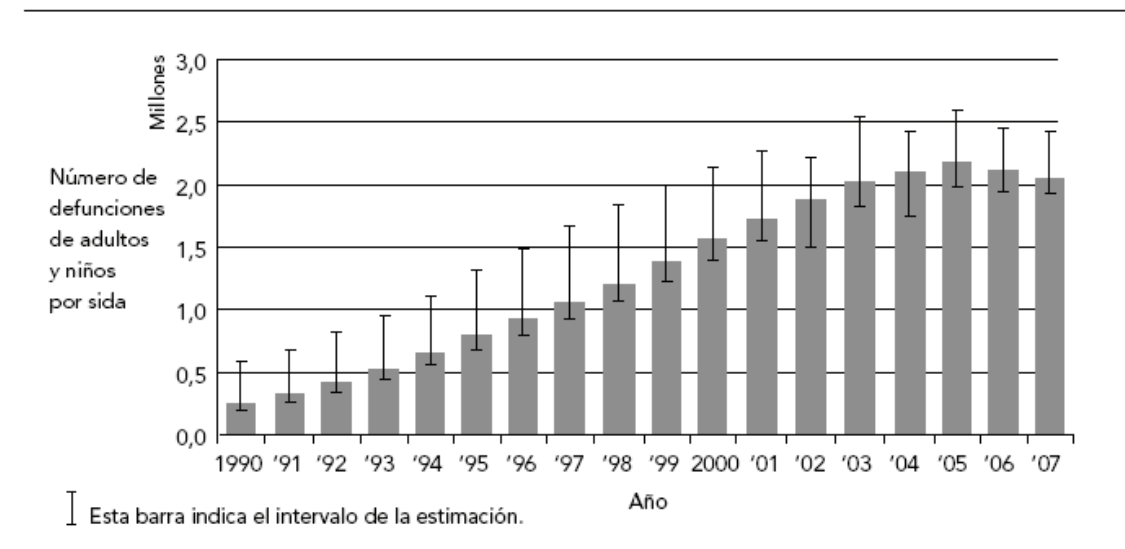


FIGURA 3(ONUSIDA, 2007)

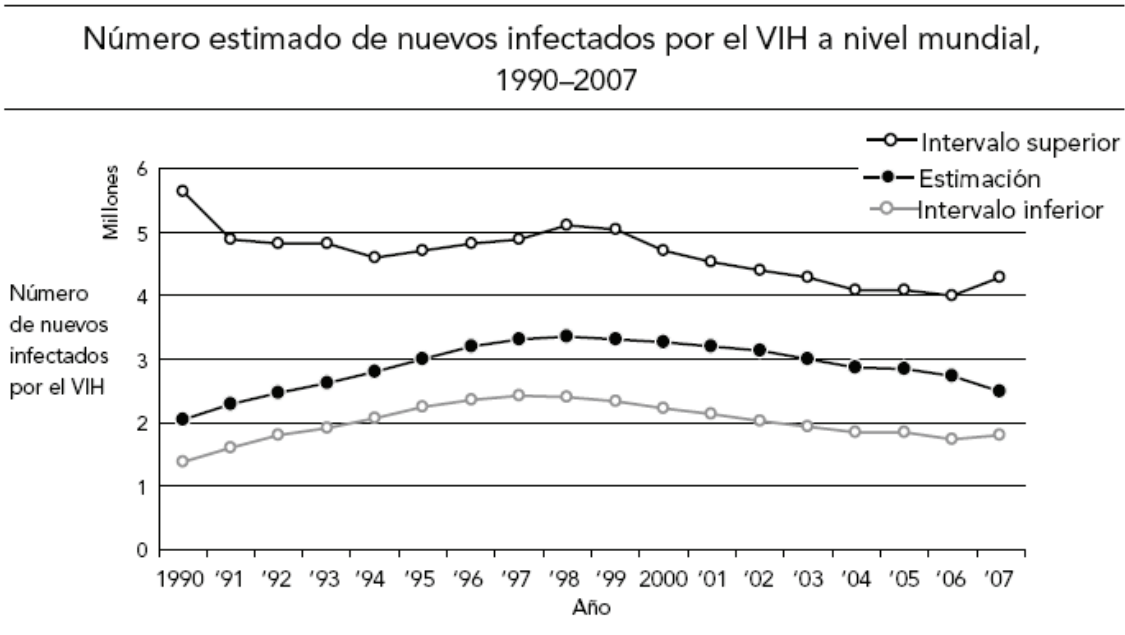
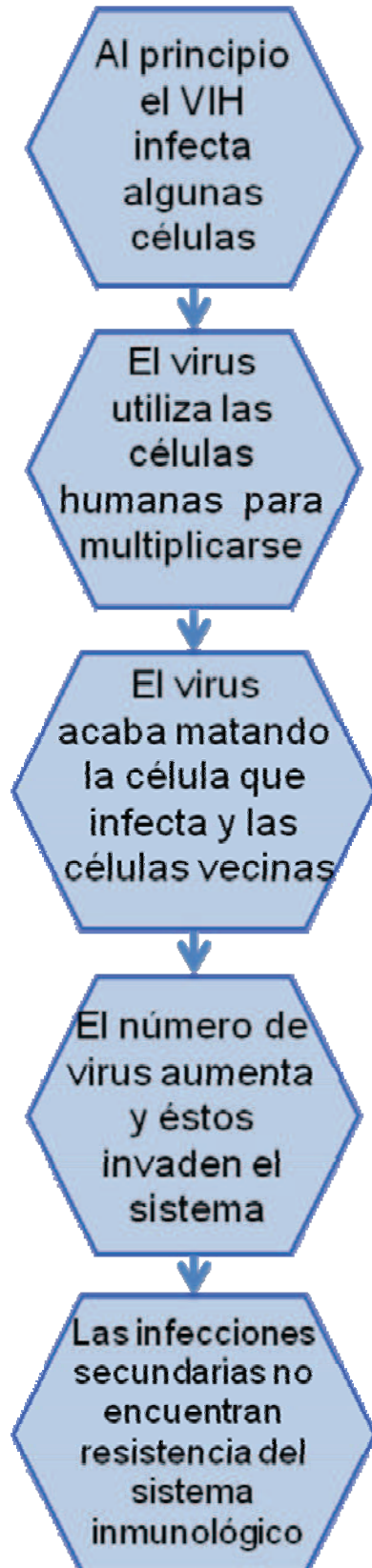


FIGURA 4(ONUSIDA, 2008)

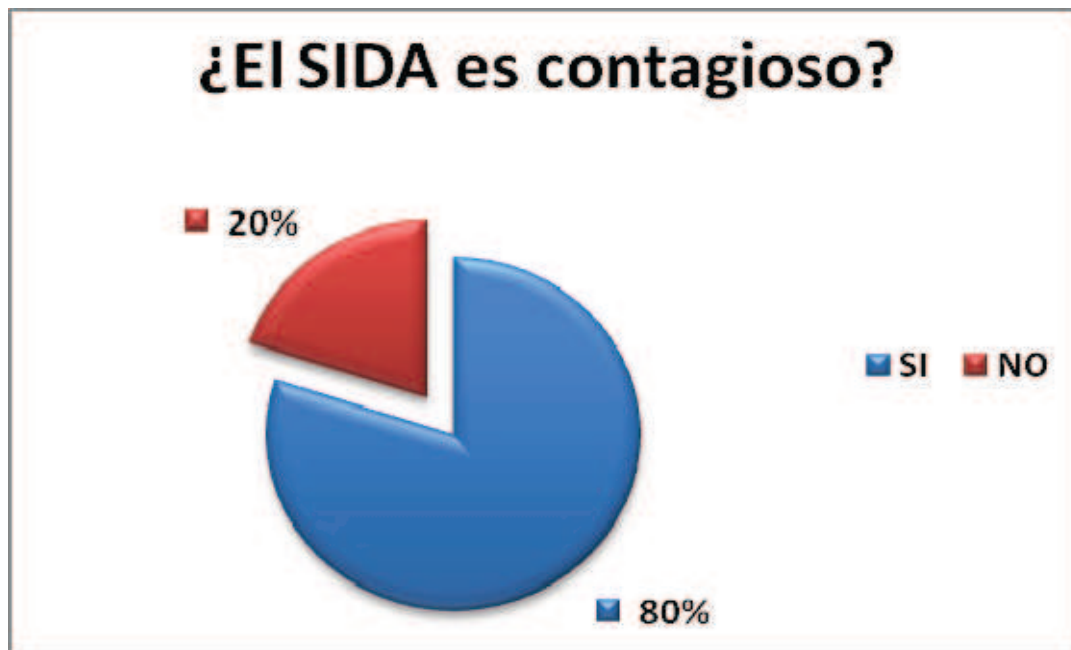
COMO PROGRESA EL VIH



14. GRAFICAS

14.1. GRAFICAS ENCUESTAS

GRAFICA 1



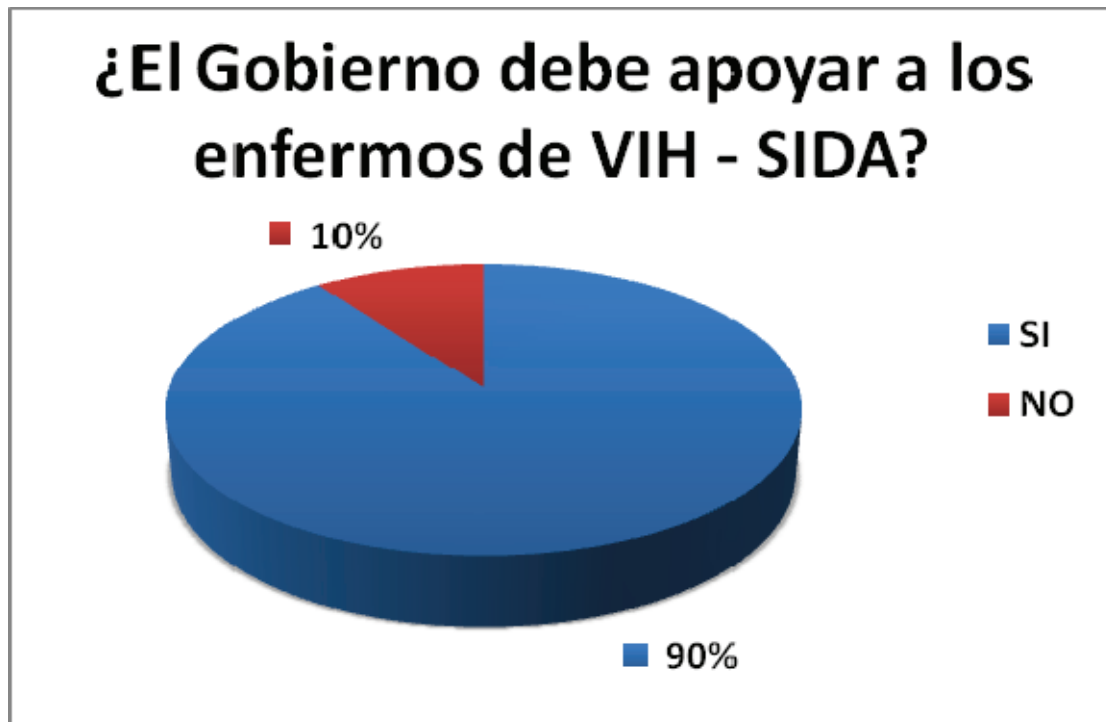
GRAFICA 2



GRAFICA 3



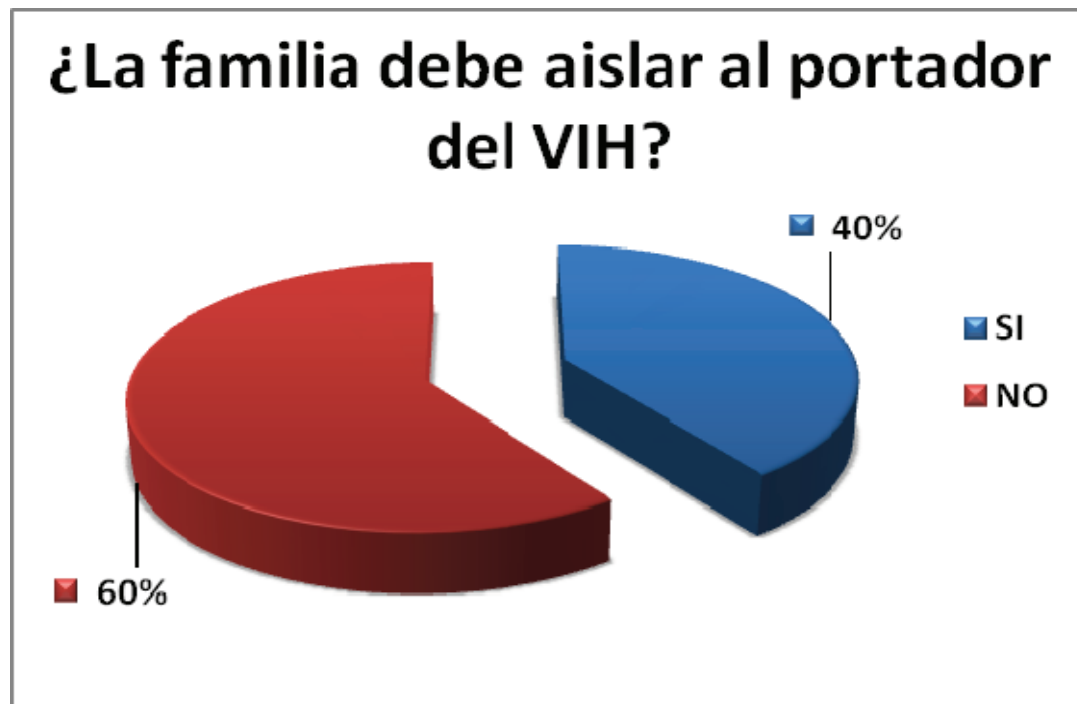
GRAFICA 4



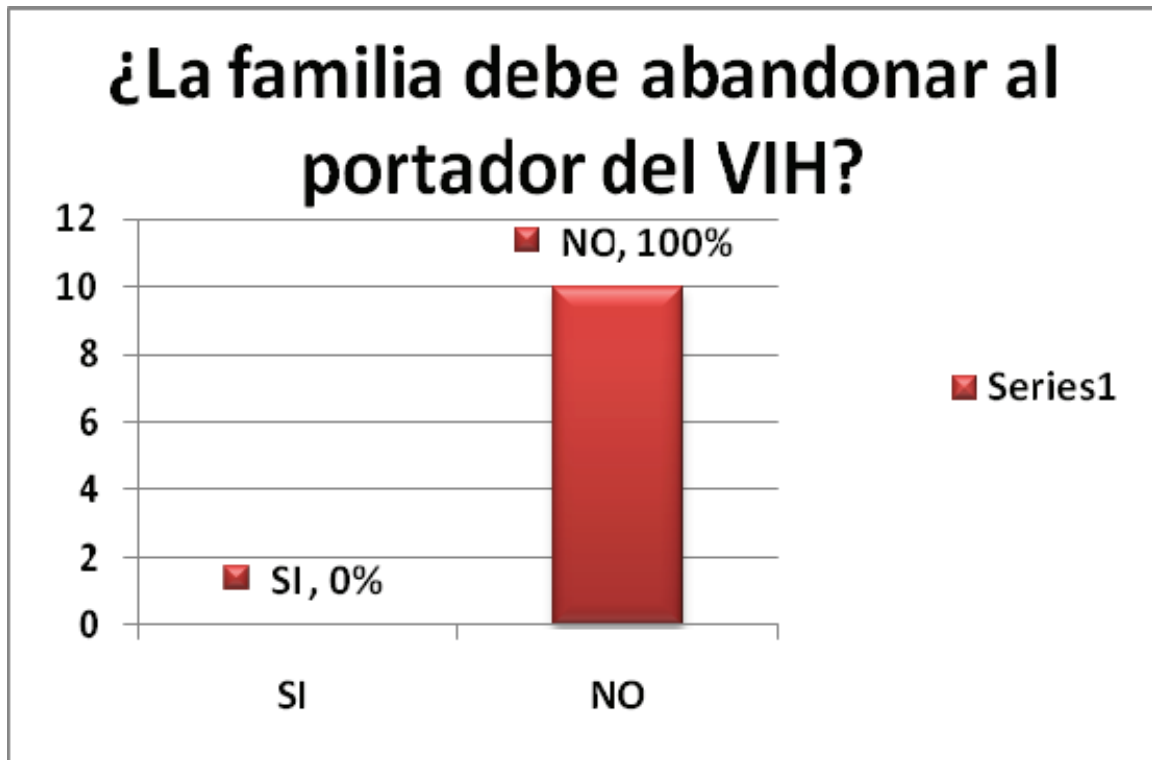
GRAFICA 5



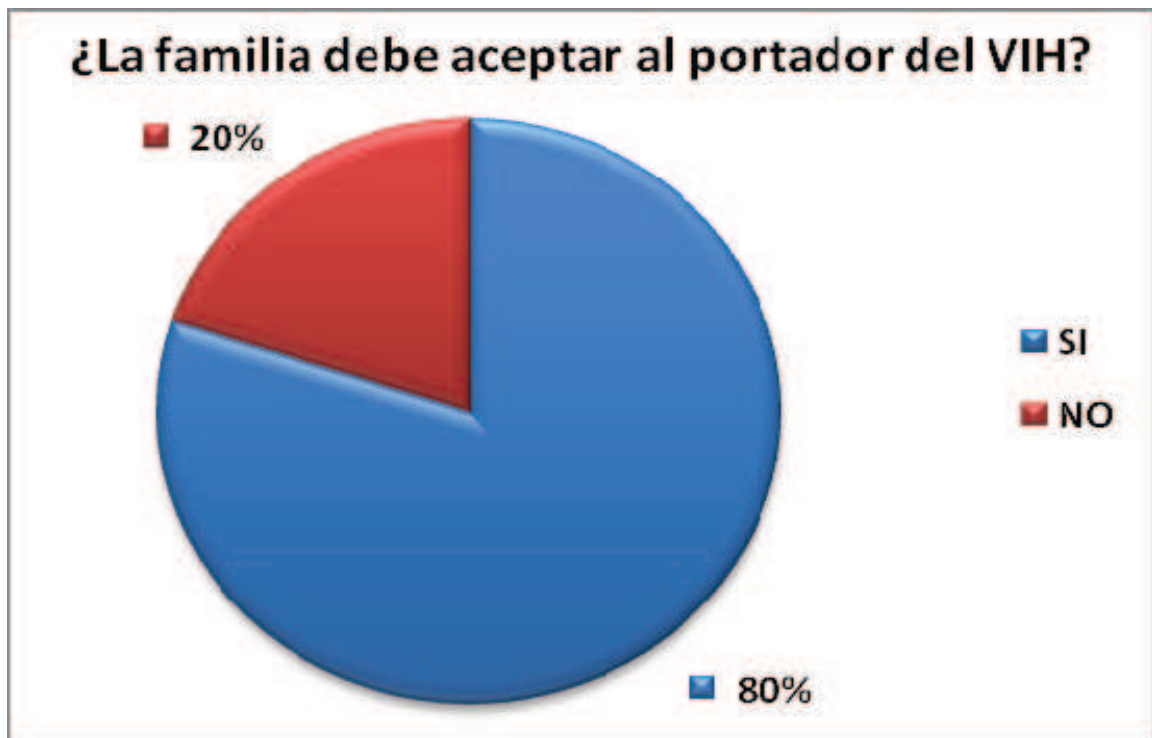
GRAFICA 6



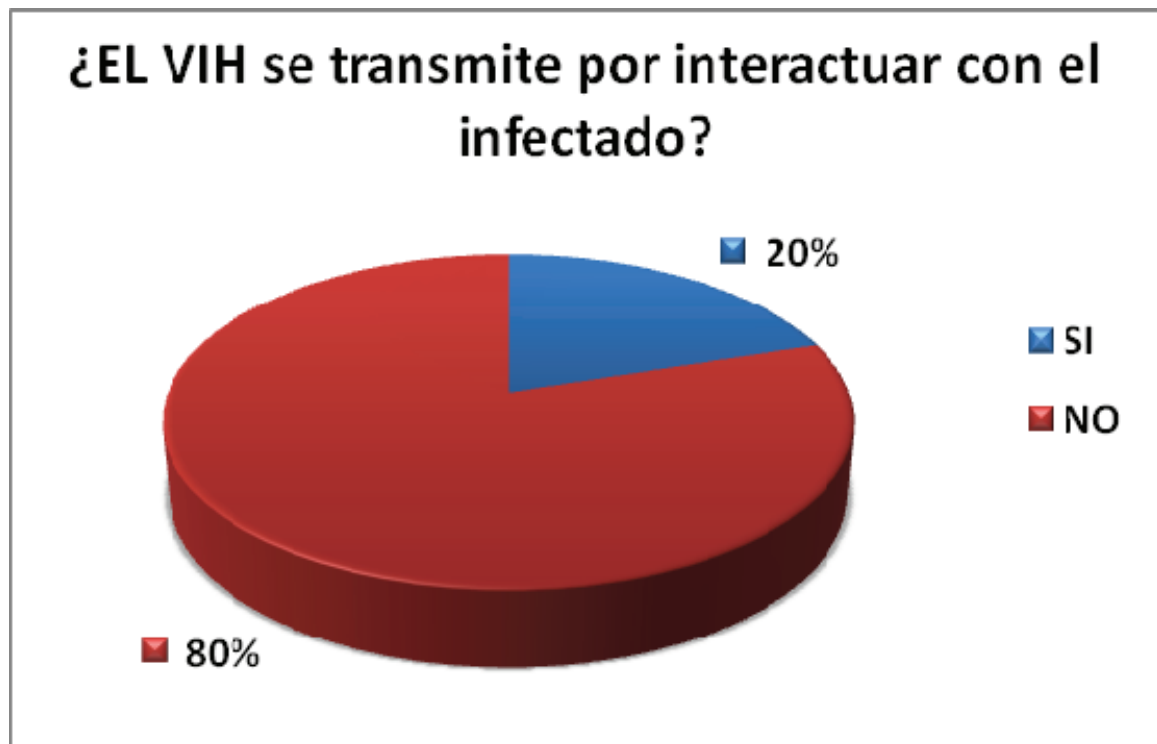
GRAFICA 7



GRAFICA 8



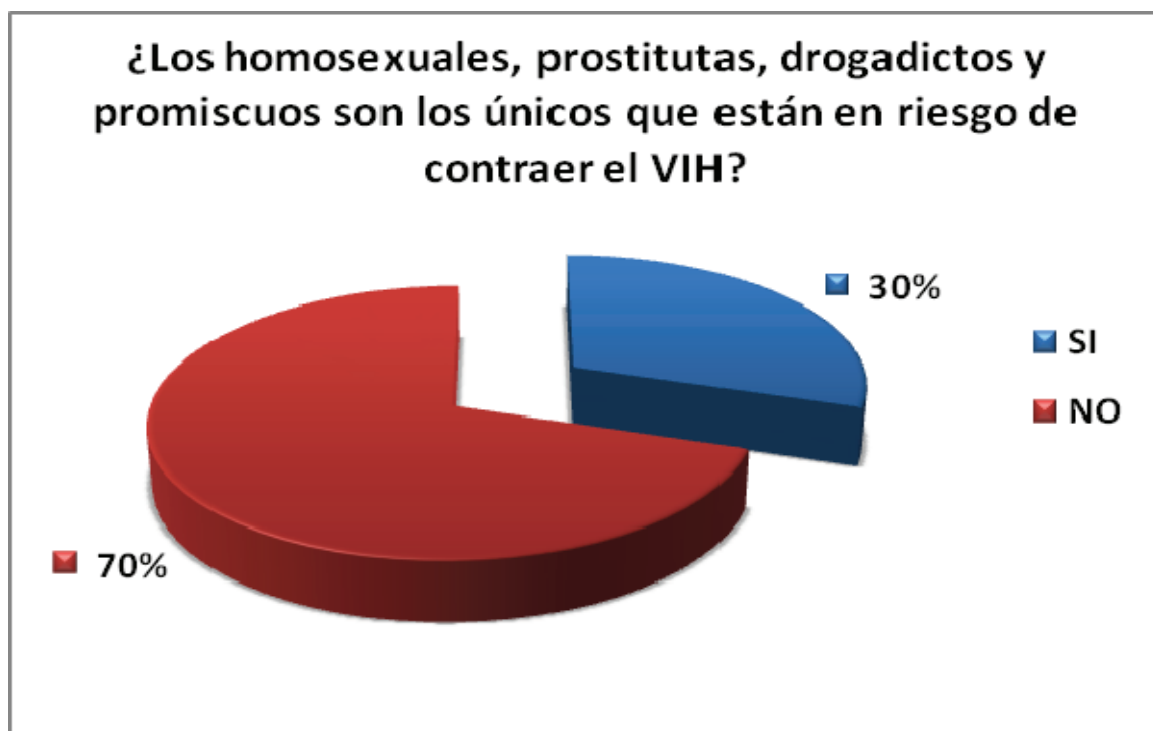
GRAFICA 9



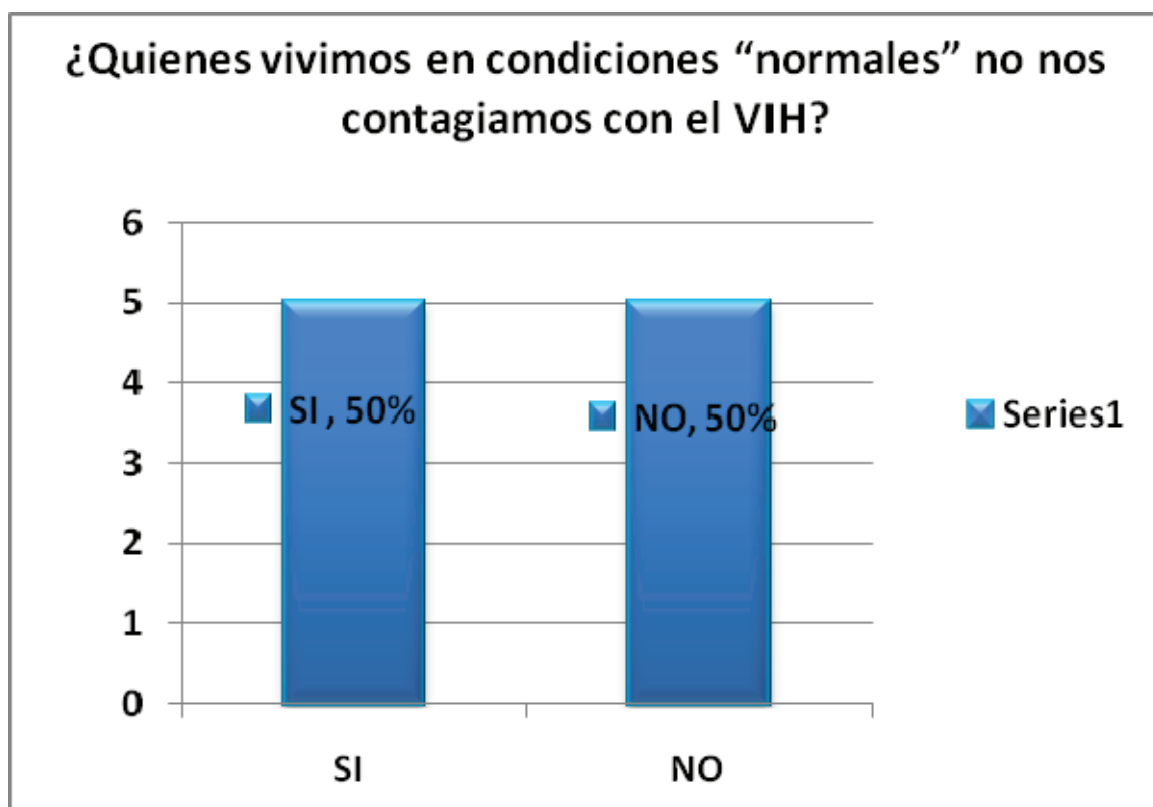
GRAFICA 10



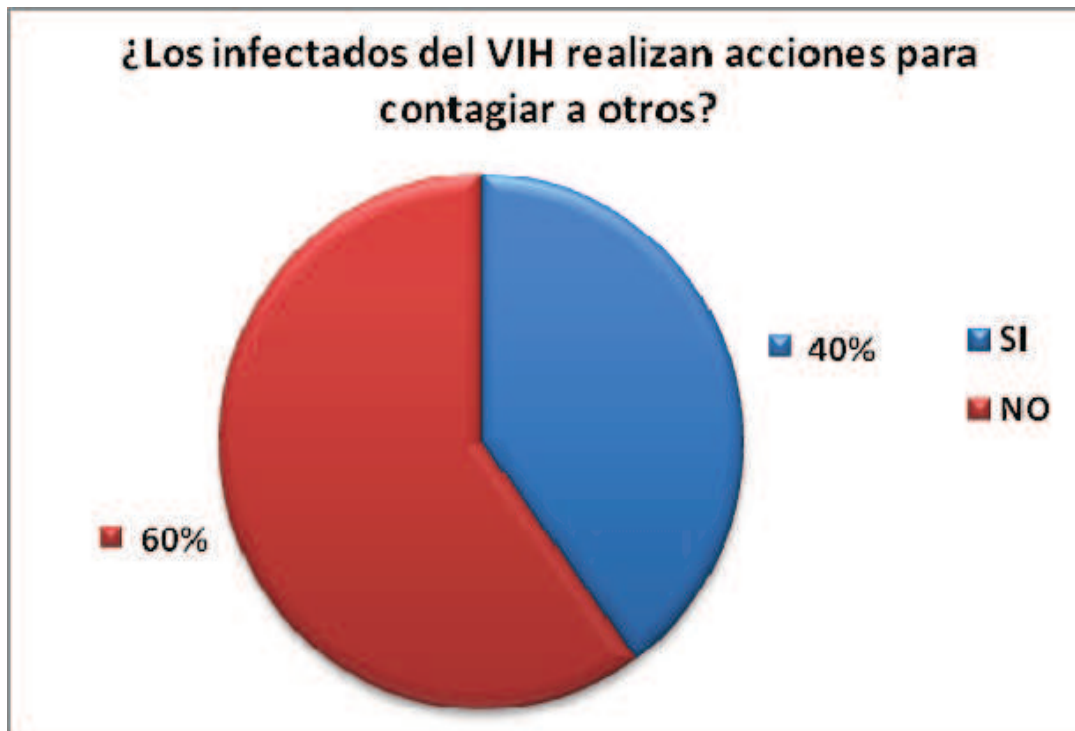
GRAFICA 11



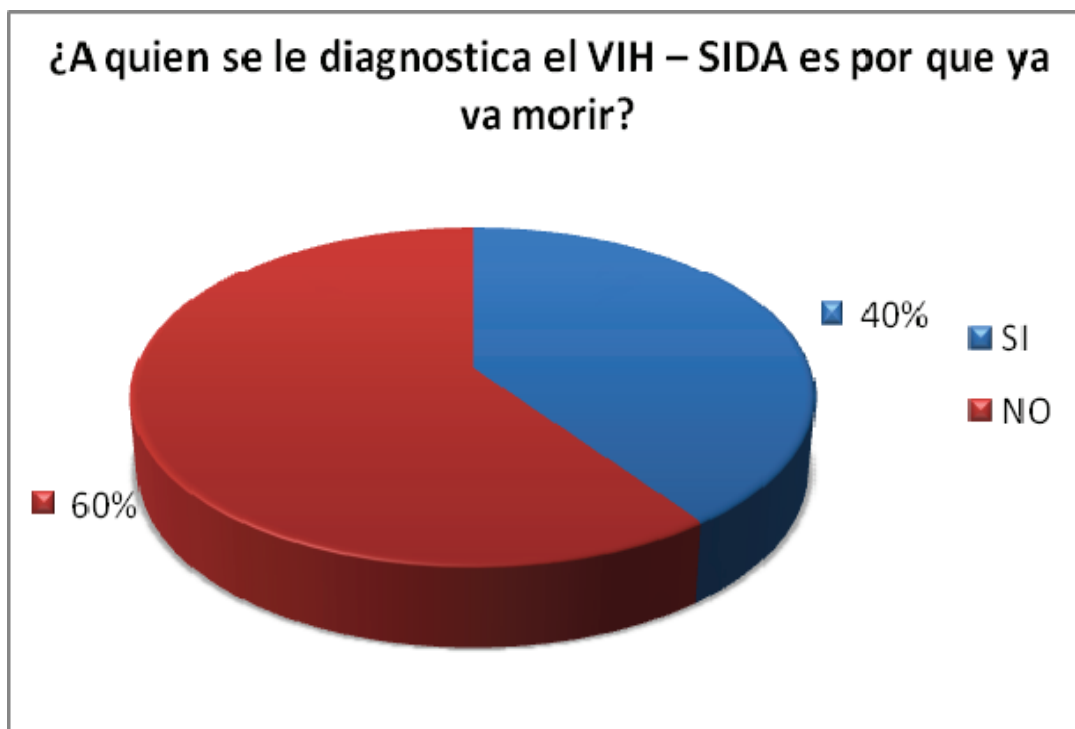
GRAFICA 12



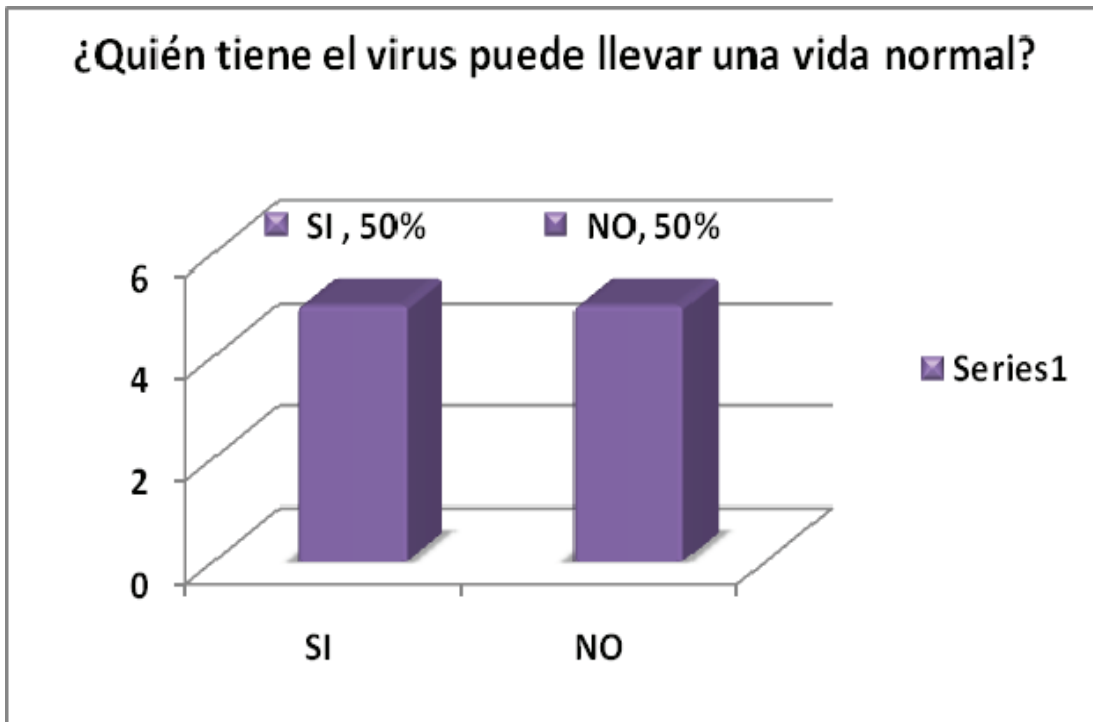
GRAFICA 13



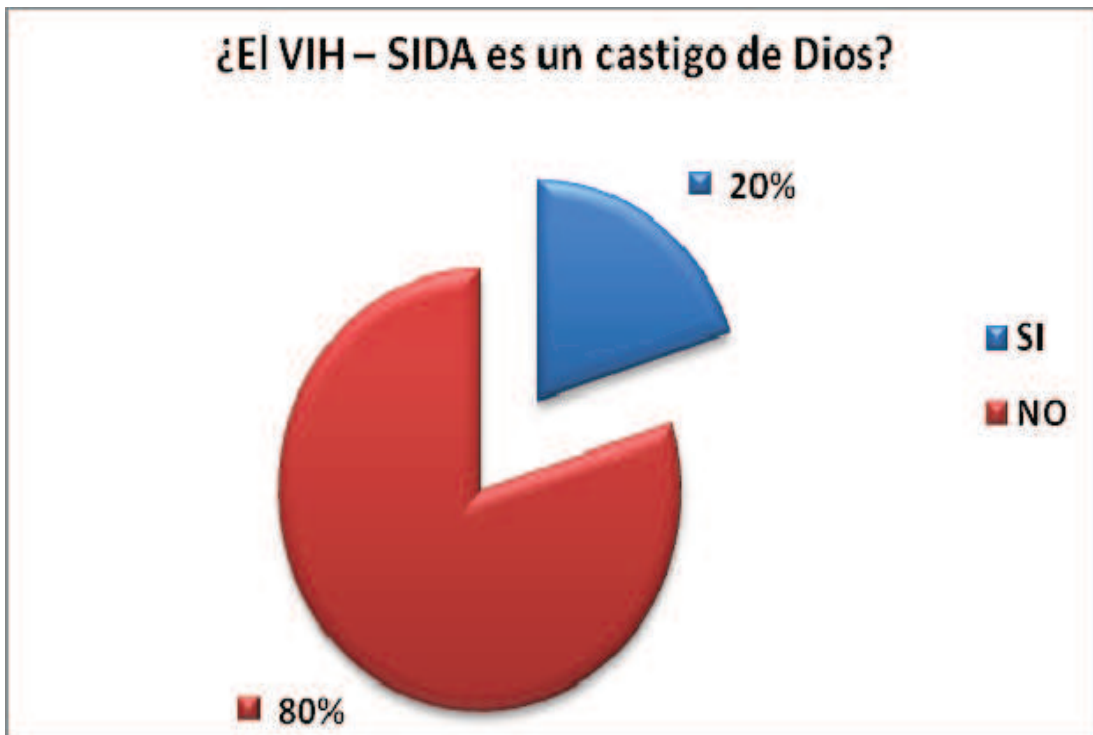
GRAFICA 14



GRAFICA 15



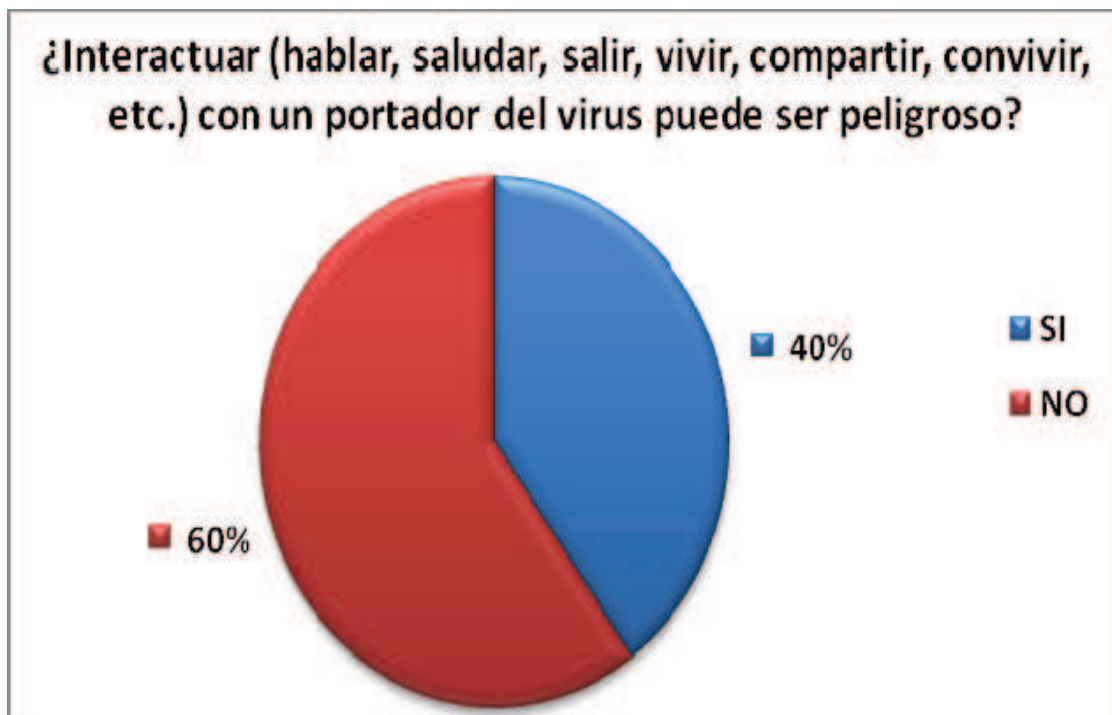
GRAFICA 16



GRAFICA 17



GRAFICA 18

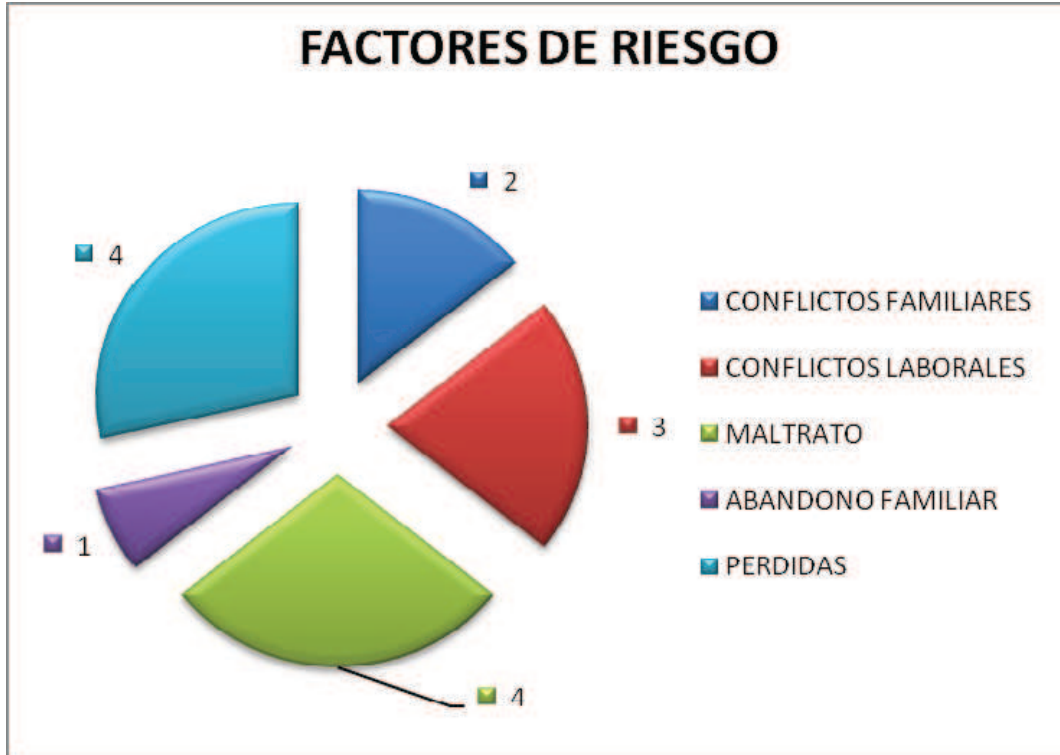


GRAFICA 19

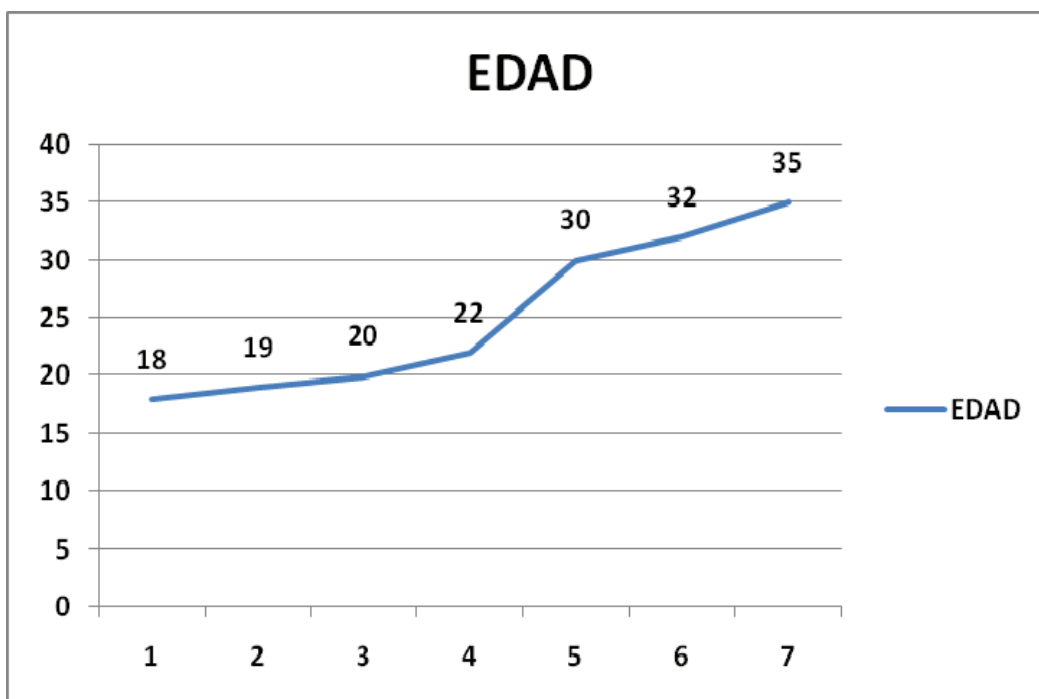


14.2. GRAFICAS FICHA SOCIAL

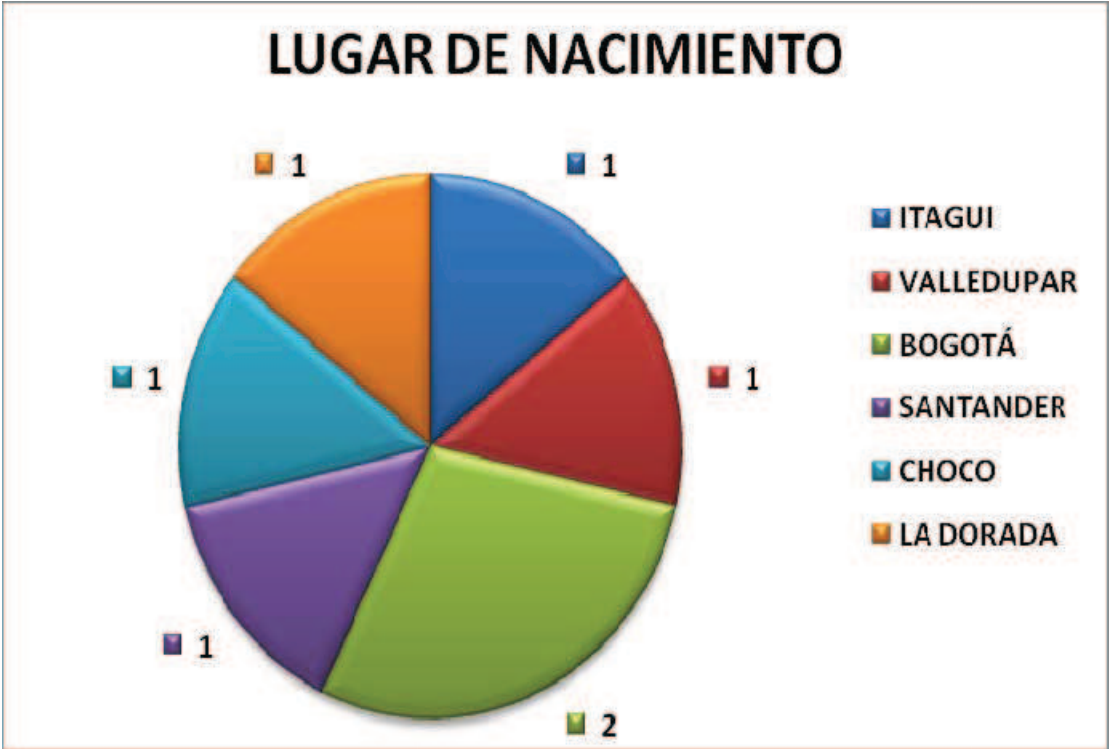
GRAFICA 1



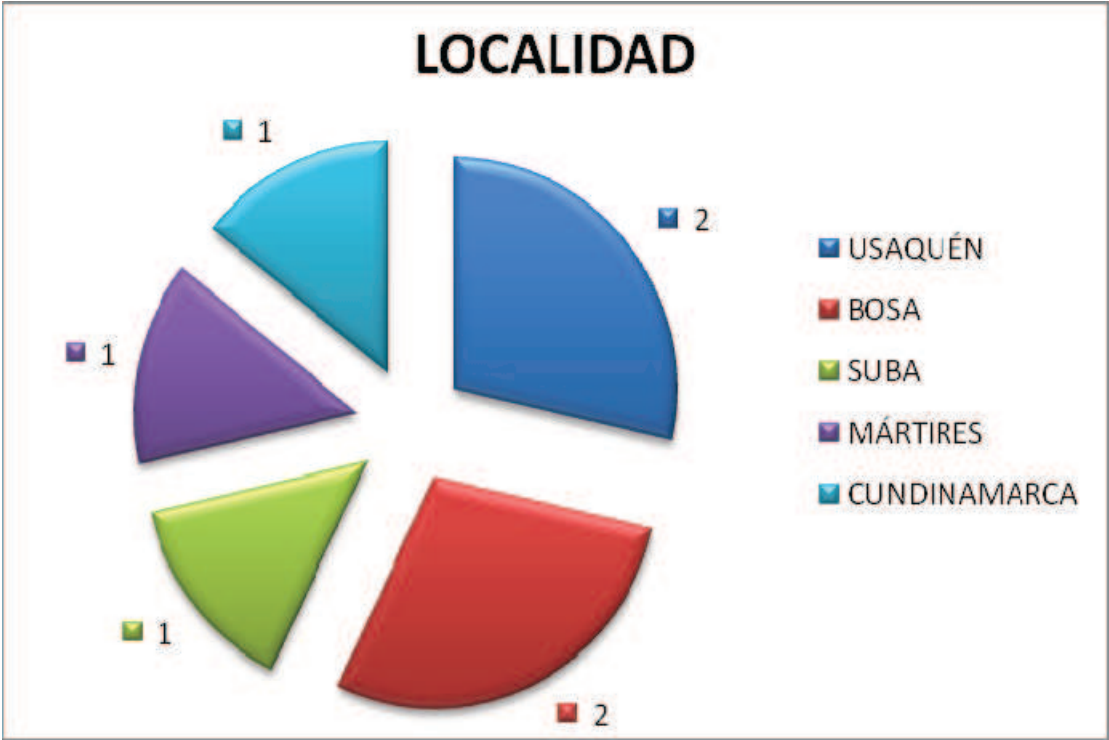
GRAFICA 2



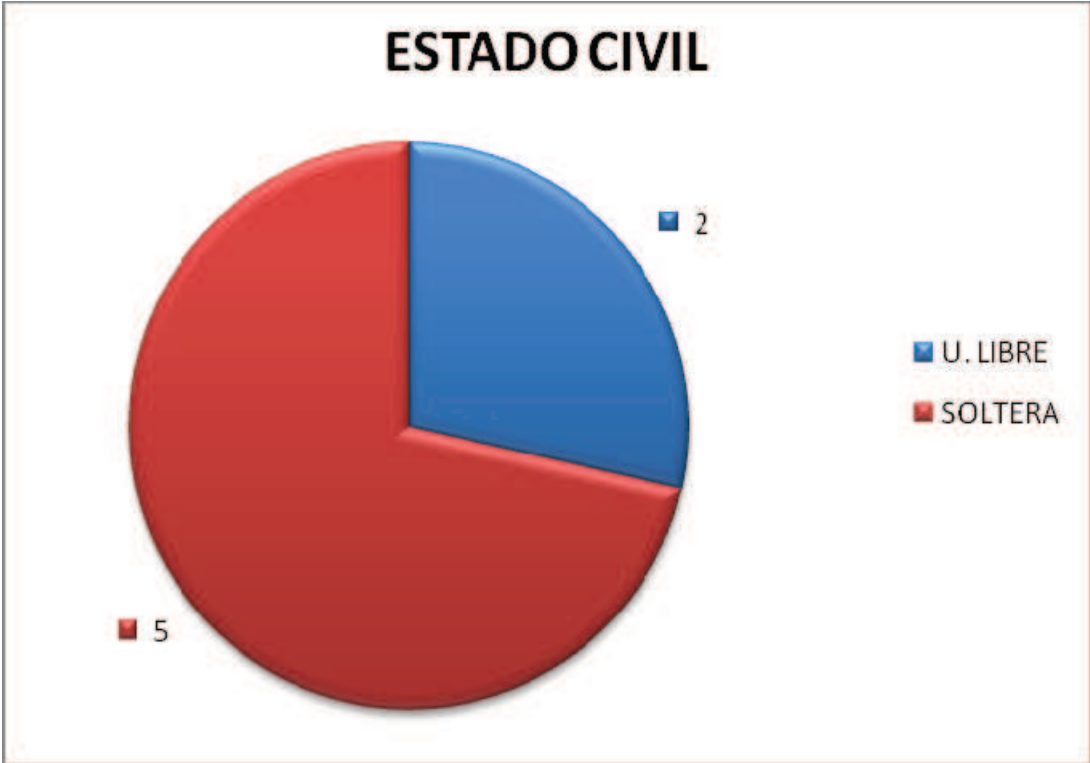
GRAFICA 3



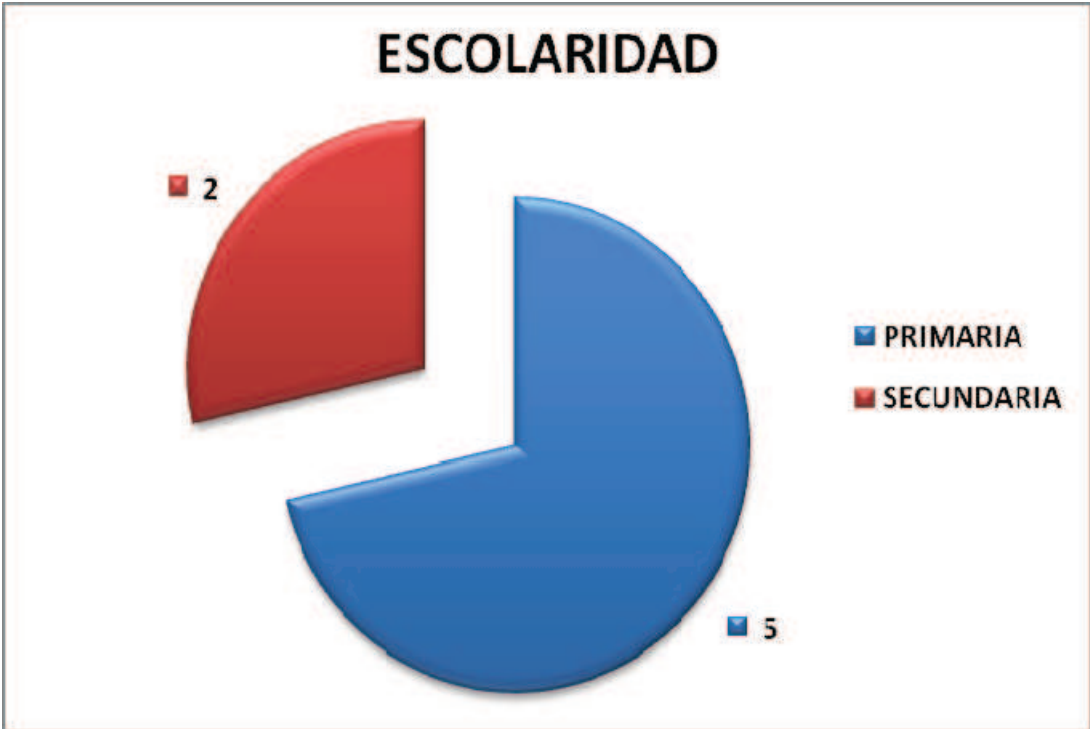
GRAFICA 4



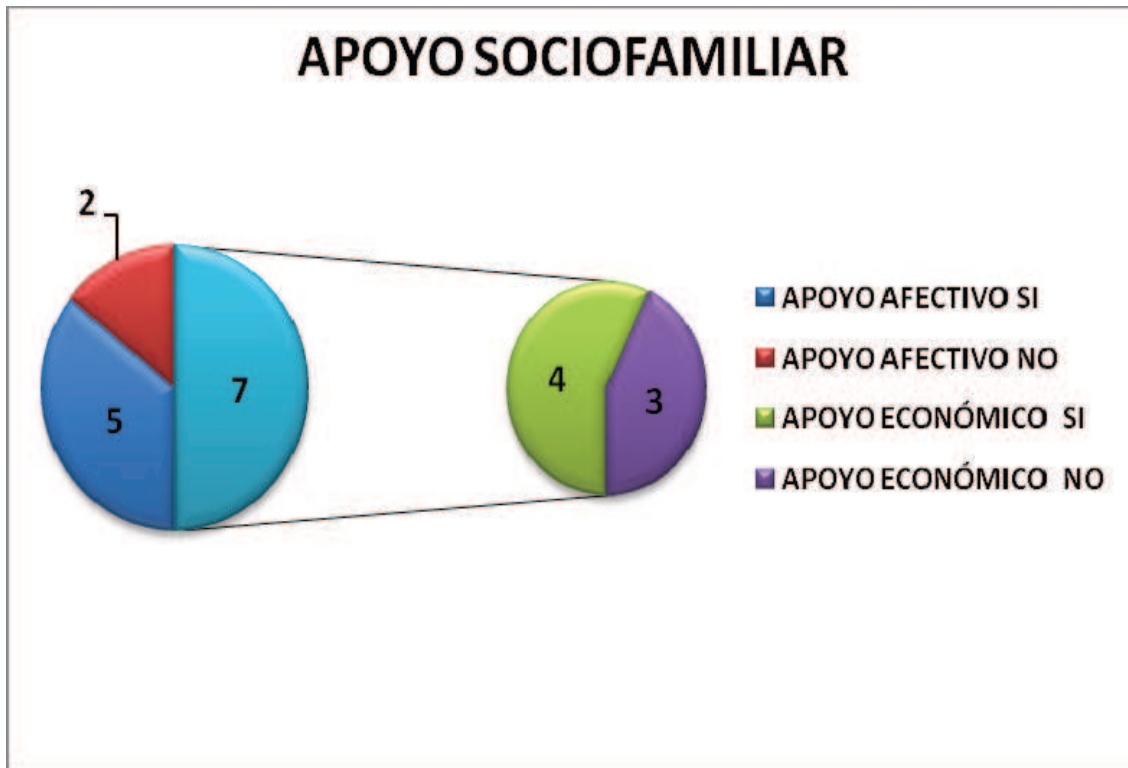
GRAFICA 5



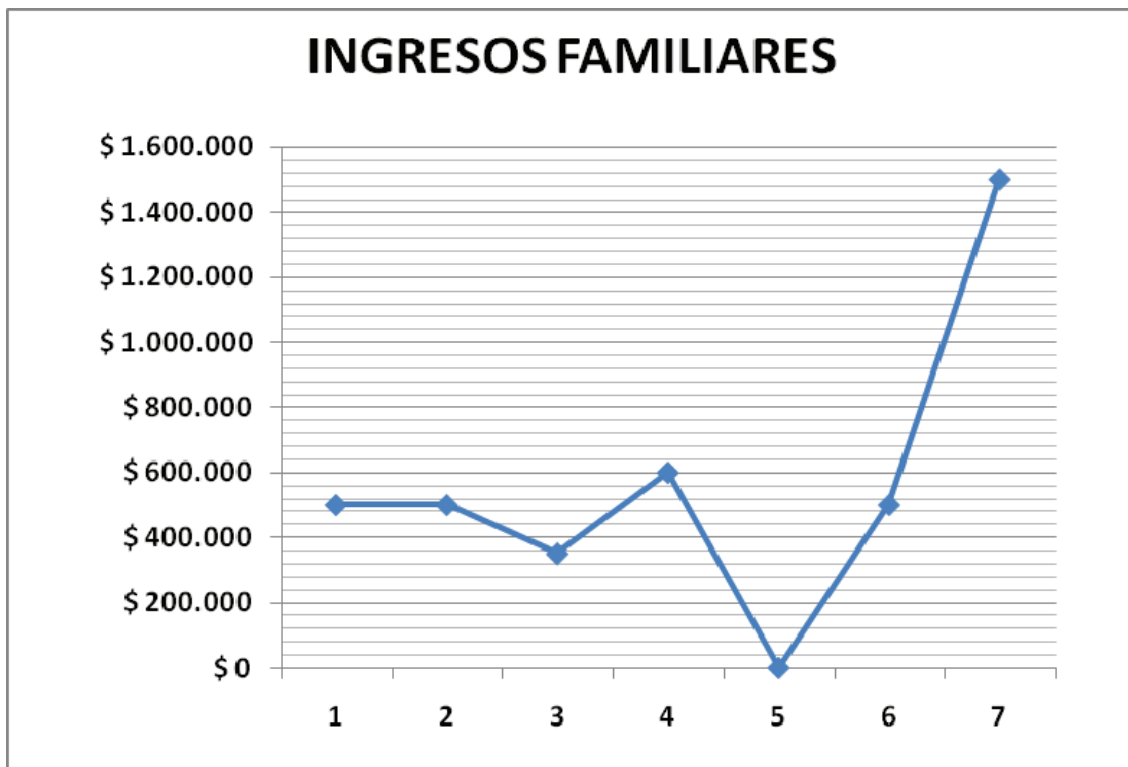
GRAFICA 6



GRAFICA 7



GRAFICA 8



15. ANEXOS

ANEXO 1 – ENCUESTAS

Realizadas entre los usuarios del hospital con el fin de elaborar un diagnóstico acerca de los imaginarios construidos socialmente en torno al VIH.

A continuación presentamos las encuestas; las de los portadores están señaladas con un asterisco (*).

1- ENCUESTA SOBRE VIH – SIDA *

Los datos consignados en esta encuesta son confidenciales. Su utilidad es de carácter social; con el fin de establecer relaciones sociales con los infectados que permita elaborar un diagnóstico.

1. Datos poblacionales

1.1 Edad 33 Sexo M Barrio TINTALITO

1.2 Nivel de escolaridad: Marque X

Primaria Secundaria Técnica X Universitaria Ninguna Otra

2. Responsabilidad social sobre la enfermedad: Marque con una X.

SI NO

- | | | |
|--|-------------|-------------|
| 2.1 ¿El SIDA es contagioso? | <u>X</u> | <u> </u> |
| 2.2 ¿Los portadores del virus deben vivir aislados de la comunidad? | <u> </u> | <u>X</u> |
| 2.3 ¿Los portadores del virus deben hacerse responsables de su enfermedad? | <u>X</u> | <u> </u> |
| 2.4 ¿El Gobierno debe apoyar a los enfermos de VIH - SIDA? | <u>X</u> | <u> </u> |

3. Familia.

- | | | |
|--|-------------|-------------|
| 3.1 ¿La familia debe convivir con un infectado por el VIH? | <u>X</u> | <u> </u> |
| 3.2 ¿La familia debe aislar al portador del VIH? | <u> </u> | <u>X</u> |
| 3.3 ¿La familia debe abandonar al portador del VIH? | <u> </u> | <u>X</u> |
| 3.4 ¿La familia debe aceptar al portador del VIH? | <u>X</u> | <u> </u> |

4. Sociedad.

- | | | |
|---|-------------|----------|
| 4.1 ¿EL VIH se transmite por interactuar con el infectado? | <u> </u> | <u>X</u> |
| 4.2 ¿AL interactuar con un infectado por el VIH hay que desinfectarse? | <u> </u> | <u>X</u> |
| 4.3 ¿Los homosexuales, prostitutas, drogadictos y promiscuos son los únicos que están en riesgo de contraer el VIH? | <u> </u> | <u>X</u> |
| 4.4 ¿Quienes vivimos en condiciones “normales” no nos contagiamos con el VIH? | <u> </u> | <u>X</u> |
| 4.5 ¿Los infectados del VIH realizan acciones para contagiar a otros? | <u> </u> | <u>X</u> |
| 4.6 ¿A quien se le diagnostica el VIH – SIDA es por que ya va morir? | <u> </u> | <u>X</u> |
| 4.7 ¿Quién tiene el virus puede llevar una vida normal? | <u> </u> | <u>X</u> |
| 4.8 ¿El VIH – SIDA es un castigo de Dios? | <u> </u> | <u>X</u> |
| 4.9 ¿Quién tiene la enfermedad del VIH no debe informarle a nadie su secreto? | <u> </u> | <u>X</u> |

5. Laboral

- | | | |
|---|-------------|-------------|
| 5.1 ¿Un enfermo de VIH - SIDA debe ser despedido de su empleo? | <u> </u> | <u>X</u> |
| 5.2 ¿Un portador del VIH puede ser empleado en cualquier empresa? | <u>X</u> | <u> </u> |
| 5.3 ¿En las empresas deben existir espacios especiales para los portadores del VIH? | <u>X</u> | <u> </u> |

5.4 ¿Todas las empresas deben diseñar programas de prevención hacia el VIH?

6. Interacción Social

6.1 ¿Conoce usted algún infectado con el VIH - SIDA?

6.2 ¿Participaría usted en reuniones sociales con portadores del VIH - SIDA?

6.3 ¿Interactuar (hablar, saludar, salir, vivir, compartir, convivir, etc.) con un portador del virus puede ser peligroso?

6.4 Tener un portador de VIH – SIDA en su familia le causaría:

A) Miedo SI NO

B) Repugnancia SI NO

C) Aceptación SI NO

6.5 Tener un infectado en su vecindario le causaría:

A) Miedo SI NO

B) Repugnancia SI NO

C) Aceptación SI NO

6.6 A un portador del VIH –SIDA hay que:

A) Tenerle miedo SI NO

B) Aislarlo SI NO

C) Conocerle y entenderlo SI NO

6.7 ¿Usted es capaz de ponerse en la situación de los infectados del VIH? SI NO

6.8 ¿Cuál sería su actitud si usted fuera diagnosticado por el virus? (Responda brevemente)
SEGUIR ADELANTE – LUCHAR CONTRA LA ENFERMEDAD

6.9 ¿Conoce redes de apoyo social para los portadores del VIH – SIDA? SI NO
Cuales *EUDES - ONUSIDA - LGBT*

7. ¿La iglesia rechaza a los infectados? SI NO

8. ¿Por qué las personas se infectan con el VIH - SIDA? *EL NO PROTEGERSE, LA PROMISCUIDAD SON CAUSAS DE LA INFECCIÓN Y LA NO CONCIENTIZACIÓN DEL MUNDO*

2- ENCUESTA SOBRE VIH – SIDA *

Los datos consignados en esta encuesta son confidenciales. Su utilidad es de carácter social; con el fin de establecer relaciones sociales con los infectados que permita elaborar un diagnóstico.

1. Datos poblacionales

1.1 Edad 19 Sexo M Barrio KENNEDY

1.2 Nivel de escolaridad: Marque X
 Primaria Secundaria X Técnica Universitaria Ninguna Otra

2. Responsabilidad social sobre la enfermedad: Marque con una X. SI NO

2.1 ¿El SIDA es contagioso? X
 2.2 ¿Los portadores del virus deben vivir aislados de la comunidad? X
 2.3 ¿Los portadores del virus deben hacerse responsables de su enfermedad? X
 2.4 ¿El Gobierno debe apoyar a los enfermos de VIH - SIDA? X

3. Familia.

3.1 ¿La familia debe convivir con un infectado por el VIH? X
 3.2 ¿La familia debe aislar al portador del VIH? X
 3.3 ¿La familia debe abandonar al portador del VIH? X
 3.4 ¿La familia debe aceptar al portador del VIH? X

4. Sociedad.

4.1 ¿EL VIH se transmite por interactuar con el infectado? X
 4.2 ¿AL interactuar con un infectado por el VIH hay que desinfectarse? X
 4.3 ¿Los homosexuales, prostitutas, drogadictos y promiscuos son los únicos que Están en riesgo de contraer el VIH? X
 4.4 ¿Quienes vivimos en condiciones "normales" no nos contagiamos con el VIH? X
 4.5 ¿Los infectados del VIH realizan acciones para contagiar a otros? X
 4.6 ¿A quien se le diagnostica el VIH – SIDA es por que ya va morir? X
 4.7 ¿Quién tiene el virus puede llevar una vida normal? X
 4.8 ¿El VIH – SIDA es un castigo de Dios? X
 4.9 ¿Quién tiene la enfermedad del VIH no debe informarle a nadie su secreto? X

5. Laboral

5.1 ¿Un enfermo de VIH - SIDA debe ser despedido de su empleo? X
 5.2 ¿Un portador del VIH puede ser empleado en cualquier empresa? X
 5.3 ¿En las empresas deben existir espacios especiales para los portadores del VIH? X
 5.4 ¿Todas las empresas deben diseñar programas de prevención hacia el VIH? X

6. Interacción Social

6.1 ¿Conoce usted algún infectado con el VIH - SIDA? X
 6.2 ¿Participaría usted en reuniones sociales con portadores del VIH - SIDA? X
 6.3 ¿Interactuar (hablar, saludar, salir, vivir, compartir, convivir, etc.) con un portador Del virus puede ser peligroso? X
 6.4 Tener un portador de VIH – SIDA en su familia le causaría:
 A) Miedo SI NO X
 B) Repugnancia SI NO X
 C) Aceptación SI X NO

6.5 Tener un infectado en su vecindario le causaría:

- A) Miedo SI _____ NO x
B) Repugnancia SI _____ NO x
C) Aceptación SI x NO _____

6.6 A un portador del VIH –SIDA hay que:

- A) Tenerle miedo SI _____ NO x
B) Aislarlo SI _____ NO x
C) Conocerle y entenderlo SI x NO _____

6.7 ¿Usted es capaz de ponerse en la situación de los infectados del VIH? SI x NO _____

6.8 ¿Cuál sería su actitud si usted fuera diagnosticado por el virus? (Responda brevemente)
NO LE DIRÍA A NADIE Y BUSCARÍA AYUDA

6.9 ¿Conoce redes de apoyo social para los portadores del VIH – SIDA? SI x NO _____
Cuales *EUDES*

7. ¿La iglesia rechaza a los infectados? SI _____ NO x

8. ¿Por qué las personas se infectan con el VIH - SIDA? *POR EXPERIMENTAR COSAS Y NO PENSAR EN LAS CONSECUENCIAS – POR NO CUIDARSE*

3- ENCUESTA SOBRE VIH – SIDA

Los datos consignados en esta encuesta son confidenciales. Su utilidad es de carácter social; con el fin de establecer relaciones sociales con los infectados que permita elaborar un diagnóstico.

1. Datos poblacionales

1.1 Edad 39 Sexo M Barrio ÁLAMOS NORTE

1.2 Nivel de escolaridad: Marque X
 Primaria Secundaria Técnica X Universitaria Ninguna Otra

2. Responsabilidad social sobre la enfermedad: Marque con una X. SI NO

2.1 ¿El SIDA es contagioso? X
 2.2 ¿Los portadores del virus deben vivir aislados de la comunidad? X
 2.3 ¿Los portadores del virus deben hacerse responsables de su enfermedad? X
 2.4 ¿El Gobierno debe apoyar a los enfermos de VIH - SIDA? X

3. Familia.

3.1 ¿La familia debe convivir con un infectado por el VIH? X
 3.2 ¿La familia debe aislar al portador del VIH? X
 3.3 ¿La familia debe abandonar al portador del VIH? X
 3.4 ¿La familia debe aceptar al portador del VIH? X

4. Sociedad.

4.1 ¿EL VIH se transmite por interactuar con el infectado? X
 4.2 ¿AL interactuar con un infectado por el VIH hay que desinfectarse? X
 4.3 ¿Los homosexuales, prostitutas, drogadictos y promiscuos son los únicos que Están en riesgo de contraer el VIH? X
 4.4 ¿Quienes vivimos en condiciones "normales" no nos contagiamos con el VIH? X
 4.5 ¿Los infectados del VIH realizan acciones para contagiar a otros? X
 4.6 ¿A quien se le diagnostica el VIH – SIDA es por que ya va morir? X
 4.7 ¿Quién tiene el virus puede llevar una vida normal? X
 4.8 ¿El VIH – SIDA es un castigo de Dios? X
 4.9 ¿Quién tiene la enfermedad del VIH no debe informarle a nadie su secreto? X

5. Laboral

5.1 ¿Un enfermo de VIH - SIDA debe ser despedido de su empleo? X
 5.2 ¿Un portador del VIH puede ser empleado en cualquier empresa? X
 5.3 ¿En las empresas deben existir espacios especiales para los portadores del VIH? X
 5.4 ¿Todas las empresas deben diseñar programas de prevención hacia el VIH? X

6. Interacción Social

6.1 ¿Conoce usted algún infectado con el VIH - SIDA? X
 6.2 ¿Participaría usted en reuniones sociales con portadores del VIH - SIDA? X
 6.3 ¿Interactuar (hablar, saludar, salir, vivir, compartir, convivir, etc.) con un portador Del virus puede ser peligroso? X
 6.4 Tener un portador de VIH – SIDA en su familia le causaría:
 A) Miedo SI NO X
 B) Repugnancia SI NO X
 C) Aceptación SI X NO

4- ENCUESTA SOBRE VIH – SIDA

Los datos consignados en esta encuesta son confidenciales. Su utilidad es de carácter social; con el fin de establecer relaciones sociales con los infectados que permita elaborar un diagnóstico.

1. Datos poblacionales

1.1 Edad 45 Sexo M Barrio BILBAO

1.2 Nivel de escolaridad: Marque X
 Primaria X Secundaria Técnica Universitaria Ninguna Otra

2. Responsabilidad social sobre la enfermedad: Marque con una X. SI NO

2.1 ¿El SIDA es contagioso? x
 2.2 ¿Los portadores del virus deben vivir aislados de la comunidad? x
 2.3 ¿Los portadores del virus deben hacerse responsables de su enfermedad? x
 2.4 ¿El Gobierno debe apoyar a los enfermos de VIH - SIDA? x

3. Familia.

3.1 ¿La familia debe convivir con un infectado por el VIH? x
 3.2 ¿La familia debe aislar al portador del VIH? x
 3.3 ¿La familia debe abandonar al portador del VIH? x
 3.4 ¿La familia debe aceptar al portador del VIH? x

4. Sociedad.

4.1 ¿EL VIH se transmite por interactuar con el infectado? x
 4.2 ¿AL interactuar con un infectado por el VIH hay que desinfectarse? x
 4.3 ¿Los homosexuales, prostitutas, drogadictos y promiscuos son los únicos que Están en riesgo de contraer el VIH? x
 4.4 ¿Quienes vivimos en condiciones "normales" no nos contagiamos con el VIH? x
 4.5 ¿Los infectados del VIH realizan acciones para contagiar a otros? x
 4.6 ¿A quien se le diagnostica el VIH – SIDA es por que ya va morir? x
 4.7 ¿Quién tiene el virus puede llevar una vida normal? x
 4.8 ¿El VIH – SIDA es un castigo de Dios? x
 4.9 ¿Quién tiene la enfermedad del VIH no debe informarle a nadie su secreto? x

5. Laboral

5.1 ¿Un enfermo de VIH - SIDA debe ser despedido de su empleo? x
 5.2 ¿Un portador del VIH puede ser empleado en cualquier empresa? x
 5.3 ¿En las empresas deben existir espacios especiales para los portadores del VIH? x
 5.4 ¿Todas las empresas deben diseñar programas de prevención hacia el VIH? x

6. Interacción Social

6.1 ¿Conoce usted algún infectado con el VIH - SIDA? x
 6.2 ¿Participaría usted en reuniones sociales con portadores del VIH - SIDA? x
 6.3 ¿Interactuar (hablar, saludar, salir, vivir, compartir, convivir, etc.) con un portador Del virus puede ser peligroso? x
 6.4 Tener un portador de VIH – SIDA en su familia le causaría:
 A) Miedo SI x NO
 B) Repugnancia SI x NO
 C) Aceptación SI NO x

6.5 Tener un infectado en su vecindario le causaría:

- A) Miedo SI NO
B) Repugnancia SI NO
C) Aceptación SI NO

6.6 A un portador del VIH –SIDA hay que:

- A) Tenerle miedo SI NO
B) Aislarlo SI NO
C) Conocerle y entenderlo SI NO

6.7 ¿Usted es capaz de ponerse en la situación de los infectados del VIH? SI NO

6.8 ¿Cuál sería su actitud si usted fuera diagnosticado por el virus? (Responda brevemente)

A MI NO ME DA ESO

6.9 ¿Conoce redes de apoyo social para los portadores del VIH – SIDA? SI NO

Cuales _____

7. ¿La iglesia rechaza a los infectados? SI NO

8. ¿Por qué las personas se infectan con el VIH - SIDA? *POR QUE LES GUSTA LA VIDA FÁCIL Y NO SABEN QUE ES TRABAJAR HONRADAMENTE*

5- ENCUESTA SOBRE VIH – SIDA

Los datos consignados en esta encuesta son confidenciales. Su utilidad es de carácter social; con el fin de establecer relaciones sociales con los infectados que permita elaborar un diagnóstico.

1. Datos poblacionales

1.1 Edad 54 Sexo M Barrio TENERÍA - SUESCA CUNDINAMARCA

1.2 Nivel de escolaridad: Marque X

Primaria Secundaria Técnica Universitaria Ninguna X Otra

2. Responsabilidad social sobre la enfermedad: Marque con una X.

SI NO

- | | | |
|--|--------------|--------------|
| 2.1 ¿El SIDA es contagioso? | <u> x </u> | <u> </u> |
| 2.2 ¿Los portadores del virus deben vivir aislados de la comunidad? | <u> x </u> | <u> </u> |
| 2.3 ¿Los portadores del virus deben hacerse responsables de su enfermedad? | <u> x </u> | <u> </u> |
| 2.4 ¿El Gobierno debe apoyar a los enfermos de VIH - SIDA? | <u> </u> | <u> x </u> |

3. Familia.

- | | | |
|--|--------------|--------------|
| 3.1 ¿La familia debe convivir con un infectado por el VIH? | <u> </u> | <u> x </u> |
| 3.2 ¿La familia debe aislar al portador del VIH? | <u> x </u> | <u> </u> |
| 3.3 ¿La familia debe abandonar al portador del VIH? | <u> </u> | <u> x </u> |
| 3.4 ¿La familia debe aceptar al portador del VIH? | <u> </u> | <u> x </u> |

4. Sociedad.

- | | | |
|---|--------------|--------------|
| 4.1 ¿EL VIH se transmite por interactuar con el infectado? | <u> x </u> | <u> </u> |
| 4.2 ¿AL interactuar con un infectado por el VIH hay que desinfectarse? | <u> x </u> | <u> </u> |
| 4.3 ¿Los homosexuales, prostitutas, drogadictos y promiscuos son los únicos que Están en riesgo de contraer el VIH? | <u> x </u> | <u> </u> |
| 4.4 ¿Quienes vivimos en condiciones "normales" no nos contagiamos con el VIH? | <u> </u> | <u> x </u> |
| 4.5 ¿Los infectados del VIH realizan acciones para contagiar a otros? | <u> x </u> | <u> </u> |
| 4.6 ¿A quien se le diagnostica el VIH – SIDA es por que ya va morir? | <u> x </u> | <u> </u> |
| 4.7 ¿Quién tiene el virus puede llevar una vida normal? | <u> </u> | <u> x </u> |
| 4.8 ¿El VIH – SIDA es un castigo de Dios? | <u> x </u> | <u> </u> |
| 4.9 ¿Quién tiene la enfermedad del VIH no debe informarle a nadie su secreto? | <u> </u> | <u> x </u> |

5. Laboral

- | | | |
|---|--------------|--------------|
| 5.1 ¿Un enfermo de VIH - SIDA debe ser despedido de su empleo? | <u> x </u> | <u> </u> |
| 5.2 ¿Un portador del VIH puede ser empleado en cualquier empresa? | <u> </u> | <u> x </u> |
| 5.3 ¿En las empresas deben existir espacios especiales para los portadores del VIH? | <u> </u> | <u> x </u> |
| 5.4 ¿Todas las empresas deben diseñar programas de prevención hacia el VIH? | <u> </u> | <u> x </u> |

6. Interacción Social

- | | | |
|--|--------------------------------|--------------|
| 6.1 ¿Conoce usted algún infectado con el VIH - SIDA? | <u> </u> | <u> x </u> |
| 6.2 ¿Participaría usted en reuniones sociales con portadores del VIH - SIDA? | <u> </u> | <u> x </u> |
| 6.3 ¿Interactuar (hablar, saludar, salir, vivir, compartir, convivir, etc.) con un portador Del virus puede ser peligroso? | <u> x </u> | <u> </u> |
| 6.4 Tener un portador de VIH – SIDA en su familia le causaría: | | |
| A) Miedo | SI <u> x </u> NO <u> </u> | |
| B) Repugnancia | SI <u> </u> NO <u> x </u> | |
| C) Aceptación | SI <u> </u> NO <u> x </u> | |

6.5 Tener un infectado en su vecindario le causaría:

- A) Miedo SI NO
B) Repugnancia SI NO
C) Aceptación SI NO

6.6 A un portador del VIH –SIDA hay que:

- A) Tenerle miedo SI NO
B) Aislarlo SI NO
C) Conocerle y entenderlo SI NO

6.7 ¿Usted es capaz de ponerse en la situación de los infectados del VIH? SI NO

6.8 ¿Cuál sería su actitud si usted fuera diagnosticado por el virus? (Responda brevemente)
NINGUNA POR QUE DONDE YO VIVO NO SE DA ESA ENFERMEDAD Y YO NO VOY A ESOS LUGARES

6.9 ¿Conoce redes de apoyo social para los portadores del VIH – SIDA? SI NO
Cuales _____

7. ¿La iglesia rechaza a los infectados? SI NO

8. ¿Por qué las personas se infectan con el VIH - SIDA? *POR IR A DONDE LAS CALLEJERAS O POR MARICAS*

6- ENCUESTA SOBRE VIH – SIDA *

Los datos consignados en esta encuesta son confidenciales. Su utilidad es de carácter social; con el fin de establecer relaciones sociales con los infectados que permita elaborar un diagnóstico.

1. Datos poblacionales

1.1 Edad 18 Sexo F Barrio SANTA LIBRADA

1.2 Nivel de escolaridad: Marque X
 Primaria X Secundaria Técnica Universitaria Ninguna Otra

2. Responsabilidad social sobre la enfermedad: Marque con una X. SI NO

2.1 ¿El SIDA es contagioso? X
 2.2 ¿Los portadores del virus deben vivir aislados de la comunidad? X
 2.3 ¿Los portadores del virus deben hacerse responsables de su enfermedad? X
 2.4 ¿El Gobierno debe apoyar a los enfermos de VIH - SIDA? X

3. Familia.

3.1 ¿La familia debe convivir con un infectado por el VIH? X
 3.2 ¿La familia debe aislar al portador del VIH? X
 3.3 ¿La familia debe abandonar al portador del VIH? X
 3.4 ¿La familia debe aceptar al portador del VIH? X

4. Sociedad.

4.1 ¿EL VIH se transmite por interactuar con el infectado? X
 4.2 ¿AL interactuar con un infectado por el VIH hay que desinfectarse? X
 4.3 ¿Los homosexuales, prostitutas, drogadictos y promiscuos son los únicos que Están en riesgo de contraer el VIH? X
 4.4 ¿Quienes vivimos en condiciones "normales" no nos contagiamos con el VIH? X
 4.5 ¿Los infectados del VIH realizan acciones para contagiar a otros? X
 4.6 ¿A quien se le diagnostica el VIH – SIDA es por que ya va morir? X
 4.7 ¿Quién tiene el virus puede llevar una vida normal? X
 4.8 ¿El VIH – SIDA es un castigo de Dios? X
 4.9 ¿Quién tiene la enfermedad del VIH no debe informarle a nadie su secreto? X

5. Laboral

5.1 ¿Un enfermo de VIH - SIDA debe ser despedido de su empleo? X
 5.2 ¿Un portador del VIH puede ser empleado en cualquier empresa? X
 5.3 ¿En las empresas deben existir espacios especiales para los portadores del VIH? X
 5.4 ¿Todas las empresas deben diseñar programas de prevención hacia el VIH? X

6. Interacción Social

6.1 ¿Conoce usted algún infectado con el VIH - SIDA? X
 6.2 ¿Participaría usted en reuniones sociales con portadores del VIH - SIDA? X
 6.3 ¿Interactuar (hablar, saludar, salir, vivir, compartir, convivir, etc.) con un portador Del virus puede ser peligroso? X
 6.4 Tener un portador de VIH – SIDA en su familia le causaría:
 A) Miedo SI NO X
 B) Repugnancia SI NO X
 C) Aceptación SI X NO

6.5 Tener un infectado en su vecindario le causaría:

- A) Miedo SI ____ NO x
B) Repugnancia SI ____ NO x
C) Aceptación SI x NO ____

6.6 A un portador del VIH –SIDA hay que:

- A) Tenerle miedo SI ____ NO x
B) Aislarlo SI ____ NO x
C) Conocerle y entenderlo SI x NO ____

6.7 ¿Usted es capaz de ponerse en la situación de los infectados del VIH? SI x NO ____

6.8 ¿Cuál sería su actitud si usted fuera diagnosticado por el virus? (Responda brevemente)
SENTIRME CULPABLE Y LUCHAR POR SALIR ADELANTE

6.9 ¿Conoce redes de apoyo social para los portadores del VIH – SIDA? SI ____ NO x
Cuales _____

7. ¿La iglesia rechaza a los infectados? SI x NO ____

8. ¿Por qué las personas se infectan con el VIH - SIDA? *POR NO CUIDARSE Y POR NO SABER EL RIESGO QUE EXISTE*

6.5 Tener un infectado en su vecindario le causaría:

- A) Miedo SI ____ NO x
B) Repugnancia SI ____ NO x
C) Aceptación SI x NO ____

6.6 A un portador del VIH –SIDA hay que:

- A) Tenerle miedo SI ____ NO x
B) Aislarlo SI ____ NO x
C) Conocerle y entenderlo SI x NO ____

6.7 ¿Usted es capaz de ponerse en la situación de los infectados del VIH? SI x NO ____

6.8 ¿Cuál sería su actitud si usted fuera diagnosticado por el virus? (Responda brevemente)
LLORAR Y PEDIRLE A DIOS QUE ME AYUDE

6.9 ¿Conoce redes de apoyo social para los portadores del VIH – SIDA? SI x NO ____
Cuales EUDES Y PASTORAL SOCIAL DE LA PARROQUIA

7. ¿La iglesia rechaza a los infectados? SI ____ NO X

8. ¿Por qué las personas se infectan con el VIH - SIDA? *POR CONFIAR DEMASIADO EN EL ESPOSO Y POR NO CUIDARSE*

8- ENCUESTA SOBRE VIH – SIDA

Los datos consignados en esta encuesta son confidenciales. Su utilidad es de carácter social; con el fin de establecer relaciones sociales con los infectados que permita elaborar un diagnóstico.

1. Datos poblacionales

1.1 Edad 42 Sexo F Barrio PRADO VERANIEGO

1.2 Nivel de escolaridad: Marque X
 Primaria Secundaria X Técnica Universitaria Ninguna Otra

2. Responsabilidad social sobre la enfermedad: Marque con una X. SI NO

2.1 ¿El SIDA es contagioso? X
 2.2 ¿Los portadores del virus deben vivir aislados de la comunidad? X
 2.3 ¿Los portadores del virus deben hacerse responsables de su enfermedad? X
 2.4 ¿El Gobierno debe apoyar a los enfermos de VIH - SIDA? X

3. Familia.

3.1 ¿La familia debe convivir con un infectado por el VIH? X
 3.2 ¿La familia debe aislar al portador del VIH? X
 3.3 ¿La familia debe abandonar al portador del VIH? X
 3.4 ¿La familia debe aceptar al portador del VIH? X

4. Sociedad.

4.1 ¿EL VIH se transmite por interactuar con el infectado? X
 4.2 ¿AL interactuar con un infectado por el VIH hay que desinfectarse? X
 4.3 ¿Los homosexuales, prostitutas, drogadictos y promiscuos son los únicos que Están en riesgo de contraer el VIH? X
 4.4 ¿Quienes vivimos en condiciones "normales" no nos contagiamos con el VIH? X
 4.5 ¿Los infectados del VIH realizan acciones para contagiar a otros? X
 4.6 ¿A quien se le diagnostica el VIH – SIDA es por que ya va morir? X
 4.7 ¿Quién tiene el virus puede llevar una vida normal? X
 4.8 ¿El VIH – SIDA es un castigo de Dios? X
 4.9 ¿Quién tiene la enfermedad del VIH no debe informarle a nadie su secreto? X

5. Laboral

5.1 ¿Un enfermo de VIH - SIDA debe ser despedido de su empleo? X
 5.2 ¿Un portador del VIH puede ser empleado en cualquier empresa? X
 5.3 ¿En las empresas deben existir espacios especiales para los portadores del VIH? X
 5.4 ¿Todas las empresas deben diseñar programas de prevención hacia el VIH? X

6. Interacción Social

6.1 ¿Conoce usted algún infectado con el VIH - SIDA? X
 6.2 ¿Participaría usted en reuniones sociales con portadores del VIH - SIDA? X
 6.3 ¿Interactuar (hablar, saludar, salir, vivir, compartir, convivir, etc.) con un portador Del virus puede ser peligroso? X
 6.4 Tener un portador de VIH – SIDA en su familia le causaría:
 A) Miedo SI X NO
 B) Repugnancia SI NO X
 C) Aceptación SI X NO

6.5 Tener un infectado en su vecindario le causaría:

- A) Miedo SI _____ NO x
B) Repugnancia SI _____ NO x
C) Aceptación SI x NO _____

6.6 A un portador del VIH –SIDA hay que:

- A) Tenerle miedo SI _____ NO x
B) Aislarlo SI _____ NO x
C) Conocerle y entenderlo SI x NO _____

6.7 ¿Usted es capaz de ponerse en la situación de los infectados del VIH? SI x NO _____

6.8 ¿Cuál sería su actitud si usted fuera diagnosticado por el virus? (Responda brevemente)
TENAZ LA REACCIÓN

6.9 ¿Conoce redes de apoyo social para los portadores del VIH – SIDA? SI X NO _____
Cuales *NO RECUERDO*

7. ¿La iglesia rechaza a los infectados? SI _____ NO X

8. ¿Por qué las personas se infectan con el VIH - SIDA? *POR MUCHAS RAZONES, POR MALDAD Y POR IRRESPONSABLES*

9- ENCUESTA SOBRE VIH – SIDA

Los datos consignados en esta encuesta son confidenciales. Su utilidad es de carácter social; con el fin de establecer relaciones sociales con los infectados que permita elaborar un diagnóstico.

1. Datos poblacionales

1.1 Edad 28 Sexo F Barrio NORMANDÍA

1.2 Nivel de escolaridad: Marque X
 Primaria Secundaria Técnica Universitaria X Ninguna Otra

2. Responsabilidad social sobre la enfermedad: Marque con una X. SI NO

2.1 ¿El SIDA es contagioso? X
 2.2 ¿Los portadores del virus deben vivir aislados de la comunidad? X
 2.3 ¿Los portadores del virus deben hacerse responsables de su enfermedad? X
 2.4 ¿El Gobierno debe apoyar a los enfermos de VIH - SIDA? X

3. Familia.

3.1 ¿La familia debe convivir con un infectado por el VIH? X
 3.2 ¿La familia debe aislar al portador del VIH? X
 3.3 ¿La familia debe abandonar al portador del VIH? X
 3.4 ¿La familia debe aceptar al portador del VIH? X

4. Sociedad.

4.1 ¿EL VIH se transmite por interactuar con el infectado? X
 4.2 ¿AL interactuar con un infectado por el VIH hay que desinfectarse? X
 4.3 ¿Los homosexuales, prostitutas, drogadictos y promiscuos son los únicos que Están en riesgo de contraer el VIH? X
 4.4 ¿Quienes vivimos en condiciones "normales" no nos contagiamos con el VIH? X
 4.5 ¿Los infectados del VIH realizan acciones para contagiar a otros? X
 4.6 ¿A quien se le diagnostica el VIH – SIDA es por que ya va morir? X
 4.7 ¿Quién tiene el virus puede llevar una vida normal? X
 4.8 ¿El VIH – SIDA es un castigo de Dios? X
 4.9 ¿Quién tiene la enfermedad del VIH no debe informarle a nadie su secreto? X

5. Laboral

5.1 ¿Un enfermo de VIH - SIDA debe ser despedido de su empleo? X
 5.2 ¿Un portador del VIH puede ser empleado en cualquier empresa? X
 5.3 ¿En las empresas deben existir espacios especiales para los portadores del VIH? X
 5.4 ¿Todas las empresas deben diseñar programas de prevención hacia el VIH? X

6. Interacción Social

6.1 ¿Conoce usted algún infectado con el VIH - SIDA? X
 6.2 ¿Participaría usted en reuniones sociales con portadores del VIH - SIDA? X
 6.3 ¿Interactuar (hablar, saludar, salir, vivir, compartir, convivir, etc.) con un portador Del virus puede ser peligroso? X
 6.4 Tener un portador de VIH – SIDA en su familia le causaría:
 A) Miedo SI NO X
 B) Repugnancia SI NO X
 C) Aceptación SI X NO

6.5 Tener un infectado en su vecindario le causaría:

- A) Miedo SI ____ NO x
B) Repugnancia SI ____ NO x
C) Aceptación SI x NO ____

6.6 A un portador del VIH –SIDA hay que:

- A) Tenerle miedo SI ____ NO x
B) Aislarlo SI ____ NO x
C) Conocerle y entenderlo SI x NO ____

6.7 ¿Usted es capaz de ponerse en la situación de los infectados del VIH? SI x NO ____

6.8 ¿Cuál sería su actitud si usted fuera diagnosticado por el virus? (Responda brevemente) *ME DA MIEDO PENSAR EN ESO, PREFIERO NO PENSARLO*

6.9 ¿Conoce redes de apoyo social para los portadores del VIH – SIDA? SI X NO ____
Cuales *EUDES ONUSIDA*

7. ¿La iglesia rechaza a los infectados? SI ____ NO X

8. ¿Por qué las personas se infectan con el VIH - SIDA? *FALTA DE EDUCACIÓN Y CONCIENTIZACIÓN SOCIAL, IRRESPONSABILIDAD AL NO UTILIZAR MÉTODOS DE PREVENCIÓN*

10- ENCUESTA SOBRE VIH – SIDA

Los datos consignados en esta encuesta son confidenciales. Su utilidad es de carácter social; con el fin de establecer relaciones sociales con los infectados que permita elaborar un diagnóstico.

1. Datos poblacionales

1.1 Edad 52 Sexo F Barrio ENGATIVA

1.2 Nivel de escolaridad: Marque X
 Primaria X Secundaria Técnica Universitaria Ninguna Otra

2. Responsabilidad social sobre la enfermedad: Marque con una X. SI NO

2.1 ¿El SIDA es contagioso? X
 2.2 ¿Los portadores del virus deben vivir aislados de la comunidad? X
 2.3 ¿Los portadores del virus deben hacerse responsables de su enfermedad? X
 2.4 ¿El Gobierno debe apoyar a los enfermos de VIH - SIDA? X

3. Familia.

3.1 ¿La familia debe convivir con un infectado por el VIH? X
 3.2 ¿La familia debe aislar al portador del VIH? X
 3.3 ¿La familia debe abandonar al portador del VIH? X
 3.4 ¿La familia debe aceptar al portador del VIH? X

4. Sociedad.

4.1 ¿EL VIH se transmite por interactuar con el infectado? X
 4.2 ¿AL interactuar con un infectado por el VIH hay que desinfectarse? X
 4.3 ¿Los homosexuales, prostitutas, drogadictos y promiscuos son los únicos que Están en riesgo de contraer el VIH? X
 4.4 ¿Quienes vivimos en condiciones "normales" no nos contagiamos con el VIH? X
 4.5 ¿Los infectados del VIH realizan acciones para contagiar a otros? X
 4.6 ¿A quien se le diagnostica el VIH – SIDA es por que ya va morir? X
 4.7 ¿Quién tiene el virus puede llevar una vida normal? X
 4.8 ¿El VIH – SIDA es un castigo de Dios? X
 4.9 ¿Quién tiene la enfermedad del VIH no debe informarle a nadie su secreto? X

5. Laboral

5.1 ¿Un enfermo de VIH - SIDA debe ser despedido de su empleo? X
 5.2 ¿Un portador del VIH puede ser empleado en cualquier empresa? X
 5.3 ¿En las empresas deben existir espacios especiales para los portadores del VIH? X
 5.4 ¿Todas las empresas deben diseñar programas de prevención hacia el VIH? X

6. Interacción Social

6.1 ¿Conoce usted algún infectado con el VIH - SIDA? X
 6.2 ¿Participaría usted en reuniones sociales con portadores del VIH - SIDA? X
 6.3 ¿Interactuar (hablar, saludar, salir, vivir, compartir, convivir, etc.) con un portador Del virus puede ser peligroso? X
 6.4 Tener un portador de VIH – SIDA en su familia le causaría:
 A) Miedo SI X NO
 B) Repugnancia SI NO X
 C) Aceptación SI NO X

6.5 Tener un infectado en su vecindario le causaría:

- A) Miedo SI _____ NO x
- B) Repugnancia SI _____ NO x
- C) Aceptación SI _____ NO x

6.6 A un portador del VIH –SIDA hay que:

- A) Tenerle miedo SI _____ NO x
- B) Aislarlo SI _____ NO x
- C) Conocerle y entenderlo SI _____ NO x

6.7 ¿Usted es capaz de ponerse en la situación de los infectados del VIH? SI _____ NO x

6.8 ¿Cuál sería su actitud si usted fuera diagnosticado por el virus? (Responda brevemente)
VIRGEN SANTÍSIMA NO DIGA ESO, YO HE SIDO UNA MUJER MUY DE MI CASA

6.9 ¿Conoce redes de apoyo social para los portadores del VIH – SIDA? SI x NO _____
Cuales *LA IGLESIA*

7. ¿La iglesia rechaza a los infectados? SI _____ NO X

8. ¿Por qué las personas se infectan con el VIH - SIDA? *NO SE*

ANEXO 2 - CASOS

CASO 1

1.1 FICHA SOCIAL

FICHA SOCIAL

1. DATOS GENERALES

Nombres: FANNY Apellidos: _____
 Documento de Identidad: _____ Edad: 35
 Fecha de nacimiento: 07 - Jul. - 64 Lugar de nacimiento: ITAGÜÍ
 Localidad: USAQUÉN Barrio: SAN CIPRIANO Estrato: 3
 Dirección: _____ Teléfono: _____
 Régimen de salud: VINCULADO EPS: SISBEN

Estado civil: Soltero Casado U. libre Separado Otro: _____
 Escolaridad: Primaria Secundaria Técnico Profesional Otro: _____
 Creencia Religiosa: Católico Cristiano Evangélico Ninguno Otro: _____
 Tipo de vivienda: Casa Apartamento Casa lote Otro: PIEZA
 Tenencia: Propia Familiar Arriendo Otra: _____

2. ASPECTO FAMILIAR

2.1 - NÚCLEO FAMILIAR

No	NOMBRES	PARENTESCO	EDAD	OCUPACIÓN	ESCOLARIDAD	APORTES ECONÓMICOS
1	JESÚS	ESPOSO	39	PINTOR	PRIMARIA	500.000 / SEGÚN OBRA
2	ARNULFO	CUÑADO	50	CONSTRUCTOR	NINGUNA	500.000 / SEGÚN OBRA
3	FABIO / CALI	EX ESPOSO	41	PENSIONADA	TÉCNICO	1.700.000
4	HÉCTOR / CALI	HIJO	14	ESTUDIANTE	CURSA BACHILLERATO	-
5	ANDRÉS / CALI	HIJO	10	ESTUDIANTE	CURSA PRIMARIA	-
6						

2.2 - RELACIONES INTRAFAMILIARES

No	NOMBRES Y APELLIDOS	BUENA	MALA	DISTANTE	CONFLICTIVA	OTRA	OBSERVACIONES
1	JESÚS	X			X		APOYO / CELOSO
2	ARNULFO		X	X	X		INTENTO DE ABUSO
3	FABIO	X			X	X	INFIDELIDAD
4	HÉCTOR	X				X	AFECTIVA / DIALOGO
5	ANDRÉS	X				X	AFECTIVA / DIALOGO
6							

2.3 - APOYO FAMILIAR

NOMBRE: HÉCTOR SI NO
 PARENTESCO: HIJO
 TIPO DE APOYO: AFECTIVO
 NOMBRE: ANDRÉS PARENTESCO: HIJO
 TIPO DE APOYO: AFECTIVO

NOMBRE: GERARDO

PARENTESCO: CUÑADO

TIPO DE APOYO: MORAL AFECTIVO ECONÓMICO

3. ASPECTO LABORAL

OCUPACIÓN: NINGUNA / DESEMPLEADA

LUGAR: _____ HORARIO: _____ TIEMPO: _____

ESTABILIDAD LABORAL: SI ___ NO X OBSERVACIONES: _____

AMBIENTE LABORAL: SI ___ NO ___ OBSERVACIONES: _____

SATISFACCIÓN LABORAL: SI ___ NO ___ OBSERVACIONES: _____

CONFORMIDAD SALARIAL: SI ___ NO ___ OBSERVACIONES: _____

RELACIONES INTERPERSONALES: BUENAS ___ MALAS ___ OBSERVACIONES: _____

4. ASPECTO CLÍNICO

No H.C.: _____ FECHA DE INGRESO: _____

SERVICIO: _____ DIAGNOSTICO: VIH

ANTECEDENTES: TENSIÓN ARTERIAL BAJA / SIEMPRE

FACTORES DE RIESGO (MARQUE CON UNA X)

CONFLICTOS FAMILIARES: X DESCRIPCIÓN: CUÑADO ARNULFO QUISO ABUSAR SEXUALMENTE DE ELLA

CONFLICTOS LABORALES: X DESCRIPCIÓN: DESEMPLEADA
DESCRIPCIÓN: RECIBIÓ AGRESIÓN FÍSICA, VERBAL Y PSICOLÓGICA POR PARTE DEL

MALTRATO: X CUÑADO, CUANDO ELLA NO ACCEDIÓ PRETENSIÓN SEXUAL

ABANDONO FAMILIAR: ___ DESCRIPCIÓN:

ABANDONO SOCIAL: ___ DESCRIPCIÓN:

PERDIDAS: X DESCRIPCIÓN: AUSENCIA DE SUS HIJOS POR DISTANCIA

DIAGNOSTICO SOCIAL

PACIENTE QUE PRESENTA DIFICULTAD ECONÓMICA, NO TIENE RED DE APOYO FAMILIAR NI FACTORES DE PROTECCIÓN EXTERNOS, EXPRESA MUCHO SENTIMIENTO Y TRISTEZA POR LA SITUACIÓN ACTUAL DE SU ESPOSO, LE PREOCUPA SU ESTADO DE SALUD, PERO SOBRETUDO LA DEPRIME LA AUSENCIA DE SUS HIJOS. ELLA REFIERE QUE SOLO LE INTERESA POR AHORA LA RECUPERACIÓN DE SU ESPOSO, YA QUE ES LA ÚNICA PERSONA CON LA QUE CUENTA, ELLA SOLO QUIERE QUE EL SE RECUPERE. ELLA PREFERE QUE SU ESPOSO SE MEJORE ASÍ NO TENGA NI PARA COMER.

OBSERVAMOS SU ANGUSTIA Y SOLEDAD ANTE LA ENFERMEDAD QUE ESTÁN VIVIENDO, SE SIENTE DEMASIADO DESPROTEGIDA, REFIERE QUE NUESTRA INTERVENCIÓN LE AYUDO MUCHO, YA QUE NO TENIA CON QUIEN DESAHOGARSE: "UNO NO NECESITA PLATA, SINO QUE ALGUIEN LO ESCUCHE A UNO, PARA UNO DESAHOGARSE"

SU ESTADO FÍSICO Y EMOCIONAL ESTA AFECTADO, YA QUE NO SOLO NO SE ESTA ALIMENTANDO POR NO TENER DINERO, SINO QUE EN EL LUGAR DONDE VIVIAN CON SU ESPOSO, EL CUÑADO INTENTO ABUSAR DE ELLA, GOLPEÁNDOLA, INSULTÁNDOLA Y CORRIÉNDOLA DE LA PIEZA.

PACIENTE QUE SE ENCUENTRA EN RIESGO SOCIAL, AL NO TENER EMPLEO, DEPENDER ECONÓMICAMENTE DE SU ESPOSO, Y AL ESTAR ÉL HOSPITALIZADO, NO RECIBE INGRESOS. ACTUALMENTE NO TIENE DONDE DORMIR, NI NINGÚN APOYO ECONÓMICO NI AFECTIVO.

CASO 1

1.2 ENTREVISTA

ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADAS AL GRUPO DE PORTADORES DEL VIH

1. Nombre del paciente: FANNY
2. Documento de identidad: 42.7X0.3X6
3. ¿Cuanto tiempo hace que le diagnosticaron el VIH sida: 20 DÍAS
4. * En el momento que fue diagnosticado usted que pensó:
 - A. Buscar ayuda ¿por qué? VOZ DE ALIENTO – PSICOLOGÍA – PODERME DESAHOGAR
 - B. Morirse ¿por qué? ME QUERÍA MATAR, PORQUE LA PALABRA SIDA ES COMO LA MUERTE, NO HAY REMEDIO, NO HAY NADA, ENTONCES ES MEJOR MORIRSE DE UNA VEZ, PERO PENSÉ EN MIS HIJOS Y EN DIOS, PORQUE PARA DIOS NO HAY NADA IMPOSIBLE.
 - C. No decirle a nadie ¿por qué? PORQUE SIEMPRE HE SIDO MUY INDEPENDIENTE
 - D. Seguirle tratamiento _____ ¿por qué? _____
 - E. Contarle alguien _____ ¿por qué? _____

¿Algo más? Por favor explique que: _____

5. * Al momento de ser diagnosticado como portador del virus, usted sintió (marque con una x las opciones y explique porque)
 - A. Ansiedad _____ ¿por qué? _____
 - B. Miedo _____ ¿por qué? _____
 - C. Angustia ¿por qué? POR MI ESPOSO, VER EL ESTADO EN EL QUE ESTA
 - D. Desesperación _____ ¿por qué? _____
 - E. Soledad ¿por qué? POR MIS HIJOS Y POR MI ESPOSO, ANTES ME SENTÍA PROTEGIDA
 - F. Vergüenza _____ ¿por qué? _____
 - G. Pánico _____ ¿por qué? _____
 - H. Rabia ¿por qué? CON EL CUÑADO, QUE SE APROVECHE
 - I. Ira _____ ¿por qué? _____

¿Algo más? Por favor explique que: TRANQUILIDAD, PARA PODER APOYAR A MI ESPOSO

6. * Su reacción después de saber que era portador del VIH fue: (Marque con una x la opción y explique porque).
 - A. Llorar ¿por qué? SENTÍA TRISTEZA
 - B. Salir corriendo _____ ¿por qué? _____
 - C. Gritar _____ ¿por qué? _____
 - D. Perdió el apetito por algún tiempo _____ ¿por qué? _____
 - E. Se volvió agresivo _____ ¿por qué? _____
 - F. Le dio insomnio ¿por qué? PENSANDO EN QUE VA A SER DE MI VIDA
 - G. Lo tomo como algo que esperaba ¿por qué? PORQUE MI ESPOSO LO TENIA, YA ERA CONFIRMARLO CON MIGO.
 - H. Otra reacción.Cuál _____ ¿por qué? _____

7. Después de conocer su situación actual, fue aceptado por:
- | | | | |
|----------------------------|-------|----------|----------|
| A. Su familia | _____ | no saben | <u>X</u> |
| B. Su pareja | _____ | no saben | <u>X</u> |
| C. En su trabajo | _____ | no saben | <u>X</u> |
| D. Sus amigos | _____ | no saben | <u>X</u> |
| E. En el barrio donde vive | _____ | no saben | <u>X</u> |
8. El ser portador del virus influyo para salir de su entorno familiar: NO
¿Por qué? _____
9. Tiene seguridad social: SI
10. Le dan a tiempo los medicamentos: NO HE INICIADO TRATAMIENTO
11. Se siente bien atendido por el personal de salud: POR EL SI, POR MI NO PORQUE POR AHORA NO ME HAN ATENDIDO
12. Socialmente como portador del virus usted se siente:
- | | | | |
|-----------------|----------|---------|--|
| A. Aceptado | _____ | porque | _____ |
| B. Rechazado | <u>X</u> | porque: | PORQUE MUCHA GENTE NO SABE COMO SE PEGO ESO, LA MAYORÍA DE LA GENTE CREE QUE SI HABLAN CON UNO O LO TOCAN YA SE LES PEGO |
| C. Discriminado | _____ | porque | _____ |
13. * De que manera cuida su salud y cómo:
- | | |
|---------------|---|
| A. Física | _____ |
| B. Mental | CONVENCÍENDOME DE QUE YO NO TENGO NADA, YO MISMA ME DOY MORAL Y ANIMO |
| C. Espiritual | SI ME HE ACERCADO A DIOS |
| D. Sexual | _____ |
| E. Social | _____ |
14. Como podría ayudar para que el virus del VIH no se propague más en el mundo NO TENIENDO RELACIONES POR MI PARTE
15. Conoce las estadísticas de propagación del virus en el mundo NO
16. Al tener un contacto sexual, la otra persona sabe que usted es infectada NO ¿por que? POR AHORA NO TENGO CONTACTO SEXUAL, SI LLEGAR A TENER CONTACTO SEXUAL CON ALGUIEN NO LE DIRÍA QUE SOY PORTADORA, PERO SI QUE SE CUIDARA
17. Estaría dispuesto(a) a participar en esta investigación de carácter social sobre el VIH: SI ¿por qué? PARA UNO DARLE MORAL Y ANIMO A OTRAS PERSONAS Y PARA TENER UNO MAS EXPERIENCIA.

“recuerde que su información es estrictamente confidencial porque se conoce el valor de ella y nuestra ética profesional”
Gracias

* ÍTEM DE LA ENTREVISTA EN DONDE SE PUEDEN RESPONDER MÁS DE DOS OPCIONES.

CASO 2

2.1 FICHA SOCIAL

FICHA SOCIAL

1. DATOS GENERALES

Nombres: LUZ ELIANIS

Documento de Identidad: 102XXX63XX

Fecha de nacimiento: 8 de ABRIL 1990

Localidad: BOSA

Barrio: BOSA

Dirección: No se la sabe

Régimen de salud: VINCULADO

Estado civil:

Soltero

Casado

U. libre

Separado

Otro:

Escolaridad:

Primaria

Secundaria

Técnico

Profesional

Otro:

Creencia Religiosa:

Católico

Cristiano

Evangélico

Ninguno

Otro:

Tipo de vivienda:

Casa

Apartamento

Casa lote

Otro:

Tenencia:

Propia

Familiar

Arriendo

Otra:

Apellidos:

Edad: 19

Lugar de nacimiento: Valledupar

Estrato: 2

Teléfono: 320X3805X

EPS: SISBEN

2. ASPECTO FAMILIAR

2.1 - NÚCLEO FAMILIAR

No	NOMBRES	PARENTESCO	EDAD	OCUPACIÓN	ESCOLARIDAD	APORTES ECONÓMICOS
1	María Del Carmen	Mamá	48	Hogar	Primaria	-
2	Antonio	Hermano	30	Vendedor Ambulante	Secundaria no completa	400.000
3	Juan	Hermano	27	Obrero	Primaria	700.000
4	José	Hermano	25	Obrero	Primaria	500.000
5	Miguel	Hijo	2	-	-	-
6						

2.2 - RELACIONES INTRAFAMILIARES

No	NOMBRES Y APELLIDOS	BUENA	MALA	DISTANTE	CONFLICTIVA	OTRA	OBSERVACIONES
1	María del Carmen	x					
2	José	x					
3	Miguel	x					
4							
5							
6							

2.3 - APOYO FAMILIAR

NOMBRE: MARÍA DEL CARMEN

NOMBRE: JOSÉ

NOMBRE: MIGUEL

SI NO

PARENTESCO: MADRE

PARENTESCO: HERMANO

PARENTESCO: HIJO

TIPO DE APOYO: AFECTIVO

TIPO DE APOYO: ECONÓMICO Y AFECTIVO

TIPO DE APOYO: EMOCIONAL

3. ASPECTO LABORAL

OCUPACIÓN: DESEMPLEADA
LUGAR: _____ HORARIO: _____ TIEMPO: _____
ESTABILIDAD LABORAL: SI ___ NO ___ OBSERVACIONES: _____
AMBIENTE LABORAL: SI ___ NO ___ OBSERVACIONES: _____
SATISFACCIÓN LABORAL: SI ___ NO ___ OBSERVACIONES: _____
CONFORMIDAD SALARIAL: SI ___ NO ___ OBSERVACIONES: _____
RELACIONES INTERPERSONALES: BUENAS ___ MALAS ___ OBSERVACIONES: _____

4. ASPECTO CLÍNICO

No H.C.: 87X46X FECHA DE INGRESO: 25 DE ABRIL DE 2007

SERVICIO: CONSULTA EXTERNA DIAGNOSTICO: VIH

ANTECEDENTES: EMBARAZO POSITIVA POR CPN

FACTORES DE RIESGO (MARQUE CON UNA X)

CONFLICTOS FAMILIARES: _____ DESCRIPCIÓN: _____
CONFLICTOS LABORALES: X DESCRIPCIÓN: NO HE ENCONTRADO UN TRABAJO DONDE ME SIENTA A GUSTO, NO ME GUSTA QUE ME MANDEN
MALTRATO: _____ DESCRIPCIÓN: _____
ABANDONO FAMILIAR: _____ DESCRIPCIÓN: _____
ABANDONO SOCIAL: _____ DESCRIPCIÓN: _____
PERDIDAS: X DESCRIPCIÓN: EL PAPA DE MI HIJO, SE FUE PARA OTRA CIUDAD

DIAGNOSTICO SOCIAL

PACIENTE QUE CUENTA CON BUEN APOYO FAMILIAR Y SOCIAL, EXPRESA UN DESINTERÉS POR LA ENFERMEDAD Y SUS CUIDADOS, NO CUMPLE CON JUICIO SU PRESCRIPCIÓN MEDICA, SE OBSERVA APÁTICA A LA INTERVENCIÓN POR PARTE DE TRABAJO SOCIAL, PUES EXPRESA QUE NO TIENE PORQUE CONTAR SU SITUACIÓN A TODO EL MUNDO Y MUCHO MENOS A PERSONAS QUE NO CONOCE.

SE ENCUENTRA EN ESTADO DE NEGACIÓN DE LA ENFERMEDAD, TOMANDO UNA ACTITUD INDIFERENTE FRENTE A SU ENFERMEDAD Y SITUACIÓN.

CASO 2

2.2 ENTREVISTA

ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA AL GRUPO DE PORTADORES DEL VIH

1. Nombre del paciente: LUZ ELIANIS
2. Documento de identidad: 102XXX6X3XX
3. ¿Cuanto tiempo hace que le diagnosticaron el VIH sida: HACE 2 AÑOS POR CPN
4. En el momento que fue diagnosticado usted que pensó:
 - A. Buscar ayuda _____ ¿por qué? _____
 - B. Morirse _____ ¿por qué? _____
 - C. No decirle a nadie ¿por qué? AJENO A MI FAMILIA PORQUE NO LES INTERESA
 - D. Seguirle tratamiento _____ ¿por qué? _____
 - E. Contarle alguien ¿por qué? A MI FAMILIA PORQUE ELLOS SIEMPRE ME HAN APOYADO

¿Algo más? Por favor explique que: _____

5. Al momento de ser diagnosticado como portador del virus, usted sintió (marque con una x las opciones y explique porque)
 - A. Ansiedad ¿por qué? DE PENSAR EN LOS GASTOS ECONÓMICOS QUE SE VENÍAN Y DE PENSAR QUE MI HIJO LO TENIA
 - B. Miedo _____ ¿por qué? _____
 - C. Angustia _____ ¿por qué? _____
 - D. Desesperación _____ ¿por qué? _____
 - E. Soledad ¿por qué? PORQUE EL PAPA DE MI HIJO ME HABÍA ABANDONADO
 - F. Vergüenza ¿por qué? CON MI FAMILIA, PORQUE ELLOS ME ADVERTÍAN COSAS Y DE QUE NO FUERA A QUEDAR EN EMBARAZO.
 - G. Pánico _____ ¿por qué? _____
 - H. Rabia _____ ¿por qué? _____
 - I. Ira _____ ¿por qué? _____

¿Algo más? Por favor explique que: _____

6. Su reacción después de saber que era portador del VIH fue:
(Marque con una x la opción y explique porque).
 - A. Llorar _____ ¿por qué? _____
 - B. Salir corriendo _____ ¿por qué? _____
 - C. Gritar _____ ¿por qué? _____
 - D. Perdió el apetito por algún tiempo _____ ¿por qué? _____
 - E. Se volvió agresivo _____ ¿por qué? _____
 - F. Le dio insomnio _____ ¿por qué? _____
 - G. Lo tomo como algo que esperaba _____ ¿por qué? _____
 - H. Otra reacción. Cuál PASMADA ¿por qué? PORQUE NO SABIA QUE HACER O COMO REACCIONAR

7. Después de conocer su situación actual, fue aceptado por:

- A. Su familia SI no saben _____
- B. Su pareja NO no saben _____

- C. En su trabajo _____ no saben X
- D. Sus amigos SI UNA AMIGA no saben _____
- E. En el barrio donde vive _____ no saben X

8. El ser portador del virus influyo para salir de su entorno familiar: NO
¿Por qué? _____
9. Tiene seguridad social: SI SISBEN
10. Le dan a tiempo los medicamentos: SI
11. Se siente bien atendido por el personal de salud: SI
12. Socialmente como portador del virus usted se siente:
 - A. Aceptado _____ porque _____
 - B. Rechazado X porque: A LA GENTE SOLO LE IMPORTA SABER COMO UNO SE CONTAGIO PARA LUEGO JUZGARLO, POR ESO NO LES CUENTO.
 - C. Discriminado _____ porque _____
13. De que manera cuida su salud y cómo: NO SE – DE NINGUNA
 - A. Física _____
 - B. Mental _____
 - C. Espiritual _____
 - D. Sexual _____
 - E. Social _____
14. Como podría ayudar para que el virus del VIH no se propague mas en el mundo NO SE
15. Conoce las estadísticas de propagación del virus en el mundo NO
16. Al tener un contacto sexual, la otra persona sabe que usted es infectada NO ¿por que? POR TEMOR A LA REACCIÓN DE EL Y A QUE ME JUZGUE
17. Estaría dispuesto(a) a participar en esta investigación de carácter social sobre el VIH: NO SE ¿por qué? TENDRÍA QUE PREGUNTARLE A MI MAMA Y A MI HERMANO Y ADEMÁS YO A USTEDES NO LAS CONOZCO Y A MI NO ME GUSTA HABLAR DE ESTO

“recuerde que su información es estrictamente confidencial porque se conoce el valor de ella y nuestra ética profesional”
Gracias

CASO 3

3.1 FICHA SOCIAL

FICHA SOCIAL

1. DATOS GENERALES

Nombres: ROSA Apellidos: _____
 Documento de Identidad: 52X9X69X Edad: 30
 Fecha de nacimiento: 16 DE ENERO DE 1978 Lugar de nacimiento: BOGOTÁ
 Localidad: SUBA Barrio: COSTA AZUL Estrato: 2
 Dirección: CLL 135 NO 1X7 - 37 Teléfono: 3112X4XX34
 Régimen de salud: VINCULADO EPS: SISBEN

Estado civil: Soltero Casado U. libre Separado Otro: _____
 Escolaridad: Primaria Secundaria Técnico Profesional Otro: _____
 Creencia Religiosa: Católico Cristiano Evangélico Ninguno Otro: _____
 Tipo de vivienda: Casa Apartamento Casa lote Otro: PIEZA
 Tenencia: Propia Familiar Arriendo Otra: _____

2. ASPECTO FAMILIAR

2.1 - NÚCLEO FAMILIAR

No	NOMBRES	PARENTESCO	EDAD	OCUPACIÓN	ESCOLARIDAD	APORTES ECONÓMICOS
1	STEVEN	HIJO	3 AÑOS	-	-	-
2						
3						
4						
5						
6						

2.2 - RELACIONES INTRAFAMILIARES

No	NOMBRES Y APELLIDOS	BUENA	MALA	DISTANTE	CONFLICTIVA	OTRA	OBSERVACIONES
1	STEVEN	X					
2							
3							
4							
5							
6							

2.3 - APOYO FAMILIAR

NOMBRE: MARCELA SI NO
 PARENTESCO: AMIGA TIPO DE APOYO: EMOCIONAL
 NOMBRE: _____ PARENTESCO: _____ TIPO DE APOYO: _____
 NOMBRE: _____ PARENTESCO: _____ TIPO DE APOYO: _____

3. ASPECTO LABORAL

OCUPACIÓN: VENDEDORA DE MINUTOS

CASO 3

3.2 ENTREVISTA

ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA AL GRUPO DE PORTADORES DEL VIH

1. Nombre del paciente: ROSA
2. Documento de identidad: 523XXX95
3. ¿Cuanto tiempo hace que le diagnosticaron el VIH sida: HACE 3 AÑOS POR CPN
4. En el momento que fue diagnosticado usted que pensó:
 - A. Buscar ayuda _____ ¿por qué? _____
 - B. Morirse ¿por qué? SENTÍ SE ME ACABO EL MUNDO Y YA NO HABÍA ESPERANZA
 - C. No decirle a nadie _____ ¿por qué? _____
 - D. Seguirle tratamiento _____ ¿por qué? _____
 - E. Contarle alguien ¿por qué? A UNA AMIGA, PORQUE NECESITABA HABLAR CON ALGUIEN

¿Algo más? Por favor explique que: PREOCUPACIÓN POR MI SALUD Y LA DE MI BEBE

5. Al momento de ser diagnosticado como portador del virus, usted sintió (marque con una x las opciones y explique porque)
 - A. Ansiedad ¿por qué? PORQUE SENTÍA QUE YA ME IBA A MORIR Y QUE SERIA DE MI HIJO
 - B. Miedo ¿por qué? POR MI Y POR MI BEBE
 - C. Angustia _____ ¿por qué? _____
 - D. Desesperación ¿por qué? DE PENSAR QUE IBA A HACER
 - E. Soledad _____ ¿por qué? _____
 - F. Vergüenza _____ ¿por qué? _____
 - G. Pánico ¿por qué? SENTÍ QUE NO HABÍA SALIDA
 - H. Rabia _____ ¿por qué? _____
 - I. Ira _____ ¿por qué? _____

¿Algo más? Por favor explique que: _____

6. Su reacción después de saber que era portador del VIH fue: (Marque con una x la opción y explique porque).
 - A. Llorar ¿por qué? SENTÍA UN DOLOR FEO EN EL PECHO
 - B. Salir corriendo _____ ¿por qué? _____
 - C. Gritar _____ ¿por qué? _____
 - D. Perdió el apetito por algún tiempo ¿por qué? UNOS DÍAS, DESPUÉS PENSÉ EN MI BEBE Y LO QUE SUFRÍA EL EN MI BARRIGA
 - E. Se volvió agresivo _____ ¿por qué? _____
 - F. Le dio insomnio ¿por qué? DE PENSAR QUE IBA A HACER AHORA, Y QUIEN IRÍA A CUIDAR DE MI BEBE
 - G. Lo tomo como algo que esperaba _____ ¿por qué? _____
 - H. Otra reacción. Cuál _____ ¿por qué? _____
7. Después de conocer su situación actual, fue aceptado por:
 - A. Su familia NO no saben
 - B. Su pareja NO no saben

- C. En su trabajo _____ no saben X _____
 D. Sus amigos SI UNA AMIGA no saben _____
 E. En el barrio donde vive _____ no saben X _____
8. El ser portador del virus influyo para salir de su entorno familiar: NO
 ¿Por qué? HICE MI VIDA HACE MUCHO TIEMPO Y ME ACOSTUMBRE A VIVIR SOLA,
 Y SALIR ADELANTE POR MI MISMA
9. Tiene seguridad social: SI SISBEN
10. Le dan a tiempo los medicamentos: SI
11. Se siente bien atendido por el personal de salud: SI
12. Socialmente como portador del virus usted se siente: NO SE PORQUE NADIE SABE
 A. Aceptado X porque: POR MI AMIGA, ELLA ME ENTIENDE Y ME APOYA
 B. Rechazado _____ porque: _____
 C. Discriminado _____ porque: _____
13. De que manera cuida su salud y cómo:
 A. Física ALIMENTÁNDOME BIEN DENTRO DE MIS POSIBILIDADES
 B. Mental _____
 C. Espiritual ME HE AFERRADO MUCHO A DIOS
 D. Sexual _____
 E. Social _____
14. Como podría ayudar para que el virus del VIH no se propague mas en el mundo
 CUIDÁNDOME Y NO CONTAGIANDO A NADIE
15. Conoce las estadísticas de propagación del virus en el mundo NO
16. Al tener un contacto sexual, la otra persona sabe que usted es infectada NO ¿por
 que? NO TENGO COMPAÑERO ACTUALMENTE
17. Estaría dispuesto(a) a participar en esta investigación de carácter social sobre el VIH: SI
 ¿por qué? PARA AYUDAR A LOS QUE ESTÁN EN MI MISMA SITUACIÓN PERO SIN
 QUE DIGAN MI NOMBRE

“recuerde que su información es estrictamente confidencial porque se conoce el valor de ella y nuestra ética profesional”

Gracias

CASO 4

4.1 FICHA SOCIAL

FICHA SOCIAL

1. DATOS GENERALES

Nombres: DENNIS Apellidos: _____
 Documento de Identidad: _____ Edad: 32
 Fecha de nacimiento: _____ Lugar de nacimiento: BOGOTA
 Localidad: USAQUÉN Barrio: LIJACA Estrato: 2
 Dirección: _____ Teléfono: _____
 Régimen de salud: VINCULADO EPS: SISBEN
 Estado civil: Soltero Casado _____ U. libre _____ Separado _____ Otro: _____
 Escolaridad: Primaria Secundaria _____ Técnico _____ Profesional _____ Otro: _____
 Creencia Religiosa: Católico Cristiano _____ Evangélico _____ Ninguno _____ Otro: _____
 Tipo de vivienda: Casa _____ Apartamento _____ Casa lote _____ Otro: PIEZA
 Tenencia: Propia _____ Familiar _____ Arriendo Otra: _____

2. ASPECTO FAMILIAR

2.1 - NÚCLEO FAMILIAR

No	NOMBRES	PARENTESCO	EDAD	OCUPACIÓN	ESCOLARIDAD	APORTES ECONÓMICOS
1	PEDRO	ESPOSO	37	MAESTRO DE OBRA	PRIMARIA	600.000
2	BRIGITTE	HIJA	10	ESTUDIANTE	PRIMARIA	-
3	KARLA	HIJA	8	ESTUDIANTE	PRIMARIA	-
4	PAULA	HIJA	6	ESTUDIANTE	PRIMARIA	-
5						
6						

2.2 - RELACIONES INTRAFAMILIARES

No	NOMBRES Y APELLIDOS	BUENA	MALA	DISTANTE	CONFLICTIVA	OTRA	OBSERVACIONES
1	PEDRO	X			X		CONFLICTIVA POR LOS CELOS
2	BRIGITTE	X					
3	KARLA	X					
4	PAULA	X					
5							
6							

2.3 - APOYO FAMILIAR

SI NO _____

NOMBRE: PEDRO

PARENTESCO: ESPOSO

TIPO DE APOYO: ECONÓMICO Y AFECTIVO

NOMBRE: _____

PARENTESCO: _____

TIPO DE APOYO: _____

NOMBRE: _____

PARENTESCO: _____

TIPO DE APOYO: _____

3. ASPECTO LABORAL

Ocupación: DESEMPLEADA / HOGAR

LUGAR: _____ HORARIO: _____ TIEMPO: _____

ESTABILIDAD LABORAL: SI ___ NO ___ OBSERVACIONES: _____

AMBIENTE LABORAL: SI ___ NO ___ OBSERVACIONES: _____

SATISFACCIÓN LABORAL: SI ___ NO ___ OBSERVACIONES: _____

CONFORMIDAD SALARIAL: SI ___ NO ___ OBSERVACIONES: _____

OBSERVACIONES: NO ME METO CON NADIE PARA
QUE ASÍ TAMPOCO SE METAN EN MI
VIDA _____

RELACIONES INTERPERSONALES: BUENAS MALAS ___

4. ASPECTO CLÍNICO

No H.C.: _____ FECHA DE INGRESO: _____

SERVICIO: _____ DIAGNOSTICO: _____

ANTECEDENTES: _____

FACTORES DE RIESGO (MARQUE CON UNA X)

CONFLICTOS FAMILIARES: ___ DESCRIPCIÓN: _____

CONFLICTOS LABORALES: ___ DESCRIPCIÓN: _____

MALTRATO: ___ DESCRIPCIÓN: _____

ABANDONO FAMILIAR: ___ DESCRIPCIÓN: _____

ABANDONO SOCIAL: ___ DESCRIPCIÓN: _____

PERDIDAS: DESCRIPCIÓN: MIS HIJAS ME LAS QUIERE QUITAR EL BIENESTAR MEDA DURO PERO SE
QUE PUEDEN ESTAR BIEN _____

DIAGNOSTICO SOCIAL

PACIENTE QUE SE ENCUENTRA EN UN ESTADO DE SALUD DELICADO, EXPRESA FÍSICA Y VERBALMENTE TRISTEZA Y ANGUSTIA, SE OBSERVA DESALENTADA, REFIERE ENCONTRARSE DEPRIMIDA POR LA FALTA QUE LE HACEN SUS HIJAS "MI VECINA ME LAS ESTA CUIDANDO PERO LAS QUISIERA VER PORQUE SIENTO QUE ME VOY A MORIR RÁPIDO"

LA PACIENTE REFIERE SENTIRSE IMPOTENTE AL NO PODER HACER NADA, LE HACEN MUCHA FALTA SUS HIJAS Y LA ATORMENTA LA IDEA DE QUE PRONTO VA A MORIR Y NO SABE QUE VA A SER DE SUS HIJAS CUANDO ELLA NO ESTE

PACIENTE FALLECE AL MES DE HABER TENIDO INTERVENCIÓN POR PARTE DE TRABAJO SOCIAL.

CASO 4

4.2 ENTREVISTA

ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA AL GRUPO DE PORTADORES DEL VIH

1. Nombre del paciente: DENNIS
2. Documento de identidad: 603XX8XX
3. ¿Cuanto tiempo hace que le diagnosticaron el VIH sida: HACE 5 AÑOS
4. En el momento que fue diagnosticado usted que pensó:
 - A. Buscar ayuda ¿por qué? PORQUE YO NO SABIA QUE HACER Y NO TENIA CONOCIMIENTO DE NADA FRENTE A ESTO
 - B. Morirse ¿por qué? PORQUE COMO YO HABÍA ESCUCHADO QUE ESA ENFERMEDAD ERA MORTAL, ENTONCES PENSÉ YA PARA QUE SIGO
 - C. No decirle a nadie ¿por qué? ME DABA MIEDO QUE ME RECHAZARAN
 - D. Seguirle tratamiento _____ ¿por qué? _____
 - E. Contarle alguien _____ ¿por qué? _____

¿Algo más? Por favor explique que:

5. Al momento de ser diagnosticado como portador del virus, usted sintió (marque con una x las opciones y explique porque)
 - A. Ansiedad _____ ¿por qué? _____
 - B. Miedo ¿por qué? POR MIS HIJAS
 - C. Angustia _____ ¿por qué? _____
 - D. Desesperación _____ ¿por qué? _____
 - E. Soledad ¿por qué? PORQUE NO SABIA A QUIEN ACUDIR, CON QUIEN DESAHOGARME, ME SENTÍA MUY SOLA
 - F. Vergüenza _____ ¿por qué? _____
 - G. Pánico _____ ¿por qué? _____
 - H. Rabia ¿por qué? POR LA IMPOTENCIA DE SABER QUE ME IBA A MORIR Y NO PODÍA HACER NADA, Y ADEMÁS DE PENSAR POR QUE A MI.
 - I. Ira _____ ¿por qué? _____

¿Algo más? Por favor explique que: _____

6. Su reacción después de saber que era portador del VIH fue:
(Marque con una x la opción y explique porque).
 - A. Llorar ¿por qué? PORQUE FUE UNA REACCIÓN COMO NORMAL DE SABER QUE ME IBA A MORIR
 - B. Salir corriendo _____ ¿por qué? _____
 - C. Gritar ¿por qué? PARA DESAHOGARME
 - D. Perdió el apetito por algún tiempo ¿por qué? POR QUE YA NO ME DABAN GANAS DE NADA Y MI SITUACIÓN ECONÓMICA NO ERA BUENA
 - E. Se volvió agresivo ¿por qué? PORQUE LOS DEMÁS SI PODÍAN SEGUIR VIVIENDO NORMAL, NO ERA JUSTO, HAY OTRAS PERSONAS QUE HAN SIDO MALAS Y ESTÁN BIEN.
 - F. Le dio insomnio _____ ¿por qué? _____
 - G. Lo tomo como algo que esperaba _____ ¿por qué? _____
 - H. Otra reacción. Cuál _____ ¿por qué? _____

7. Después de conocer su situación actual, fue aceptado por:
- | | | | |
|----------------------------|-------|----------|----------|
| A. Su familia | _____ | no saben | <u>X</u> |
| B. Su pareja | _____ | no saben | <u>X</u> |
| C. En su trabajo | _____ | no saben | <u>X</u> |
| D. Sus amigos | _____ | no saben | <u>X</u> |
| E. En el barrio donde vive | _____ | no saben | <u>X</u> |
8. El ser portador del virus influyo para salir de su entorno familiar: NO
¿Por qué? YA TENIA MI HOGAR
9. Tiene seguridad social: SI SISBEN
10. Le dan a tiempo los medicamentos: SI
11. Se siente bien atendido por el personal de salud: SI
12. Socialmente como portador del virus usted se siente: NO ME PREGUNTE ESO, ESO NO ME INTERESA (NO RESPONDE)
- | | | | |
|-----------------|-------|---------|-------|
| A. Aceptado | _____ | porque: | _____ |
| B. Rechazado | _____ | porque: | _____ |
| C. Discriminado | _____ | porque: | _____ |
13. De que manera cuida su salud y cómo:
- | | |
|---------------|-------|
| A. Física | _____ |
| B. Mental | _____ |
| C. Espiritual | _____ |
| D. Sexual | _____ |
| E. Social | _____ |
14. Como podría ayudar para que el virus del VIH no se propague mas en el mundo NO SE
15. Conoce las estadísticas de propagación del virus en el mundo NO
16. Al tener un contacto sexual, la otra persona sabe que usted es infectada NO
que? MI ESPOSO NO SABE ¿por
17. Estaría dispuesto(a) a participar en esta investigación de carácter social sobre el VIH: SI
¿por qué? ME DA LO MISMO

“recuerde que su información es estrictamente confidencial porque se conoce el valor de ella y nuestra ética profesional”
Gracias

CASO 5

5.1 FICHA SOCIAL

FICHA SOCIAL

1. DATOS GENERALES

Nombres: DEIX Apellidos: _____
 Documento de Identidad: _____ Edad: 20
 Fecha de nacimiento: _____ Lugar de nacimiento: SANTANDER
 Localidad: BOSA Barrio: LA ESTANCIA Estrato: 2
 Dirección: _____ Teléfono: _____
 Régimen de salud: VINCULADO EPS: SISBEN
 Estado civil: Soltero Casado _____ U. libre _____ Separado _____ Otro: _____
 Escolaridad: Primaria Secundaria _____ Técnico _____ Profesional _____ Otro: _____
 Creencia Religiosa: Católico Cristiano _____ Evangélico _____ Ninguno _____ Otro: _____
 Tipo de vivienda: Casa _____ Apartamento _____ Casa lote _____ Otro: PIEZA _____
 Tenencia: Propia _____ Familiar _____ Arriendo Otra: _____

2. ASPECTO FAMILIAR

2.1 - NÚCLEO FAMILIAR

No	NOMBRES	PARENTESCO	EDAD	OCUPACIÓN	ESCOLARIDAD	APORTES ECONÓMICOS
1	VALERY	HIJA	1 1/2	NINGUNA	-	-
2						
3						
4						
5						
6						

2.2 - RELACIONES INTRAFAMILIARES

No	NOMBRES Y APELLIDOS	BUENA	MALA	DISTANTE	CONFLICTIVA	OTRA	OBSERVACIONES
1	VALERY	X				X	AFECTIVA
2							
3							
4							
5							
6							

2.3 - APOYO FAMILIAR

NOMBRE: _____ SI NO
 NOMBRE: _____ PARENTESCO: _____ TIPO DE APOYO: _____
 NOMBRE: _____ PARENTESCO: _____ TIPO DE APOYO: _____
 NOMBRE: _____ PARENTESCO: _____ TIPO DE APOYO: _____

3. ASPECTO LABORAL

OCUPACIÓN: DESEMPLEADA / DESPLAZADA
 LUGAR: _____ HORARIO: _____ TIEMPO: _____

ESTABILIDAD LABORAL: SI ___ NO ___ OBSERVACIONES: _____
 AMBIENTE LABORAL: SI ___ NO ___ OBSERVACIONES: _____
 SATISFACCIÓN LABORAL: SI ___ NO ___ OBSERVACIONES: _____
 CONFORMIDAD SALARIAL: SI ___ NO ___ OBSERVACIONES: _____
 RELACIONES INTERPERSONALES: BUENAS ___ MALAS ___ OBSERVACIONES: _____

4. ASPECTO CLÍNICO

No H.C.: 93X13X FECHA DE INGRESO: 16 - 02 - 09

SERVICIO: INFECTOLOGÍA DIAGNOSTICO: VIH

ANTECEDENTES: _____

FACTORES DE RIESGO (MARQUE CON UNA X)

CONFLICTOS FAMILIARES: ___ DESCRIPCION: _____
 CONFLICTOS LABORALES: ___ DESCRIPCION: _____
 MALTRATO: X DESCRIPCIÓN: FÍSICO Y PSICOLÓGICO POR PARTE DE GRUPOS ARMADOS
 ABANDONO FAMILIAR: ___ DESCRIPCION: _____
 ABANDONO SOCIAL: ___ DESCRIPCION: _____
 PERDIDAS: X DESCRIPCIÓN: HACE 3 AÑOS MATARON A SUS PADRES Y 1 HERMANO, 1 HERMANO SE ENCUENTRA DESAPARECIDO

DIAGNOSTICO SOCIAL
<p>PACIENTE DESPLAZADA HACE 1MES PROVENIENTE DE ARMENIA, MOTIVO DE LA CONSULTA, NECESIDAD DE REINICIAR EL TRATAMIENTO, QUE SUSPENDIÓ POR MOTIVOS DEL DESPLAZAMIENTO. TIENE UNA NIÑA DE 1 ½ AÑOS, NO CONTAGIADA, LA QUE REFIERE ENCONTRARSE MUY BIEN.</p> <p>SIN RED DE APOYO FAMILIAR NI FACTORES DE PROTECCIÓN, REFIERE NO TENER COMPAÑERO, NI NÚCLEO FAMILIAR YA QUE SUS PADRES Y 1 HERMANO FUERON ASESINADOS HACE 3 AÑOS, 1 HERMANO SE ENCUENTRA DESAPARECIDO.</p> <p>PACIENTE REFIERE SENTIRSE MUY AFECTADA Y EN OCASIONES DESPROTEGIDA, A CAUSA DE LOS GRUPOS ARMADOS, "ELLOS ME QUITARON TODO LO QUE TENIA, MI FAMILIA, MI CASA Y MI TRANQUILIDAD...", "SI MI FAMILIA ESTUVIERA CON MIGO ME APOYARÍAN Y NO ME SENTIRÍA TAN SOLA..."</p> <p>SE PERCIBE ACTITUD POSITIVA Y COMPROMISO CON EL TRATAMIENTO, ELLA REFIERE AFERRARSE A LA VIDA POR SU HIJA, POR LA QUE VA A LUCHAR Y A CONTINUAR SU TRATAMIENTO HASTA EL FINAL.</p>

CASO 5

5.2 ENTREVISTA

ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA AL GRUPO DE PORTADORES DEL VIH

1. Nombre del paciente: DEIX SANDOVAL
2. Documento de identidad: 1094XXX8XX
3. ¿Cuanto tiempo hace que le diagnosticaron el VIH sida: HACE 2 AÑOS
4. En el momento que fue diagnosticado usted que pensó:
 - A. Buscar ayuda ¿por qué? :PORQUE PARA MI FUE MUY DIFÍCIL Y UNO SE SIENTE DERROTADO
 - B. Morirse ¿por qué? :POR EL DESCONOCIMIENTO DE LA ENFERMEDAD
 - C. No decirle a nadie ¿por qué? ME DABA MIEDO QUE ME SEÑALARAN Y ME JUZGARAN , USTEDES ME ENTIENDEN
 - D. Seguirle tratamiento por qué : POR EL BIENESTAR DE MI CHIQUITA , A DIOS GRACIAS NO TIENE LA ENFERMEDAD
 - E. Contarle alguien ¿por qué? _____

¿Algo más? Por favor explique que:

5. Al momento de ser diagnosticado como portador del virus, usted sintió (marque con una x las opciones y explique porque)
 - A. Ansiedad ¿por qué? _____
 - B. Miedo ¿por qué? PORQUE NO ESTABA PREPARADA PARA RECIBIR ESTA NOTICIA Y MUCHO MENOS EN EL ESTADO QUE ME ENCONTRABA
 - C. Angustia ¿por qué? POR QUE UNO NO SABE COMO VA A TRASCURRIR SU VIDA
 - D. Desesperación ¿por qué? _____
 - E. Soledad ¿por qué? POR NO TENER A MI FAMILIA, ELLOS SI ME HUBIERAN APOYADO, ME SENTÍA DESPROTEGIDA Y PENSABA EN LA REACCIÓN DE LA DEMÁS GENTE, SI SE LLEGARAN A ENTERAR.
 - F. Vergüenza ¿por qué? _____
 - G. Pánico ¿por qué? _____
 - H. Rabia ¿por qué? NO SE PERO ERA UN SENTIMIENTO MUY FEO
 - I. Ira ¿por qué? _____

¿Algo más? Por favor explique que: _____

6. Su reacción después de saber que era portador del VIH fue:
(Marque con una x la opción y explique porque).
 - A. Llorar ¿por qué? ERA UNA ANGUSTIA Y OPRESIÓN MUY FUERTE DE SABER QUE EN CUALQUIER MOMENTO UNO SE VA A MORIR
 - B. Salir corriendo ¿por qué? _____
 - C. Gritar ¿por qué? _____
 - D. Perdió el apetito por algún tiempo ¿por qué? _____
 - E. Se volvió agresivo ¿por qué? POR QUE UNO NO SE PUEDE DESQUITAR CON LAS DEMÁS PERSONAS POR UNA SITUACIÓN QUE UNO VIVE EN ESE MOMENTO
 - F. Le dio insomnio ¿por qué? _____
 - G. Lo tomo como algo que esperaba ¿por qué? _____

H. Otra reacción. Cuál _____ ¿por _____ qué?

7. Después de conocer su situación actual, fue aceptado por:

- A. Su familia _____ no saben X
- B. Su pareja _____ no saben X
- C. En su trabajo _____ no saben X
- D. Sus amigos _____ no saben X
- E. En el barrio donde vive _____ no saben X

8. El ser portador del virus influyo para salir de su entorno familiar: NO
¿Por qué? CUANDO ME ENTERE, NO TENIA FAMILIA, MIS PADRES Y 1 HERMANO ESTÁN MUERTOS Y EL OTRO HERMANO NO SE NADA DESDE HACE 3 AÑOS

9. Tiene seguridad social: SI SISBEN

10. Le dan a tiempo los medicamentos: SI

11. Se siente bien atendido por el personal de salud: SI

- A. Socialmente como portador del virus usted se siente: ME SIENTO QUE NOSOTROS POR TENER ESA ENFERMEDAD VAMOS A SER DESPRECIADOS POR ESO MUCHAS PERSONAS PREFERIMOS CALLARNOS
- B. Aceptado _____ porque: _____
- C. Rechazado _____ porque: _____
- D. Discriminado _____ porque: _____

12. De que manera cuida su salud y cómo:

- A. Física _____
- B. Mental A VECES TRATO DE PENSAR QUE ME VOY A CURAR Y ESTO MEDA MOTIVO PARA NO PENSAR EN QUE TENGO LA ENFERMEDAD
- C. Espiritual SI YA QUE MI DIOS NO ME DEJA SOLA
- D. Sexual TRATO DE USAR PROTECCIÓN
- E. Social _____

13. Como podría ayudar para que el virus del VIH no se propague mas en el mundo ES DIFÍCIL A VECES LAS PERSONAS NO CREEN QUE ES UNA ENFERMEDAD GRAVE

14. Conoce las estadísticas de propagación del virus en el mundo NO ME INTERESA

15. Al tener un contacto sexual, la otra persona sabe que usted es infectada NO
¿Por que?

16. Estaría dispuesto(a) a participar en esta investigación de carácter social sobre el VIH: SI
¿por qué? ASÍ MUCHAS PERSONAS CONOCEN Y NO NOS DEJAN COMO TAN ABANDONADOS

“recuerde que su información es estrictamente confidencial porque se conoce el valor de ella y nuestra ética profesional. Gracias

CASO 6

6.1 FICHA SOCIAL

FICHA SOCIAL

1. DATOS GENERALES

Nombres: CATHERINE Apellidos: _____
 Documento de Identidad: 1076XXX50X Edad: 22
 Fecha de nacimiento: _____ Lugar de nacimiento: CHOCO
 Localidad: MÁRTIRES Barrio: SANTAFÉ Estrato: 2
 Dirección: _____ Teléfono: _____
 Régimen de salud: VINCULADO EPS: SISBEN

Estado civil: Soltero Casado _____ U. libre _____ Separado _____ Otro: _____
 Escolaridad: Primaria Secundaria _____ Técnico _____ Profesional _____ Otro: _____
 Creencia Religiosa: Católico Cristiano _____ Evangélico _____ Ninguno _____ Otro: _____
 Tipo de vivienda: Casa _____ Apartamento _____ Casa lote _____ Otro: PIEZA
 Tenencia: Propia _____ Familiar _____ Arriendo Otra: _____

2. ASPECTO FAMILIAR

2.1 - NÚCLEO FAMILIAR

No	NOMBRES	PARENTESCO	EDAD	OCUPACIÓN	ESCOLARIDAD	APORTES ECONÓMICOS
1						
2						
3						
4						
5						
6						

2.2 - RELACIONES INTRAFAMILIARES

No	NOMBRES Y APELLIDOS	BUENA	MALA	DISTANTE	CONFLICTIVA	OTRA	OBSERVACIONES
1							
2							
3							
4							
5							
6							

2.3 - APOYO FAMILIAR

NOMBRE: _____ SI NO
 NOMBRE: _____ PARENTESCO: _____ TIPO DE APOYO: _____
 NOMBRE: _____ PARENTESCO: _____ TIPO DE APOYO: _____
 NOMBRE: _____ PARENTESCO: _____ TIPO DE APOYO: _____

3. ASPECTO LABORAL

OCUPACIÓN: TRABAJADORA SEXUAL
 LUGAR: SANTAFÉ HORARIO: NOCHE TIEMPO: 12 HORAS
 ESTABILIDAD LABORAL: SI NO OBSERVACIONES: _____

CASO 6

6.2 ENTREVISTA

ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA AL GRUPO DE PORTADORES DEL VIH

1. Nombre del paciente: CATHERINE
2. Documento de identidad: 1076XXX50X
3. ¿Cuanto tiempo hace que le diagnosticaron el VIH sida: HACE 4 MESES
4. En el momento que fue diagnosticado usted que pensó:
 - A. Buscar ayuda _____ ¿por qué? _____
 - B. Morirse ¿por qué? MI SITUACIÓN ECONÓMICA ES DIFÍCIL Y AHORA SE COMPLICAN MÁS LAS COSAS
 - C. No decirle a nadie ¿por qué? ME AFECTARÍA MI TRABAJO
 - D. Seguirle tratamiento _____ ¿por qué? _____
 - E. Contarle alguien _____ ¿por qué? _____

¿Algo más? Por favor explique que:

5. Al momento de ser diagnosticado como portador del virus, usted sintió (marque con una x las opciones y explique porque)
 - A. Ansiedad _____ ¿por qué? _____
 - B. Miedo ¿por qué? DE QUE ESTA ENFERMEDAD SEA UN LIMITANTE PARA MI TRABAJO, YA QUE ES LO ÚNICO QUE SE HACER
 - C. Angustia _____ ¿por qué? _____
 - D. Desesperación _____ ¿por qué? _____
 - E. Soledad _____ ¿por qué? _____
 - F. Vergüenza _____ ¿por qué? _____
 - G. Pánico _____ ¿por qué? _____
 - H. Rabia _____ ¿por qué? _____
 - I. Ira _____ ¿por qué? _____

¿Algo más? Por favor explique que: _____

6. Su reacción después de saber que era portador del VIH fue: NO RESPONDE (Marque con una x la opción y explique porque).
 - A. Llorar _____ ¿por qué? _____
 - B. Salir corriendo _____ ¿por qué? _____
 - C. Gritar _____ ¿por qué? _____
 - D. Perdió el apetito por algún tiempo _____ ¿por qué? _____
 - E. Se volvió agresivo _____ ¿por qué? _____
 - F. Le dio insomnio _____ ¿por qué? _____
 - G. Lo tomo como algo que esperaba _____ ¿por qué? _____
 - H. Otra reacción. Cuál _____ ¿por qué? _____

7. Después de conocer su situación actual, fue aceptado por:

- A. Su familia _____ no saben
- B. Su pareja _____ no saben
- C. En su trabajo _____ no saben
- D. Sus amigos _____ no saben

E. En el barrio donde vive _____ no saben
_X_____

8. El ser portador del virus influyo para salir de su entorno familiar: NO ¿Por qué?
9. Tiene seguridad social: SI SISBEN
10. Le dan a tiempo los medicamentos: SI (HACE CARA DE NO IMPORTARLE)
11. Se siente bien atendido por el personal de salud: SI
- A. Socialmente como portador del virus usted se siente: ME ES INDIFERENTE PORQUE DE ALGO TENGO QUE VIVIR Y NO LO VOY ARRUINAR POR CONTAR MI SITUACIÓN A NADIE LE IMPORTA O SI ME VAN A MANTENER
 - B. Aceptado _____ porque: _____
 - C. Rechazado _____ porque: _____
 - D. Discriminado _____ porque: _____
12. De que manera cuida su salud y cómo: DE NINGUNA PORQUE NO ME QUEDA TIEMPO Y E QUE ME QUEDA ES PARA DORMIR POR MI TRABAJO
- A. Física _____
 - B. Mental _____
 - C. Espiritual _____
 - D. Sexual _____
 - E. Social _____
13. Como podría ayudar para que el virus del VIH no se propague mas en el mundo NO SE , ESO VA DEPENDE DE CAD PERSONA ,NO
14. Conoce las estadísticas de propagación del virus en el mundo NO SABIA QUE SACAN NÚMEROS DE CUANTAS PERSONAS CONTAGIADOS
15. Al tener un contacto sexual, la otra persona sabe que usted es infectada NO
16. ¿por que? MIS CLIENTES NO QUERRÍAN ELEGIR UNA PERSONA ENFERMA Y MENOS ESTA ENFERMEDAD
17. Estaría dispuesto(a) a participar en esta investigación de carácter social sobre el VIH: SI ¿por qué? NO QUE GANO YO

“recuerde que su información es estrictamente confidencial porque se conoce el valor de ella y nuestra ética profesional”
Gracias

CASO 7

7.1 FICHA SOCIAL

FICHA SOCIAL

1. DATOS GENERALES

Nombres: YURI YAMILE Apellidos: _____
 Documento de Identidad: 10X4XX66X7 Edad: 18
 Fecha de nacimiento: _____ Lugar de nacimiento: LA DORADA
 Localidad: CUNDINAMARCA Barrio: GUASCA Estrato: 2
 Dirección: _____ Teléfono: _____
 Régimen de salud: VINCULADO EPS: SISBEN

Estado civil: Soltero Casado U. libre Separado Otro: _____
 Escolaridad: Primaria Secundaria Técnico Profesional INCOMPLETA Ninguno Otro: _____
 Creencia Religiosa: Católico Cristiano Evangélico Otro: _____
 Tipo de vivienda: Casa Apartamento Casa lote Otro: FINCA
 Tenencia: Propia Familiar Arriendo Otra: _____

2. ASPECTO FAMILIAR

2.1 - NÚCLEO FAMILIAR

No	NOMBRES	PARENTESCO	EDAD	OCUPACIÓN	ESCOLARIDAD	APORTES ECONÓMICOS
1	JAIRO	ESPOSO	19	TRABAJADOR INDEPENDIENTE	BACHILLERATO	600.000
2	RAQUEL	SUEGRA	45	HOGAR	PRIMARIA	-
3	PEDRO	SUEGRO	50	TRABAJADOR INDEPENDIENTE	PRIMARIA	900.000
4	CECILIA	ABUELA	65	HOGAR	NO ESTUDIO	-
5	NATALIA	HIJA	5	ESTUDIANTE	PRIMARIA	-
6						

2.2 - RELACIONES INTRAFAMILIARES

No	NOMBRES Y APELLIDOS	BUENA	MALA	DISTANTE	CONFLICTIVA	OTRA	OBSERVACIONES
1	JAIRO	X					
2	RAQUEL	X					
3	PEDRO	X					
4	CECILIA	X		X			LA CRIO PERO NO VIVEN CON ELLA
5	NATALIA	X		X			VIVE CON LA ABUELA
6							

2.3 - APOYO FAMILIAR

NOMBRE: JAIRO
 NOMBRE: RAQUEL
 NOMBRE: PEDRO

SI NO

PARENTESCO: ESPOSO
 PARENTESCO: SUEGRA
 PARENTESCO: SUEGRO

TIPO DE APOYO: AFECTIVO,
 EMOCIONAL Y ECONÓMICO
 TIPO DE APOYO: EMOCIONAL Y
 AFECTIVO
 TIPO DE APOYO: ECONÓMICO Y
 EMOCIONAL

3. ASPECTO LABORAL

OCUPACIÓN: HOGAR

LUGAR: _____ HORARIO: _____ TIEMPO: _____

ESTABILIDAD LABORAL:	SI ___ NO ___	OBSERVACIONES:	_____
AMBIENTE LABORAL:	SI ___ NO ___	OBSERVACIONES:	_____
SATISFACCIÓN LABORAL:	SI ___ NO ___	OBSERVACIONES:	_____
CONFORMIDAD SALARIAL:	SI ___ NO ___	OBSERVACIONES:	_____
RELACIONES INTERPERSONALES:	BUENAS ___ MALAS ___	OBSERVACIONES:	_____

4. ASPECTO CLÍNICO

No H.C.: 8X67XX

FECHA DE INGRESO: ENERO DE 2009

SERVICIO: GINECO-OBSTETRICIA

DIAGNOSTICO: 8 MES DE EMBARAZO + VIH

ANTECEDENTES: NINGUNO – UNA HIJA DE 5 AÑOS

FACTORES DE RIESGO (MARQUE CON UNA X)

CONFLICTOS FAMILIARES: ___ DESCRIPCCION: _____

CONFLICTOS LABORALES: ___ DESCRIPCCION: _____

MALTRATO: ___ DESCRIPCCION: _____

DESCRIPCIÓN: NO CONOCE AL PADRE, ALGUNA VEZ INTENTO BUSCARLO PERO EL LA RECHAZO TELEFÓNICAMENTE, LA MAMA TIENE 5 HIJOS, 3 DE DIFERENTE PAPA, ME DEJO A CUIDAR CON MI ABUELA, ELLA ME CRIO.

ABANDONO FAMILIAR: X

ABANDONO SOCIAL: ___ DESCRIPCCION: _____

PERDIDAS: ___ DESCRIPCCION: _____

DIAGNOSTICO SOCIAL

PACIENTE QUE PRESENTA RED DE APOYO SOCIOFAMILIAR SOLIDA, POR PARTE DE LA FAMILIA DEL ESPOSO, RECIBE APOYO EMOCIONAL, AFECTIVO Y ECONÓMICO POR PARTE DE ELLOS, EXPRESA SER ACEPTADA Y TIENEN BUENA ACEPTACIÓN DEL EMBARAZO, AUNQUE NO FUE PLANEADO.

ELLA REFIERE QUE ACTUALMENTE CONOCEN EL DX, EN DONDE MUESTRAN PREOCUPACIÓN POR EL ESTADO DE SALUD DE ELLOS Y EL BEBE, PERO OFRECEN UN APOYO INCONDICIONAL.

EL ESPOSO ESTA PRESENTE DURANTE LA VALORACIÓN DE TRABAJO SOCIAL, SE OBSERVAN APARENTEMENTE TRANQUILOS, SE PERCIBE UNA ACTITUD DEFENSIVA HACIA TRABAJO SOCIAL POR MOTIVO DE PENSAR "QUE LE QUERÍAMOS QUITAR EL BEBE Y ENVIARLO AL ICBF", DURANTE LA ENTREVISTA, SE COMPRUEBA QUE ELLA YA CUMPLIÓ LOS 18 AÑOS Y SI TIENE RED DE APOYO. Y SE LES ACLARA QUE NUESTRA INTENCIÓN NO ES QUITARLES AL BEBE, Y QUE ELLOS NO TIENEN NADA QUE TEMER, POR LO QUE CAMBIAN DE ACTITUD Y REFIEREN SENTIRSE MAS TRANQUILOS.

PERO SE PERCIBE QUE POR EL MISMO DIAGNOSTICO Y LA SORPRESA DE ESTE, ASUMIERON LA ACTITUD DE NO HABLAR DEL TEMA ENTRE ELLOS. POR PARTE DE TRABAJO SOCIAL SE SUGIERE EXPRESAR SUS SENTIMIENTOS Y DIALOGAR COMO PAREJA PARA QUE NO SE VAYA A VER AFECTADA SU ESTABILIDAD EMOCIONAL POR EL DIAGNOSTICO, SE LES HACE UNA ORIENTACIÓN GENERAL ACERCA DEL DIAGNOSTICO Y NORMAS DE AUTOCUIDADO.

LA PACIENTE Y EL ESPOSO EXPRESAN AGRADECIMIENTO POR LA INTERVENCIÓN OPORTUNA QUE HUBO DESDE TRABAJO SOCIAL, YA QUE ELLOS MISMOS EXPRESAN EL APOYO QUE SE LES BRINDO, Y LOS PROCESOS DE ESCUCHA SIN SER SEÑALADOS O RECHAZADOS POR LA SOCIEDAD.

CASO 7

7.2 ENTREVISTA

ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA AL GRUPO DE PORTADORES DEL VIH

1. Nombre del paciente: YURY YAMILE
2. Documento de identidad: 1012XXX15X
3. ¿Cuanto tiempo hace que le diagnosticaron el VIH sida: HACE 4 MESES
4. En el momento que fue diagnosticado usted que pensó:
 - A. Buscar ayuda ¿por qué?
 - B. Morirse ¿por qué?
 - C. No decirle a nadie ¿por qué?
 - D. Seguirle tratamiento ¿por qué? POR MI HIJO QUE IVA A NACER
 - E. Contarle alguien ¿por qué? A MI PAREJA PORQUE TENIA QUE CONFIAR EN EL

¿Algo más? Por favor explique que: PENSÉ QUE SE ME ACABABA EL MUNDO, Y LA REACCIÓN DE MI PAREJA NO SE COMO LO IBA A TOMAR.

5. Al momento de ser diagnosticado como portador del virus, usted sintió (marque con una x las opciones y explique porque)
 - A. Ansiedad ¿por qué? _____
 - B. Miedo ¿por qué? YO HE LEÍDO LA GRAVEDAD DE LA ENFERMEDAD
 - C. Angustia ¿por qué? PUES UNO SIENTE COMO DOLOR ENTRE EL PECHO Y UN VACÍO MUY GRANDE
 - D. Desesperación ¿por qué? _____
 - E. Soledad ¿por qué? SIEMPRE LA HE TENIDO DESDE QUE VIVO CON MI ABUELA Y CUANDO MEDAN LA NOTICIA ME SENTÍ MUY DESPROTEGIDA
 - F. Vergüenza ¿por qué? _____
 - G. Pánico ¿por qué? _____
 - H. Rabia ¿por qué? _____
 - I. Ira ¿por qué? _____

¿Algo más? Por favor explique que: ME SENTÍA EN MUCHA DEPRESIÓN NO QUERÍA NADA PERO A LA VEZ PENSABA EN MI BEBE QUE IBA HACER

6. Su reacción después de saber que era portador del VIH fue: (Marque con una x la opción y explique porque).
 - A. Llorar ¿por qué? NO ES FÁCIL RECIBIR ESTA NOTICIA Y MUCHO MENOS ACÉPTARLA, ADEMÁS ESTABA CON LO DE MI EMBARAZO
 - B. Salir corriendo ¿por qué? _____
 - C. Gritar ¿por qué? VEO QUE ES UN MEDIO DE SACAR COMO ESA IMPOTENCIA QUE UNO TIENE
 - D. Perdió el apetito por algún tiempo ¿por qué? NO MEDABA GANAS DE NADA Y ADEMÁS TODO LLOQUE COMIA ME HACIA DAÑO.
 - E. volvió agresivo ¿por qué? _____
 - F. dio insomnio ¿por qué? _____
 - G. Lo tomo como algo que esperaba ¿por qué? _____
 - H. Otra reacción. Cuál QUEDE COMO ANONADADA NO QUERÍA QUE NADIE ME HABLARA QUERÍA ESTAR EN SILENCIO Y ASIMILAR ESTA SITUACIÓN Y

PENSAR QUE IBA A SER DE NUESTRO FUTURO, ME COMPORTE MUY APÁTICA CON LAS PERSONAS QUE ESTABAN A MI ALREDEDOR.

7. Después de conocer su situación actual, fue aceptado por:
- | | | | |
|----------------------------|------------------------|----------|----------|
| A. Su familia | POR PARTE DE MI PAREJA | no saben | _____ |
| B. Su pareja | _____X_____ | no saben | __X_____ |
| C. En su trabajo | _____ | no saben | __X_____ |
| D. Sus amigos | _____ | no saben | __X_____ |
| E. En el barrio donde vive | _____ | no saben | __X_____ |
8. El ser portador del virus influyo para salir de su entorno familiar: NO
¿Por qué? COMO LO DIJE ANTERIORMENTE SIEMPRE HE VIVIDO CON MI ABUELA Y MI ABUELA RESPETABA SIEMPRE MI VIDA Y MIS DECISIONES
9. Tiene seguridad social: SI SISBEN
10. Le dan a tiempo los medicamentos: SI
11. Se siente bien atendido por el personal de salud: SI
12. Socialmente como portador del virus usted se siente: CON MUCHO TEMOR PORQUE SE QUE LA SOCIEAD NO LO ACEPTA Y UNO SIEMPRE VA SER SEÑALADO O JUZGADO COMO SI SE HUBIERA COMETIDO UN CRIMEN.
- | | | | |
|-----------------|-------|---------|-------|
| A. Aceptado | _____ | porque: | _____ |
| B. Rechazado | _____ | porque: | _____ |
| C. Discriminado | _____ | porque: | _____ |
13. De que manera cuida su salud y cómo:
- | | |
|---------------|---|
| A. Física | TRATO DE ALIMENTARME BIEN Y SEGUIR LOS CUIDADOS DEL MEDICO |
| B. Mental | _____ |
| C. Espiritual | TENGO MIS CREENCIAS RELIGIOSAS Y ESO MEDA MUCHO VALOR Y ANIMO _____ |
| D. Sexual | CUIDÁNDOME _____ |
| E. Social | _____ |
14. Como podría ayudar para que el virus del VIH no se propague más en el mundo: NO SABIA DECIRLE PIENSO QUE CUIDÁNDONOS.
15. Conoce las estadísticas de propagación del virus en el mundo NO
16. Al tener un contacto sexual, la otra persona sabe que usted es infectada ¿por que? SI MI ESPOSO SABE YA QUE HA ESTADO CONMIGO EN TODO EL PROCESO.
17. Estaría dispuesto(a) a participar en esta investigación de carácter social sobre el VIH: SI
¿por qué? Hemos muchas personas que tenemos el virus y no tenemos con quien hablar pienso que esto nos puede ayudar “pero sin que no nos divulguen lo que hemos hablado

“recuerde que su información es estrictamente confidencial porque se conoce el valor de ella y nuestra ética profesional”
Gracias

ANEXO 3

ACUERDO 143 DE 2005

(Marzo 18)

"Por el cual se dictan unas disposiciones en materia de prevención, control y tratamiento del síndrome de inmunodeficiencia humana VIH y del SIDA en Bogotá, D.C."

EL CONCEJO DE BOGOTÁ, D. C.

En uso de sus atribuciones constitucionales y legales y en especial las conferidas en el Decreto 1421 de 1993, Artículos 12 y 13, y demás normas concordantes

ACUERDA:

TITULO PRELIMINAR

CAPITULO I

OBJETO Y ESTRATEGIAS

ARTÍCULO 1°.- OBJETO. El presente Acuerdo tiene por objeto establecer disposiciones sobre el manejo de la infección por VIH y del síndrome de inmunodeficiencia adquirida - SIDA para el Distrito Capital, a cargo y bajo la responsabilidad de la Secretaría Distrital de Salud, del Sistema Distrital de Salud, del Fondo Financiero de Salud, de la Red Pública Distrital Hospitalaria, en materia de prevención, control, tratamiento, asistencia, educación, información, financiación e investigación científica, de esta problemática, complementando la Ley 100 de 1993, la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, el Decreto 1543 de 1997 y demás normas concordantes.-

Las Secretarías de Educación Distrital y de Gobierno, el Departamento Administrativo de Bienestar Social, las Empresas Promotoras de Salud, las Administradoras del Régimen Subsidiado y las de Riesgos Profesionales, las Cajas de Compensación Familiar y demás entidades que por su actividad puedan tener impacto en el curso de la epidemia, coadyuvaran y tendrán corresponsabilidad en el desarrollo y aplicabilidad de las disposiciones contenidas en el presente Acuerdo.

ARTÍCULO 2°.- COMPONENTES. La política pública Distrital para el Virus de Inmunodeficiencia Humana VIH y SIDA tendrá los siguientes componentes:

- Promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
- Vigilancia y control epidemiológico.
- Atención, tratamiento, rehabilitación y readaptación.
- Capacitación con énfasis en actitudes y comportamientos de infectados y no infectados por el síndrome de inmunodeficiencia adquirida SIDA.
- Desarrollo del sistema de información y registro epidemiológico,
- Instancias de planeación y coordinación.
- Sistemas de financiamiento para el VIH-SIDA.
- Promoción y estímulos a la investigación científica y tecnológica sobre VIH-SIDA.

ARTÍCULO 3°.- ESTRATEGIAS. Para la planeación, formulación, diseño, implementación y desarrollo de las disposiciones que se dictan mediante este Acuerdo, sobre el síndrome de inmunodeficiencia humana VIH-SIDA, se deben tener en cuenta por parte de las entidades a cargo o responsables de la misma, así como de las entidades con corresponsabilidad en ella, las siguientes estrategias:

- Apoyo y asistencia sectorial e intersectorial de las demás entidades distritales que tengan relación con la materia.
- Enfoque multidisciplinario e interdisciplinario para un adecuado manejo médico, científico y hospitalario de la enfermedad o síndrome, y para el seguimiento y atención.
- Acciones integrales en todos los aspectos de la problemática del VIH-SIDA.
- Participación activa, coordinada, articulada e integrada de todas las personas (usuarios, pacientes, familiares, médicos, personal paramédico, profesionales de distintas disciplinas, integrantes de comités, grupos y redes); entidades distritales y entidades responsables y corresponsables.
- Implementar acciones integrales con perspectiva de mujer y género en materia de VIH - SIDA.

ARTÍCULO 4°.- APLICACIÓN DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS. Para los efectos del presente Acuerdo, se aplicarán en lo pertinente, los protocolos publicados por el Ministerio de Protección Social para la atención integral en VIH-SIDA, teniendo en cuenta los principios científicos universalmente aceptados y se apoyará igualmente en las recomendaciones tanto diagnósticas como terapéuticas establecidas en el ámbito internacional por el Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades CDC de Atlanta; y se cumplirán así mismo los lineamientos y disposiciones de la Ley 100 de 1993 y del Decreto 1543 de 1997 y demás normas concordantes.

CAPITULO II

DE LAS MEDIDAS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD

ARTÍCULO 5°.- PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN. Las medidas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, están dirigidas a evitar la enfermedad, identificarla tempranamente, diagnosticarla oportunamente, controlar su contagio, propagación y desarrollo, garantizar la oportunidad en el acceso a la atención ambulatoria y hospitalaria, reducir los factores de riesgo biológico, garantizar los derechos y mejorar las condiciones y calidad de vida de todas las personas, reduciendo consecuentemente la vulnerabilidad de ellas a infectarse con el VIH y de los infectados a desarrollar el síndrome.

ARTÍCULO 6°.- Con el fin de sensibilizar y generar conciencia sobre los riesgos del VIH- SIDA, las Secretarías de Salud, Educación y Gobierno Distrital, el Departamento Administrativo de Bienestar Social, los Hospitales de la Red Hospitalaria del Distrito y todos los demás sectores cuya acción pueda tener impacto sobre el desarrollo de la epidemia, efectuarán de manera permanente, campañas de promoción y prevención a nivel Distrital en esta materia, dirigidas a la población en general; en especial, a los grupos con mayor vulnerabilidad y en particular a personas infectadas y a sus familiares.

Las campañas de la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, deberán contener acciones dirigidas a la erradicación del estigma y la discriminación.

Las demás entidades del Distrito, del sector central y descentralizado, así como las empresas industriales y comerciales del Estado del orden Distrital, los establecimientos educativos oficiales, entidades adscritas a la Red Hospitalaria Distrital, realizarán a su interior, dos veces cada año, campañas de promoción de la salud y prevención primaria, dirigida a todos los empleados de los distintos niveles y a la población estudiantil, respectivamente, con el fin de promover la práctica de una vida sana, una sexualidad segura y responsable, sobre la problemática del VIH-SIDA en general y sobre la práctica voluntaria de pruebas diagnósticas.

Igualmente, los establecimientos educativos, con el apoyo y asesoría de la Secretaría de Educación, desarrollarán actividades extracurriculares dirigidas a promocionar en la comunidad educativa los comportamientos indispensables para el ejercicio responsable, libre y seguro de su sexualidad evitando la promiscuidad.

ARTÍCULO 7°.- Las instituciones adscritas a la Red Hospitalaria Distrital, deberán desarrollar como mínimo, las siguientes acciones:

- Organizar, integrar y poner en funcionamiento redes de apoyo social y psicológico para personas que viven con VIH-SIDA, que tiene por objetivo ofrecer un espacio de reflexión, compartir experiencias, los miedos, angustias, mitos que circulan en torno a la enfermedad. Así como velar por los derechos y garantías de las personas que viven y conviven con el VIH-SIDA.

- Favorecer el intercambio de información, creando las condiciones para elaborar, reelaborar, transferir y producir conocimientos, cuestionando ideas, creencias y valores.

- Promover estrategias de cuidado y auto cuidado, así como también una decisión informada sobre el momento más adecuado para el comienzo de los tratamientos.

- Fortalecer el sistema de referencia y contrarreferencia.

Estas líneas de acción deberán estar dirigidas en cada institución por un coordinador capacitado y entrenado en manejo integral de esta enfermedad.

PARÁGRAFO 1.- Con la información y material obtenido en cada una de estas líneas de acción, el coordinador o la entidad respectiva, realizará un compendio en el cual extractará la información más relevante, que permita retroalimentar, adquirir mayores conocimientos, enriquecer y propiciar la investigación científica. Igualmente coadyuvará con esta información en la fijación de políticas, planes, programas y acciones sobre VIH- SIDA, remitiendo para tal efecto cada seis meses a la Secretaría de Salud y al Comité Distrital de Promoción y Prevención de

las Enfermedades de Transmisión Sexual y del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, que se crea mediante el presente Acuerdo, la información estandarizada, de acuerdo a las necesidades establecidas por el Comité Distrital de Promoción y Prevención de las Enfermedades de Transmisión Sexual y del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

ARTÍCULO 8°.- La Secretaría de Salud Distrital como medida de prevención del contagio y propagación del VIH-SIDA y demás enfermedades de transmisión sexual, diseñará e implementará, un programa de distribución gratuita de preservativos o condones, una vez en cada semestre del año, a la población en general, en un porcentaje correspondiente al 20% de la población estimada en la ciudad, priorizando a la población en mayor vulnerabilidad de adquirir el virus y a la residente en aquellas localidades con mayores tasas de enfermedad y mortalidad por esta pandemia.

Independientemente de lo anterior, la Secretaría de Salud Distrital, así como la Secretaría de Educación Distrital, con apoyo de las demás entidades cuya acción tenga impacto en el desarrollo de la epidemia, efectuarán promociones permanentes para evitar la promiscuidad sexual y el uso del preservativo o condón a través de campañas publicitarias en medios masivos de comunicación (prensa, radio y televisión), conferencias, seminarios y demás medios que a juicio de esas entidades consideren pertinentes.

ARTÍCULO 9°.- Los establecimientos donde se favorezcan, ofrezcan, permitan o presten servicios de encuentros sexuales, suministrarán en forma previa y gratuita preservativos o condones a quienes asistan a ellos con tales fines, y así mismo, material informativo impreso sobre la importancia del uso del preservativo, los riesgos o peligros de contraer el VIH-SIDA y enfermedades de transmisión sexual y condiciones para una vida sexual sana. La vigilancia y control de esta medida, será responsabilidad de las autoridades sanitarias distritales, quienes en caso de incumplimiento impondrán las sanciones policivas o administrativas pertinentes a dichos establecimientos o a su propietario, tenedor o administrador, según el caso.

ARTÍCULO 10°.- La Secretaría de Salud Distrital y los hospitales de primer, segundo y tercer nivel, diseñarán e implementarán estrategias para promover la demanda de pruebas diagnósticas de tamizaje (prueba de Elisa) a través de laboratorios públicos o privados para la detección de infección por el virus de inmunodeficiencia humana VIH.

Las pruebas confirmatorias para detección de infección por el virus de inmunodeficiencia humana VIH, serán realizadas en el laboratorio de referencia que defina la Secretaría Distrital de Salud para el procesamiento de muestras de la población, según las competencias que la norma le asigne. La realización de estas pruebas diagnósticas para VIH, deberán siempre estar precedidas y seguidas de consejería, la cual por sus características se realizará por personal capacitado y entrenado, en un entorno que propicie la confianza, el respeto, la reflexión y la confidencialidad.

PARÁGRAFO 1.- A las personas que resultaren positivas se les prestarán el apoyo y la atención integral e interdisciplinaria necesaria, hasta el momento en que sean atendidas o asumidas por el régimen subsidiado o contributivo.

PARÁGRAFO 2.- Para garantizar el derecho a la intimidad, la información epidemiológica obtenida en los procesos de atención del VIH-SIDA será de carácter confidencial y se utilizarán únicamente con fines estadísticos o de investigación científica.

CAPITULO III

VIGILANCIA Y CONTROL EPIDEMIOLÓGICO

ARTÍCULO 11 °.- Para efectos de vigilancia y control epidemiológico, los hospitales de primer, segundo y tercer nivel que atiendan casos de VIH-SIDA, por primera vez, a nivel de consulta externa, urgencias y diagnóstico deberán realizar las siguientes acciones:

- Abrirán una historia clínica dirigida del paciente, por parte del médico tratante.
- Practicarán un examen físico dirigido por parte del mismo.
- Ordenarán la realización de exámenes complementarios.
- Ordenarán la remisión inmediata del paciente diagnosticado como infectado por VIH, al hospital de tercer nivel para el manejo especializado por un equipo interdisciplinario.

PARÁGRAFO 1.- Los Hospitales de primero y segundo nivel, comprometerán recursos de su presupuesto, únicamente para consulta externa, urgencias sin hospitalización, diagnóstico y pruebas de laboratorio clínico. En ningún caso se comprometerán por parte de estas entidades, recursos para atención, tratamiento, hospitalización, rehabilitación o readaptación social, lo cual estará a cargo de los hospitales de la RED VIH-SIDA que se crea.

ARTÍCULO 12°.- La Secretaría de Salud, la Secretaría de Educación a nivel Distrital y las Alcaldías Locales, a nivel local, realizarán estudios de vigilancia de comportamientos sexuales, mediante encuestas de conocimiento, actitudes y comportamiento en materia de sexualidad, dirigidos a empleados distritales de todos los niveles y a adolescentes escolarizados desde grado 6° en adelante, y en las localidades, a la población que allí resida o a las que prioritariamente determine el Alcalde Local de acuerdo con estudios, estadísticas e incidencia de VIH-SIDA en su localidad. Dichas encuestas servirán para la adopción de políticas, planes y programas y acciones en la materia y para complementar las guías de prevención y atención por parte de los prestadores de servicios de salud y administradores. En estas campañas se hará énfasis sobre el tema de evitar la promiscuidad sexual.

ARTÍCULO 13°.- La Secretaría de Salud Distrital, las alcaldías locales, previa información que suministren los hospitales adscritos a la Red Hospitalaria Distrital y demás entidades prestadoras de servicios de salud en el Distrito, efectuarán una

georeferenciación de pacientes a nivel Distrital y local respectivamente, mediante mecanismos de identificación del lugar de residencia, sitios de trabajo y estudio, adscripción a entidades sin ánimo de lucro, ONG, y demás información útil, con fines solamente de vigilancia y control epidemiológico. Dicha información es de carácter reservado y confidencial.

CAPITULO IV

ATENCIÓN, TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN

ARTÍCULO 14°.- Para efectos de atención, tratamiento y rehabilitación de los pacientes que conviven con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), se aplicará por parte de los hospitales de la Red VIH- SIDA que se crea, la Guía de Atención del VIH -SIDA de la Dirección de Promoción y Prevención del Ministerio de Protección Social, la cual contiene los lineamientos para la orientación del manejo, seguimiento y control de esta enfermedad. Se tendrá en cuenta el conjunto de actividades y normas técnico-científicas a través de las cuales se busca garantizar la atención integral en salud del usuario, su desarrollo humano, estilos de vida y las alteraciones de la salud.

Los hospitales de la Red VIH-SIDA, implementaran los pasos mínimos a seguir y su orden lógico y secuencial para asegurar la oportunidad de la atención, la eficiencia y la calidad de los servicios, así como su impacto y la satisfacción del usuario y de sus familias.

ARTÍCULO 15°.- CREACIÓN DE LA RED VIH-SIDA DISTRITAL. Crease bajo la coordinación de la Secretaría de Salud, la Red VIH-SIDA Distrital, para la atención, tratamiento y rehabilitación o readaptación social de pacientes con VIH-SIDA en el Distrito Capital, con carácter integral y multidisciplinario, conformada por los hospitales de tercer nivel de atención.

ARTÍCULO 16°.- FUNCIONES. Independientemente de las funciones que prestan las empresas sociales del estado referidas en el artículo anterior, los hospitales que conforman la Red Distrital VIH-SIDA cumplirán las siguientes funciones específicas:

- Actuar articuladas con el Sistema Distrital de Salud en materia de VIH-SIDA.- Unificar los procedimientos y esquemas de atención integral de pacientes con VIH-SIDA.

- Adelantar, coordinar y ejecutar en lo de su competencia y de acuerdo con la ley, los protocolos y guías, los programas de atención, tratamiento, rehabilitación o readaptación social de pacientes con VIH-SIDA en el Distrito Capital, con el objeto de crear, actualizar y estandarizar los protocolos distritales.

- Fomentar relaciones de cooperación entre instituciones de la Red, para los objetivos y fines de su creación.

- Adelantar en forma articulada e integral, investigaciones científicas y tecnológicas sobre nuevos desarrollos de la enfermedad y formas de tratamiento de la misma.

- Brindar información científica-técnica en el momento oportuno para la formulación e implementación de políticas, planes, programas y acciones en las áreas propias de su objeto y en relación con el VIH-SIDA.

- Mantener el sistema de información actualizado con información veraz.

- Adelantar programas conjuntos de capacitación y actualización científica a los profesionales del área médica, paramédica y especializada que atienden esta enfermedad y en el área específica de VIH-SIDA.

- Promover la obtención de recursos distritales, de cooperación nacional e internacional para financiar y apoyar estudios, programas, proyectos e investigaciones científicas y tecnológicas relacionados con su objeto.
- Organizarse internamente para el cumplimiento de las funciones, identificando los procesos, los responsables y los resultados.

ARTÍCULO 17°- Las Entidades competentes están obligadas a prestar la atención integral de acuerdo a los protocolos de manejo de las personas expuestas violentamente al VIH y a definir los mecanismos para la atención en las primeras 24 horas de exposición.

CAPITULO V CAPACITACIÓN CON ÉNFASIS EN ACTITUDES Y
COMPORTAMIENTOS DE INFECTADOS Y NO INFECTADOS POR EL
SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA SIDA.

ARTÍCULO 18°.- Las Secretarías de Educación y Salud, diseñarán un programa conjunto y complementario de capacitación continua, cuyos objetivos son:

- Adelantar campañas masivas que generen una cultura encaminada a evitar la promiscuidad sexual.
- Actualizar y capacitar a la comunidad educativa, a través de encuentros anuales por localidades, dirigidos a la prevención del VIH-SIDA
- Capacitar y propender por la especialización en esta materia, a los equipos de salud, vinculados a la Red Hospitalaria Distrital, que tengan a su cargo el manejo de la problemática del VIH-SIDA.
- Apoyar la realización anual de un evento académico con la participación de las facultades de medicina en materia de investigación tecno-científica y últimos avances en VIH-SIDA. De las conclusiones de este evento, se hará una memoria documental y se remitirá a las entidades públicas competentes, al Comité Distrital

de Promoción y Prevención de las Enfermedades de Transmisión Sexual y del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, a la Red Distrital VIH-SIDA.

- La Secretaría de Salud habilitará una línea telefónica gratuita de asesoría en VIH/SIDA, en la cual se promoverá la salud sexual y la prevención de las enfermedades de transmisión sexual y el SIDA y demás instancias que considere pertinentes.

CAPITULO VI DESARROLLO DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN Y REGISTRO EPIDEMIOLÓGICO

ARTÍCULO 19°.- La Secretaría de Salud Distrital diseñará e implementará un programa o sistema estadístico único, que contenga información de casos de VIH-SIDA a nivel local, distrital y de Red Hospitalaria Distrital y demás entidades de servicios de salud, con información confiable, real y oportuna, con miras a determinar niveles de ocurrencia o presentación de la enfermedad y ejercer control epidemiológico sobre la misma. De las estadísticas obtenidas y demás información pertinente, se remitirán boletines o informes trimestrales a último día de cada periodo, al Concejo de Bogotá, al Comité Distrital de Promoción y Prevención de las Enfermedades de Transmisión Sexual y del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, que se crea mediante este Acuerdo, al Instituto Nacional de Salud, al Instituto Nacional de Medicina Legal, a las alcaldías locales y a la Secretaría de Gobierno de la Alcaldía Mayor.

ARTÍCULO 20°.- Las alcaldías locales, en coordinación con la Secretaría de Salud Distrital, monitorearán de manera permanente las estadísticas referidas en el artículo anterior, y de acuerdo con el aumento en los niveles de ocurrencia y de incidencia de casos de VIH-SIDA, desarrollarán acciones para ejercer un mayor control epidemiológico en el respectivo territorio de su jurisdicción.

ARTÍCULO 21°.- El Comité Distrital de Promoción de la Salud y Prevención de las Enfermedades de Transmisión Sexual y del Síndrome de Inmunodeficiencia

Adquirida, cumplirá las funciones de que trata el literal a) del artículo 25 del presente acuerdo, con base en las estadísticas generadas por el sistema de información y registro epidemiológico.

CAPITULO VII INSTANCIAS DE PLANEACIÓN Y COORDINACIÓN

ARTÍCULO 22°.- DE LA CREACIÓN DEL COMITÉ DISTRITAL DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y DEL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA. Con el fin de dar cumplimiento a lo establecido en el Decreto 1543 de 1997, artículo 54, crease el Comité Distrital de Promoción de la Salud y Prevención de las Enfermedades de Transmisión Sexual y del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, del orden Distrital.

ARTÍCULO 23°.- NATURALEZA. El Comité Distrital de Promoción de la Salud y Prevención de las Enfermedades de Transmisión Sexual y del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, tiene el carácter de órgano de planificación, coordinación y asesoría de la Administración Distrital para la promoción de la salud, prevención y control de las enfermedades de transmisión sexual y del síndrome de inmunodeficiencia adquirida VIH y SIDA, con carácter intersectorial, permanente y ad honorem.

ARTÍCULO 24°.- El Comité Distrital de Promoción y Prevención de las Enfermedades de Transmisión Sexual y del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, se conformará así:

- a) El Alcalde Mayor quien lo presidirá, o su delegado.
- b) El Secretario de Gobierno.
- c) El Secretario de Salud.
- d) El Secretario de Educación.

- e) El Director del Departamento Administrativo de Bienestar Social.
- f) El Director del Departamento Administrativo de Planeación Distrital.
- g) El Personero Distrital.
- h) El Veedor Distrital.
- i) Los Directores de los hospitales de tercer nivel adscritos a la Red Hospitalaria Distrital.
- j) Dos representantes de organizaciones no gubernamentales (ONG) de lucha contra el SIDA, legalmente constituidas, elegidas al interior de las mismas.
- k) Un representante de la Red Distrital de Bancos de Sangre.
- l) Un representante de la Asociación Colombiana de Infectología.
- m) Un representante por las administradoras de régimen subsidiado.
- ñ) Un delegado de la Oficina de Política Pública de Mujer y Género de la Alcaldía Mayor.

Parágrafo 1°. El Comité podrá invitar a sus reuniones a representantes de otras entidades del sector público y privado del orden distrital y nacional y/o a expertos, asesores o consultores y a un representante de las empresas promotoras de salud - EPS y un representante de los demás regímenes especiales, cuando así lo estime necesario.

Parágrafo 2°. El Comité Distrital de Promoción y Prevención de las Enfermedades de Transmisión Sexual y del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, contará con el apoyo de un subcomité científico asesor, que apoye técnica y científicamente las decisiones que en materia de VIH-SIDA se discutan en su seno. A este subcomité, se invitarán delgados de los centros de alta complejidad

que desarrollen actividades, científicas y médicas relacionadas con el VIH-SIDA, así como representantes de las facultades de ciencias de la salud y asociaciones científicas con sede en el Distrito Capital.

ARTÍCULO 25°.- FUNCIONES. El Comité Distrital de Promoción y Prevención de las Enfermedades de Transmisión Sexual y del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, desarrollará las siguientes funciones:

- a) Sugerir políticas, planes y programas a nivel distrital, para la promoción de la salud, prevención y control de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) y las otras enfermedades de transmisión sexual (ETS).
- b) Asesorar a la Administración Distrital en la toma de decisiones sobre la materia;
- c) Recomendar los mecanismos para lograr la participación intersectorial en las actividades de la política pública distrital del presente Acuerdo.
- d) Apoyar la consecución de fuentes de financiación distrital, nacional e internacional;
- e) Prestar la asesoría que se le solicite para la elaboración de proyectos, acuerdos o convenios internacionales;
- f) Promover los mecanismos de coordinación necesarios con los programas nacionales de SIDA y ETS y de otros países con los que Colombia tenga convenios o se suscriban posteriormente;
- g) Dictar su propio reglamento;
- h) Las demás que los sectores participantes consideren pertinentes en desarrollo de este Acuerdo.

ARTÍCULO 26°.- REUNIONES. El Comité Distrital de Promoción y Prevención de las Enfermedades de Transmisión Sexual y del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, se reunirá ordinariamente cada dos (2) meses y extraordinariamente a solicitud de su presidente o de cualquiera de sus miembros, cuando así lo considere necesario.

Parágrafo 1.- De las reuniones del Comité Distrital de Promoción y Prevención de las Enfermedades de Transmisión Sexual y del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, se remitirá copia de las actas al Concejo de Bogotá dentro de los diez (10) días siguientes a la fecha de realización de la reunión correspondiente, para su conocimiento y fines de control político.

Parágrafo 2.- La coordinación general del Comité Distrital de Promoción y Prevención de las Enfermedades de Transmisión Sexual y del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, estará a cargo del Secretario de Salud Distrital, y la secretaría ejecutiva, a cargo del Director de Salud Pública de la Secretaría Distrital de Salud.

CAPITULO VIII SISTEMAS DE FINANCIAMIENTO PARA EL VIH-SIDA

ARTÍCULO 27°.- Para efectos de poder financiar el tratamiento de las personas a las cuales se les ha diagnosticado y confirmado ser portador del VIH o han desarrollado el SIDA, el Fondo Financiero Distrital de Salud, garantizará a los hospitales adscritos a la Secretaría Distrital de Salud, que conforman la Red Distrital VIH-SIDA, que se crea, los recursos necesarios para brindar atención integral de dichas personas, que no cuenten con la cobertura del sistema de seguridad social y que corresponda a los criterios de pobreza para efectos de cobertura en salud. Lo anterior sin perjuicio de lo establecido en el artículo 10, parágrafo 1° de este Acuerdo.

ARTÍCULO 28°.- Para reducir los costos de compra de los medicamentos, con los que se da tratamiento a las personas que conviven con VIH-SIDA, la Secretaría de

Salud, desarrollará un mecanismo para la adquisición unificada de medicamentos genéricos antirretrovirales por parte de los hospitales que conforman la Red Distrital VIH-SIDA.

CAPITULO IX PROMOCIÓN Y ESTÍMULOS A LA INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA Y TECNOLÓGICA SOBRE VIH-SIDA

ARTÍCULO 29°.- La Administración Distrital, diseñará una política de estímulos a la Investigación científica y tecnológica, que permita alcanzar desarrollos significativos en materia de atención y tratamiento integral de la infección por VIH y SIDA.

ARTÍCULO 30°.- VIGENCIA. El presente Acuerdo rige a partir de la fecha de su publicación.

NOTA: Publicado en el Registro Distrital 3293

ANEXO 4

LEY 972 DE 2005

(Julio 15)

Por la cual se adoptan normas para mejorar la atención por parte del Estado colombiano de la población que padece de enfermedades ruinosas o catastróficas, especialmente el VIH/Sida.

El Congreso de Colombia

DECRETA:

Artículo 1°. Declárese de interés y prioridad nacional para la República de Colombia, la atención integral estatal a la lucha contra el VIH -Virus de Inmunodeficiencia Humana- y el SIDA -Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida-.

El Estado y el Sistema General de Seguridad Social en Salud, garantizará el suministro de los medicamentos, reactivos y dispositivos médicos autorizados para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades ruinosas o catastróficas, de acuerdo con las competencias y las normas que debe atender cada uno de ellos.

Parágrafo 1°. El día primero (1°) de diciembre de cada año se institucionaliza en Colombia como el Día Nacional de Respuesta al VIH y el SIDA, en coordinación con la comunidad internacional representada en la Organización de las Naciones Unidas, ONU, y la Organización Mundial de la Salud, OMS.

Parágrafo 2°. Además de los programas regulares desarrollados por el Gobierno, en esta fecha, el Ministerio de la Protección Social coordinará todas las acciones que refuercen los mensajes preventivos y las campañas de promoción de la salud, en concordancia con el lema o el tema propuesto a nivel mundial por el Programa Conjunto de las Naciones Unidas para el SIDA, ONUSIDA, y promoverá, en forma

permanente, y como parte de sus campañas, el acceso de las personas afiliadas y no afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud, al diagnóstico de la infección por VIH/SIDA en concordancia con las competencias y recursos necesarios por parte de las entidades territoriales y los diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Artículo 2°. El contenido de la presente ley y de las disposiciones que las complementen o adicionen, se interpretarán y ejecutarán teniendo presente el respeto y garantías al derecho a la vida y que en ningún caso se pueda afectar la dignidad de la persona; producir cualquier efecto de marginación o segregación, lesionar los derechos fundamentales a la intimidad y privacidad del paciente, el derecho al trabajo, a la familia, al estudio y a llevar una vida digna y considerando en todo caso la relación médico-paciente.

Se preservará el criterio de que la tarea fundamental de las autoridades de salud será lograr el tratamiento y rehabilitación del paciente y evitar la propagación de la enfermedad.

Artículo 3°. Las entidades que conforman el Sistema General de Seguridad Social en Salud, en lo de sus competencias, bajo ningún pretexto podrán negar la asistencia de laboratorio, médica u hospitalaria requerida, según lo aprobado por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, a un paciente infectado con el VIH-SIDA o que padezca de cualquier enfermedad de las consideradas ruinosas o catastróficas.

El paciente asegurado será obligatoriamente atendido por parte de la EPS. Si este perdiera su afiliación por causas relativas a incapacidad prolongada, no podrá suspenderse su tratamiento y la EPS en ese caso, recobrará a la subcuenta ECAT del Fosyga según la reglamentación que se expida para el efecto.

El paciente no asegurado sin capacidad de pago será atendido por la respectiva entidad territorial con cargo a recursos provenientes de oferta de acuerdo con la reglamentación que para el efecto se expida.

Parágrafo. La violación a lo dispuesto en la presente ley, por las EPS/IPS, públicas o privadas, sin perjuicio a las acciones civiles y penales que se deriven, generará sanción equivalente a multa, la primera vez, por doscientos salarios mínimos mensuales legales vigentes y, la reincidencia, multa equivalente a un mil salarios mínimos legales mensuales vigentes.

Las investigaciones, multas y sanciones aquí previstas estarán a cargo de la Superintendencia de Salud o quien haga sus veces, la que podrá delegar en las Secretarías Departamentales y Distritales de Salud, las cuales actuarán de conformidad al proceso sancionatorio de que trata el Decreto 1543 de 1997 que, para el presente caso, no superará los sesenta (60) días hábiles. El no pago de las multas será exigible por cobro coactivo, constituyéndose la resolución sancionatoria, debidamente ejecutoriada, en título ejecutivo. Los dineros producto de multas irán con destino al Fondo de Solidaridad y Garantías Subcuenta, ECAT.

Artículo 4º. El Gobierno Nacional a través del Ministerio de la Protección Social, diseñará en un término no mayor de seis (6) meses a partir de la promulgación de esta ley, unas estrategias claras y precisas conducentes a disminuir los costos de los medicamentos, reactivos y dispositivos médicos utilizados en las enfermedades de alto costo, en particular el VIH/SIDA, cuyas acciones serán de aplicación inmediata.

Parágrafo. A partir de la vigencia de la presente ley, el Gobierno Nacional, podrá hacer uso de los mecanismos que la normatividad le asigna con el fin de garantizar el acceso de la población a los medicamentos que sean objeto de algún tipo de protección.

Artículo 5°. En desarrollo del artículo anterior, y con el objeto de reducir el costo de los medicamentos, reactivos de diagnóstico y seguimiento y dispositivos médicos de uso en enfermedades consideradas ruinosas o catastróficas en particular el VIH/SIDA, la Insuficiencia Renal Crónica y el Cáncer, se faculta el Ministerio de la Protección Social para poner en marcha un sistema centralizado de negociación de precios y compras, que permita conseguir para el país y para el SGSSS reducciones sustanciales de los costos de estas patologías y tener un mejor control sobre la calidad y la fármaco vigilancia de los productos adquiridos.

Artículo 6°. Las autoridades responsables de la aplicación de la presente ley, serán el Ministerio de la Protección Social y las direcciones departamentales, distritales y municipales de salud en el marco de las competencias establecidas en la Ley 715 de 2001, el Decreto 1543 de 1997 y de las demás normas que la reglamenten, modifiquen, adicionen o sustituyan.

Bajo la dirección, supervisión y control del Ministerio de la Protección Social y para los efectos de la presente ley, actuarán las entidades públicas y privadas que integran el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Artículo 7°. *Vigencia*. La presente ley rige a partir de su sanción y publicación.

NOTA: Publicada en el Diario Oficial 45970 de julio 15 de 2005.

ANEXO 5

POLÍTICA DISTRITAL

“SEXUALIDAD SIN INDIFERENCIA”

Introducción

Una ciudad equitativa, que respeta la vida y garantiza los derechos de todas y todos, que reconoce las diferencias y que promueve en sus habitantes la autonomía, no puede tolerar que un niño o una niña sean víctimas de abuso y violencia sexual, que desde la infancia no se tenga acceso a educación para la sexualidad, a que recién nacidos sean fruto de gestaciones no planeadas, a que no se reconozca la importancia de la individualidad en las decisiones y opciones sexuales, a que se comprometa la posibilidad de disfrutar la sexualidad y la procreación por causa de enfermedades infecciosas, cáncer y otras patologías, a que se desconozca el ejercicio de la sexualidad en los adultos y las adultas mayores, a que mueran gestantes o sus frutos como resultado de causas perfectamente prevenibles, a que se invisibilice la importancia de la identidad y el cuerpo de todos y todas.

La sexualidad humana tiene tres funciones fundamentales: **procreativa, erótica y comunicativa**. La primera hace énfasis en los aspectos relacionados con la perpetuación de la especie humana. La segunda resalta la lúdica que acompaña la respuesta sexual que implica satisfacción de necesidades psicosexuales, expresión del afecto, intimidad, sensualidad y placer. Por último, la función comunicativa supone que la sexualidad puede ser entendida en términos del conocimiento del cuerpo y de la interacción con el (la) otro(a) para expresar, intercambiar y compartir emociones, pensamientos, deseos, y acciones.

Desde esta perspectiva, la sexualidad está afectada por la relación de las personas con el medio y determinada por las historias cotidianas de hombres y mujeres, de niños y niñas, que se desarrollan dentro de espacios tan comunes como el hogar, la escuela, el sitio de trabajo, el barrio, el bar, entre otros.

Por otra parte, las concepciones sexuales, las propias ideas sobre los cuerpos y el comportamiento, las opciones de práctica sexual, las opciones sexuales, la planeación de las gestaciones y las decisiones para regular la fecundidad, son el resultado de un complejo sistema de relaciones económicas, culturales y aun políticas, que determinan el modo de vivir de cada grupo con sus condiciones de clase, en cada territorio o espacio socioeconómico.

La *Política Distrital "Sexualidad Sin Indiferencia"* articula las necesidades sociales con una perspectiva amplia de la sexualidad, en donde lo individual, lo grupal y lo colectivo tienen expresión y especial atención.

Siendo una propuesta, convoca a todas las fuerzas activas a participar en su desarrollo, pues no hay nada más humano que la sexualidad en todas sus expresiones, con todas sus posibilidades de diversidad, particularidad y pluralidad, en oposición a un medio globalizante que intenta unificar, generalizar y homogenizar.

La No indiferencia a la cotidianidad

Educación sexual

A pesar de existir la Ley Nacional de Educación, la cual contempla como obligatoria la Educación Sexual, en el Distrito Capital el desarrollo de la educación sexual ha tenido importantes limitaciones, que son reflejo de lo que sucede en el país. Un estudio realizado por el Ministerio de Educación, logró establecer limitaciones en la calidad del proceso, dificultades para abordar el tema por parte de docentes y las familias de los alumnos y alumnas, así como debilidades

administrativas para lograr una educación emancipadora, generadora de autonomía, respetuosa de las diversidades sexuales y con enfoque de géneros, situaciones que también señalan los mismos niños, niñas, adolescentes y padres y madres de familia.

Se exige desde diferentes ámbitos la necesidad de incidir en temáticas elementales que sugieran el abordaje del cuerpo, la identidad, el reconocimiento, la autonomía, el empoderamiento, la diversidad, el respeto, la comunicación con el otro y los otros, para de esta manera afectar positivamente a los niños y niñas, adolescentes, jóvenes, adultos y adultos mayores, a los grupos sociales y a la sociedad en su conjunto, así como incidir en condicionantes sociales y culturales de mayor alcance.

Nacimientos en adolescentes

Los nacimientos en la población de 10 a 19 años superan los 20.000 anuales. Esta cifra tiene un gran peso en la tasa de fecundidad de Bogotá, pero su importancia radica en que su presencia está asociada a la desintegración que conlleva falta de comunicación, maltrato intrafamiliar, vacíos afectivos, sensación de soledad, pérdidas de valores y limitadas oportunidades educativas y laborales. Eventos como la violencia, el abuso sexual, el consumo de sustancias psicoactivas también comparten estos factores de riesgo.

Las localidades que han reportado mayores tasas de nacimientos en adolescentes, contados por cada 10.000 jóvenes entre los 10 y 19 años, son Santa Fe (57.7), Usme (56.63), Candelaria (51.22), San Cristóbal (48.83) y Rafael Uribe (47.48).

El nacimiento en una gestante adolescente conlleva limitaciones del desarrollo integral de la madre, de su hijo o hija, mayor carga social para la familia que acoge a la adolescente, e incluso condiciones para la violencia intrafamiliar en los casos en que se consolida una nueva familia. También se puede señalar que el riesgo de

mortalidad materna es cuatro veces mayor entre las adolescentes, y que sus frutos tienen mayor probabilidad de nacer prematuramente y de bajo peso, con requerimientos especiales de cuidado intrahospitalario y familiar.

Las gestaciones no planeadas y los abortos inducidos

Se ha aumentado progresivamente el porcentaje de gestaciones no planeadas, pasando en 1990 de ser el 25% a 66% en el año 2003. Con relación a la prevalencia del aborto inducido este fue del 5% para el año 1998 y del 4.15% para el 2003. Estas tasas siguen siendo altas, comparándolas con países donde el aborto está legalizado. Países Bajos (0.5%), Canadá (1.2%) e Inglaterra (1.4%).

El mayor riesgo de ocurrencia del embarazo no planeado en las mujeres y hombres que tienen relaciones sexuales es el no uso de los métodos anticonceptivos, ser adolescente y el inicio de relaciones sexuales a edad temprana.

También se identificaron como factores condicionantes la insuficiente oferta de métodos anticonceptivos, falta de actualización y oferta de métodos modernos, falta de metodologías y pedagogías educativas adecuadas para la promoción y prevención.

La mayoría de las mujeres proviene de familias numerosas, superpuestas, con antecedentes de madres y hermanas que vivieron la experiencia de ser madres en la adolescencia o haber tenido abortos múltiples. También provienen de estructuras familiares patriarcales, con madres sumisas y padres dominantes, periféricos afectivamente. En las dinámicas familiares predomina el maltrato intrafamiliar del hombre hacia la mujer y los hijos y de la madre hacia los hijos.

En las familias actuales estas mujeres han optado por vivir solas en su mayoría, y como expresión de debilidad en su autonomía, han tenido múltiples relaciones de pareja con diferentes hombres e hijos de diferentes padres, prevalece una

dinámica de pareja con patrones de interacción violenta, repitiéndose el esquema del maltrato del hombre hacia la mujer, principal motivo de las separaciones, no-uniones.

Infección por el Virus de inmunodeficiencia humana VIH y Sida

La no garantía de derechos como derecho a la vida, a la salud, a un trabajo digno, a la educación, a la información, a la autonomía, a la no discriminación, al reconocimiento, genera inequidades entre las personas y aumenta su vulnerabilidad, exposición y susceptibilidad a la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y su consecuencia, el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA).

Las estadísticas del año 2003 dan cuenta de lo descrito. Según ellas, el 52% del total de casos de VIH notificados en Bogotá durante ese periodo se concentran en las seis localidades declaradas en emergencia social y el 34% en tres de ellas (Kennedy, Ciudad Bolívar y Suba).

Las cifras mostraron que el 44% de las muertes por VIH/Sida se dieron en las seis localidades en emergencia y el 24% en las últimas tres antes mencionadas, lo que indica que la pobreza incrementa la vulnerabilidad al VIH y éste, a su vez, incrementa la pobreza por sus efectos devastadores sobre la productividad de las personas y la calidad de vida, cerrándose uno de los principales círculos de mantenimiento y fortalecimiento de la infección.

Las muertes por Sida son más frecuentes en la población joven, afectando la esperanza de vida. Entre los años 2001 y 2003, la muerte por esa causa pasó de 0.77% a 2.42% en el grupo de menores de 15 años. En el año 2003 el 84.6% de las muertes por VIH/Sida se dio en personas de menos de 50 años, y pasó en el

2002 al segundo lugar como causa de mortalidad, después del complejo trauma – violencia.

La inequidad de género determina la mayor vulnerabilidad de la mujer. Las mujeres ignoran casi por completo la situación de riesgo de infección por VIH en la que se encuentran e, igualmente, son sometidas a abuso sexual y violencia, determinando su alta vulnerabilidad a las ITSs y el VIH. En nuestra cultura las mujeres aun carecen de poder para negociar el uso del condón con sus parejas, lo que se reflejó en los datos sobre uso del condón en mujeres y hombres, arrojados por el estudio centinela de Bogotá de 2002 – 2003, que muestran diferencias significativas en el uso del condón por personas de los dos sexos (43,1%, en hombres y 31,6% en mujeres).

La tendencia hacia la heterosexualización del VIH/Sida indique que la mayor parte de las mujeres se infectan no solo por sus propios comportamientos de riesgo sino por los de su pareja. Esta situación está mediada por la inequidad de género que determina relaciones de poder y sometimiento y la mayor vulnerabilidad de las mujeres frente a sus parejas, lo cual interfiere en la generación de su corresponsabilidad ante el autocuidado. Consideraciones sobre que el matrimonio y la estabilidad con la pareja puedan ser una vacuna suficiente contra la infección, hacen parte de las ideas prevalentes en nuestra cultura, determinando para las mujeres una gran vulnerabilidad al VIH, expresada en cifras como las que demuestran el vertiginoso ascenso en el número de casos de VIH en mujeres y la disminución de la relación hombre – mujer, mientras que al inicio de la epidemia, año 1984, por cada 57 hombres se presentaba una mujer afectada, para el año 2003, por cada 4 hombres hay una mujer viviendo con el virus.

La prevalencia en la población general para el 2003 se estimó a través del Estudio Centinela de Bogotá (2002 – 2003) en 0.44%, es decir que por cada 1000

personas hay cerca de 5 personas portadoras del virus. Sin embargo, estudios como los de la Liga Colombiana de Lucha contra el Sida del año 2000 evidencian que de cada 100 hombres homosexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres (en esta población se incluyen los bisexuales, quienes actúan como población puente en el proceso de incremento de la epidemia en mujeres), 18 viven con la infección.

Lo anterior indica que la epidemia se concentra más en subgrupos. Sin embargo, existen indicios de una tendencia a la generalización de la epidemia, dada la creciente infección en mujeres y el consecuente impacto en la transmisión madre - hijo.

Bogotá no puede ser indiferente frente a la epidemia del VIH y el Sida, así como a otras infecciones de transmisión sexual. La mortalidad por esta infección se ha convertido en la primera causa entre la población económicamente activa, la infección está afectando a toda la población en edad fértil, sin importar su orientación sexual, y ha aumentado vertiginosamente entre las mujeres, en especial adolescentes y adultas jóvenes. El actual desarrollo científico en el manejo del problema puede garantizar la calidad de vida de las personas que viven con la infección y puede prevenir su transmisión perinatal.

Mortalidad materna y perinatal

Bogotá acoge cada año a aproximadamente 110.000 nacimientos, los que son atendidos en su gran mayoría en instituciones de salud. La ciudad cuenta con un gran número de instituciones de salud para el control prenatal y la atención del parto, con personal de salud calificado y con la mejor tecnología disponible del país, por lo que en Bogotá no se puede tolerar que ocurran muertes maternas y en recién nacidos, y menos aún si éstas son prevenibles.

La mortalidad materna presentó desde el año 1999 hasta el 2002 una tendencia a la disminución, pasando de 86,46 a 63,51 por cada 100.000 nacimientos, pero son altas si se comparan con las de Medellín (.....) o Cali (....). Por cada muerte materna más de 130 mujeres presentaron riesgo de muerte y quedaron con secuelas permanentes que afectaron su capacidad procreativa, sexual y erótica. Ambas situaciones, es decir la mortalidad y la discapacidad o morbilidad, conllevan desestructuración familiar, orfandad, mayor riesgo de violencia intrafamiliar, abandono y pérdida en la calidad de vida.

Entre las causas médicas de mortalidad de materna, se evidencian como principales la enfermedad hipertensiva del embarazo y la hemorragia posparto. En los análisis institucionales y domiciliarios se ha identificado que el 80% de las mortalidades maternas tienen asociadas problemas de calidad en la atención, tales como la no vinculación del compañero en el proceso procreativo y durante el parto, la falta de acceso a métodos de regulación de la fecundidad, deficiente control prenatal, no detección e inadecuado manejo de las infecciones urinarias, no identificación temprana del riesgo y falta de remisión oportuna.

El promedio de edad de las mortalidades maternas es de 28,8 años, siendo más alto el porcentaje en los extremos etéreos, especialmente entre los 10 y 14 años y entre los 45 a 49 años, aunque la tendencia aumenta desde los 35 años, lo que evidencia fallas en la protección, educación y atención brindada a las madres menores de 14 y mayores de 35 años.

La mortalidad materna para el año 2002 fue de 60,3 defunciones por cada 100.000 nacimientos, siendo mayor en las localidades de Antonio Nariño (169.9), Tunjuelito (129.1), Santa Fe (112.9), Usme (112.4), Chapinero (98.4), Bosa (94.3), Kennedy (83.3), Puente Aranda (75.8), Rafael Uribe Uribe (70.8) y Ciudad Bolívar (60.9).

En lo relacionado a la mortalidad perinatal, el comportamiento de este evento no ha sufrido mayores cambios en los últimos 10 años (8,7 y 8,5 muertes fetales y de recién nacidos por 1.000 nacidos vivos en el año 1990 y 2002, respectivamente) identificándose como principal causa la asfixia perinatal, eventos relacionados con la atención del embarazo, parto y reanimación del recién nacido.

De otra parte el 32% de las gestantes atendidas en la red pública de hospitales, presentan bajo peso, el 14.4% presentan sobre peso y el 15% obesidad. Lo anterior implica que más del 50% de las gestantes que son atendidas en consulta prenatal presentan algún problema de malnutrición (déficit o exceso), situación que refleja las condiciones socioeconómicas de las familias gestantes lo que determina diferentes condiciones de riesgo no solo para la gestante si no para el recién nacido, durante todo el proceso de la gestación, parto y puerperio.

El bajo peso al nacer aparte de considerarse uno de los indicadores más significativos para evaluar la calidad de vida de la población, es el eslabón primordial en la cadena de causalidad de la mortalidad perinatal y otras patologías del periodo neonatal y problemas de salud en el primer año de vida. La incidencia de bajo peso al nacer genera un incremento innecesario de la demanda de atención médica, causa trastornos familiares y sobrecarga de los presupuestos de los servicios de cuidados intensivos y neonatales especiales.

Teniendo en cuenta las causas de muerte, y que la cobertura del control prenatal es del 95.5%, y la del parto institucional en la ciudad es del 97.2%, se puede concluir que una gran proporción de las muertes se pueden evitar, reduciendo los nacimientos en adolescentes, fortaleciendo en las familias gestantes su autonomía y empoderamiento para la toma de decisiones, mejorando la captación temprana de las gestantes, realizando una detección oportuna de riesgos y su atención adecuada durante el control prenatal, garantizando calidad en la atención

durante el trabajo del parto, el parto y el postparto, y adecuando la atención para que los recién nacidos nazcan en óptimas condiciones de vida y de salud.

Enfoques de la política

Son enfoques de la política la autonomía y su fortalecimiento, los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos, la salud sexual como derecho a la salud, el cuidado del Cuerpo, el reconocimiento de los derechos de género y de las opciones sexuales y la promoción de la participación masculina.

Entendemos por **autonomía** el “ejercicio de la libertad en relación con las decisiones que los sujetos toman en el marco de sus deseos y necesidades, al tiempo que en el plano colectivo se refiere a las posibilidades que tienen los grupos de tomar parte activa en las decisiones que afectan a todos, lo que se define en la esfera de lo público”.

Los **derechos sexuales y reproductivos son derechos humanos** y su finalidad es que todas las personas puedan vivir libres de discriminación, riesgos, amenazas, coerciones y violencia en el campo de la sexualidad y la reproducción.

El contenido de los derechos sexuales y reproductivos se puede resumir en una frase: toda persona tiene derecho a decidir con quién, cuándo y cómo tiene, o no, hijos y relaciones sexuales. Son los derechos que garantizan la libre decisión sobre la forma como se expresa la sexualidad en las esferas procreativa, erótica y comunicacional.

La **salud sexual y el derecho a la salud** va más allá de la ausencia de enfermedades. Es lograr que una persona conozca su cuerpo de tal manera que pueda cuidarlo; ser capaz de tomar decisiones respecto a su sexualidad (la forma de ser, sentir, amar y actuar, como hombres o como mujeres) y en relación con la

pareja, conocerse a sí misma y escoger formas de mostrar su afectividad y de relacionarse con las demás personas. Significa además que las personas tengan condiciones para tener una vida sexual segura, satisfactoria y placentera, no necesariamente ligada a la procreación.

Como derecho, la política establece que debe haber servicios médicos para cubrir las necesidades en salud reproductiva, de infantes, adolescentes, jóvenes, adultos y adultos mayores, en especial para la educación y asesoría sexual, servicios de regulación de la fecundidad, ginecológicos y obstétricos, así como para una adecuada prevención y atención de las enfermedades de transmisión sexual, de la violencia y abuso sexual, de otras enfermedades infecciosas, cáncer y demás patologías que afectan el ejercicio pleno de una sexualidad sana.

El **cuerpo** ha sido entendido y estudiado fundamentalmente desde dos grandes corrientes de las ciencias sociales: una que plantea que es necesario comprender la forma en que las condiciones biológicas de la existencia afectan el diario vivir y buscan analizar la interacción entre sistemas orgánicos, marcos culturales y procesos sociales, y otra, que concibe al cuerpo como un sistema de símbolos, como una construcción social de poder y conocimiento en la sociedad, o como un efecto del discurso social.

Se tiene en cuenta la inscripción en el cuerpo de atributos y limitaciones derivados de la clase social, el género, la pertenencia étnica, el grupo étnico, el origen regional, etc.; sobre las manifestaciones de estos atributos y limitaciones en las distintas enfermedades de los diversos grupos sociales o en los síntomas que acompañan ciertas situaciones sociales o circunstancias vitales; el cuerpo como objeto de manipulación para el conjunto de los poderes, nombrado y moldeado por las definiciones culturales, valorativas y normativas, dando lugar a múltiples metáforas a lo largo de la historia, donde se utilizan políticamente los discursos sobre la diferencia y la desigualdad, donde los sujetos dan sentido a la enfermedad, el bienestar, la sexualidad o la procreación, se codifica y recodifica la

experiencia corporal del sujeto en los distintos espacios y territorios sociales, se interpretan la estructura y las funciones del cuerpo en diferentes contextos socioculturales y se pueden establecer las diferencias corporales y las relaciones de género.

Género se refiere al conjunto de rasgos adquiridos en el proceso de socialización, que diferencian a hombres y mujeres en una sociedad. Son las responsabilidades sociales, pautas de comportamiento, valores, gustos, temores, actividades, expectativas, etc., que la cultura asigna en forma diferenciada a hombres y mujeres.

La **participación masculina** también experimentan en nuestras sociedades explotación, desventaja y discriminación, pero como formas de inequidad distintas, puesto que es diferente padecer dichas inequidades en condición de varón, dado que los padecimientos de género y el sufrimiento de las consecuencias negativas del machismo son diferentes para los hombres.

Las **opciones sexuales** no hacen a las personas ni buenas ni malas y debe ser contemplada desde la tolerancia, entendiendo esta como un proceso activo que implica reconocer, aceptar y valorar al otro o a la otra y conlleva el respeto por la libertad como punto de partida de cualquier forma de vínculo o de relación de poder. No existe una sexualidad porque esta es únicamente un imaginario social que como tal no es uno, sino propio de cada espacio, tiempo, lugar, sociedad, cultura y persona. Hay particularidad en la vivencia que cada una tiene de la homosexualidad, la heterosexualidad, la lesbianidad o la bisexualidad y la condición de transtógenos.

Ejes de la política “Sexualidad Sin Indiferencia”

1. Educación para la sexualidad y la vida

Una educación para la sexualidad debe promover la transformación de patrones, estereotipos e imaginarios que de manera directa e indirecta, dan razón de la gama de vulnerabilidades y descontentos con relación al ejercicio pleno de la sexualidad como dimensión humana.

La educación se transforma en una *responsabilidad del Estado* y en un *Derecho de las ciudadanas*, en el que participan las comunidades educativas, las iglesias, las familias y el sector social, garantizándose que la educación ofrecida sea emancipadora, generadora de autonomía, respetuosa de las diversidades sexuales, con enfoque de géneros y que favorezca las funciones procreativa, erótica y comunicacional de la sexualidad.

La meta de la política en este eje es

Reducir el número de nacimientos en la población de 15 a 19 años en un 17 %.

Son acciones de este eje las siguientes

- Fomento de la comunicación y de las manifestaciones de afecto al interior de la familia, y de lógicas que reconozcan la importancia y valor del cuerpo y la identidad, atendiendo que las actitudes valores y conductas de los padres influyen en el desarrollo de los hijos, así como la comunicación al interior de las relaciones familiares.
- Eliminación de mitos y tabúes que dificultan la fluidez , claridad y emisión de información alrededor de la sexualidad,
- Fortalecimiento de las relaciones sociales que permiten el desenvolvimiento libre y seguro en ambientes diferentes de habilidades en las relaciones personales, grupales y colectivas

- Información relacionada con los significados y forma de comunicación del cuerpo en la sexualidad,
- Construcción y apropiación de herramientas pedagógicas y formativas que favorezcan el desarrollo del proyecto de vida, previo trabajo en el mismo orden con las figuras representativas en espacios como la escuela, la universidad, la casa, las organizaciones, las instituciones, la calle, el parque.
- Información clara y oportuna por parte del personal de salud y de educación,
- Fortalecimiento del uso recreativo del tiempo libre y de opciones productivas para los jóvenes.
- Implementación de una Página WEB y fortalecimiento de líneas 018000
- Desarrollo local de servicios para la atención integral e intersectorial de jóvenes y adolescentes
- Promover el desarrollo de investigaciones que fortalezcan las estrategias de promoción de la sexualidad y la vida.

Con el fin de dar desarrollo y seguimiento al eje ***Educación para la sexualidad y la vida***, se ha constituido un convenio interadministrativo, en el que tienen participación las organizaciones sociales y comunitarias, así como representantes de la Secretaría de Educación Distrital, el Departamento Administrativo de Bienestar Social, el Departamento Administrativo de Acción Comunal , el Instituto Distrital de Recreación y Deporte, el Instituto Distrital de Cultura y Turismo, y la Secretaría Distrital de Salud.

2. Proteger la sexualidad para promover la calidad de vida y la salud

Se considera necesario el trabajo intersectorial e interinstitucional dirigido a garantizar la promoción, prevención, fomento y atención integral en salud sexual y reproductiva, así como facilitar el acceso a la información, no solo para el que

individualmente la requiere sino también para los colectivos de hombres y las mujeres que necesitan empoderarse para dar a conocer o dirigirse a otros.

Para ello se hará especial énfasis en

- Consejería en salud sexual y preconcepcional, anticonceptiva, para pruebas diagnósticas en VIH, y para mujeres y hombres con complicaciones y en relación con el aborto.
- Consejería para la regulación de la fecundidad, y oferta de métodos anticonceptivos tanto temporales como definitivos, y
- Detección y control del cáncer de cuello uterino, mama, próstata y otras enfermedades crónicas que afectan la salud sexual y procreativa.
- Atención integral a personas víctimas de violencia y abuso sexual y de violencia intrafamiliar

Especial atención tienen dentro de la política el *VIH y el Sida*, por lo que en este tema se desarrollarán, entre otras, las siguientes acciones

Para la promoción de una sexualidad responsable, con prácticas sexuales protegidas

- Acciones continuas de información, educación y comunicación
- Jornadas distritales semestrales de información y educación
- Promoción de prácticas sexuales protegidas y distribución masiva de condones

Para la prevención de la infección, control de la transmisión y captación temprana de personas en riesgo

- Promoción permanente, intensiva y garantía de acceso a tratamiento integral particularmente a pruebas diagnósticas para VIH, previa consejería y consentimiento informado y antirretrovirales.

- Establecimiento de línea telefónica para la información, educación y orientación
- Promoción de donantes voluntarios y garantía de sangre segura
- Captación de personas en riesgo mediante el enfoque sindrómico de infecciones de transmisión sexual (ITS) y de patologías asociadas al VIH
- La identificación de las redes sociales de apoyo existentes y la organización de nuevas
- Compromiso transectorial para la intervención de los factores de vulnerabilidad
- Intervención de poblaciones en especial vulnerabilidad (hombres que tienen sexo con otros hombres, mujeres en edad fértil, adolescentes, estudiantes universitarios/as, población carcelaria, personas en situación de prostitución, mujeres gestantes, entre otras)
- Desarrollar investigaciones para mejorar la salud y calidad de vida de personas que viven con el VIH, así como también para el fortalecimiento de estrategias de prevención y control de la pandemia.

Para garantizar el acceso universal y sostenible a la atención integral

- Implementación de estrategias para la contención de costos en pruebas diagnósticas, condones, antirretrovirales, pruebas clínicas para seguimiento, atención integral a todas las personas.
- El fortalecimiento de la capacidad resolutive de las instituciones de salud participantes
- Mejoramiento de los procesos y procedimientos para la atención integral dentro del SGSSS
- Acceso a tratamiento antirretroviral con calidad y bajo costo
- Prevención de la transmisión perinatal del VIH
- Promover la implementación de servicios de Hospital día y atención en casa
- Fortalecimiento de la respuesta social

Para la vigilancia en salud pública y vigilancia y control de la atención

- Vigilancia epidemiológica y seguimiento de la captación
- Vigilancia centinela
- Control de calidad de laboratorios que procesan pruebas diagnósticas para VIH.
- Vigilancia epidemiológica a donantes de sangre seropositivos
- Mecanismos de seguimiento y control a las aseguradoras y prestadores de servicios de salud
- Diseño e implementación de un sistema único de información para VIH y sida
- Implementación de un sistema de fármaco-vigilancia

Para el seguimiento y evaluación de las acciones desarrolladas en VIH y Sida, y según lo establecido en el Dcto. 1543 de 1997, Art. 54, la Secretaría Distrital de Salud establecerá mediante acto administrativo, el Comité Intersectorial Distrital de Promoción de una Sexualidad Segura y de Prevención de las Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) y el VIH/Sida.

La meta de la política en este tema es

Reducir a menos de 0.5% la prevalencia del VIH en la población general para el periodo 2004-2008, y cero transmisión perinatal de la sífilis y del VIH

3. Cero tolerancia con la Mortalidad Materna y Perinatal

La Política Distrital “Sexualidad sin indiferencia” pone especial atención al favorecimiento de estrategias para la Promoción de la Calidad de Vida y de la Salud de Madres, Familias y Niños / Niñas.

Cada vida será disputada en su especificidad a través una vigilancia sistemática de las condiciones de vida y exposición al daño. El Plan Distrital “Cero tolerancia con la Mortalidad Materna y Perinatal” para enfrentar la mortalidad materna y perinatal exige una acción de gobierno, y de movilización de toda la sociedad, incluidos los sectores de producción y empresas.

Por tanto hay que identificar dónde, cómo y qué mujeres son las que mueren, para orientar las acciones dentro de un marco de universalidad y equidad, y de acción efectiva sobre los determinantes sociales y culturales de la mortalidad materna y perinatal, identificando e interviniendo los grupos sociales más vulnerables en cada territorio social, a través de acciones transectoriales.

En este sentido se desarrollarán, entre otras, las siguientes acciones

Para mejorar condiciones de vida y salud

- Promover y fortalecer el desarrollo de Redes Sociales de Apoyo que favorezcan la salud de las familias gestantes y sus recién nacidos.
- Promover en la comunidad el sentido de responsabilidad frente a la salud de los recién nacidos, las mujeres y familias gestantes mediante estrategias informativas, comunicativas, educativas y participativas que permitan su empoderamiento.
- Facilitar la intervención de la ciudadanía desde la abogacía en derechos para la mujer gestante y su familia así como para la organización social en favor de este momento vital.
- Identificar imaginarios sociales relacionados con la toma de decisiones de acudir al servicio de salud, en las decisiones preconcepcionales, el control prenatal, y las decisiones procreativas y anticonceptivas.
- Favorecer espacios laborales saludables a la mujer gestante y el fruto de la concepción.
- Reducir el bajo peso al nacer mediante el control de factores de riesgo durante el periodo gestacional.

- Identificar y canalizar las gestantes que no han accedido a atención, a través del modelo “salud a su hogar”.
- Fomentar la lactancia materna exclusiva.
- Universalizar la afiliación automática al régimen subsidiado de las gestantes pobres sin afiliación al sistema de salud.
- Fomentar la denuncia y prevenir el maltrato intrafamiliar.

Para mejorar la calidad en la atención

- Garantizar el acceso oportuno, la integridad, la integralidad y continuidad de la atención de los servicios de salud.
- Garantizar la calidad en la atención a la gestante y al recién nacido, en las etapas preconcepcional, gestacional, parto, postparto, perinatal y neonatal, incluyendo la implementación de prácticas de atención en salud basadas en la mejor evidencia científica disponible.
- Fortalecer la Atención Primaria en Salud con enfoque familiar y comunitario.
- Fortalecer el Sistema de Información Perinatal (SIP) y el uso del carné materno perinatal en el Distrito, que sean útiles para vigilar la calidad de la atención y la causas de enfermedad.
- Promover el desarrollo de investigaciones multicéntricas para mejorar la salud y calidad de vida de gestantes y recién nacidos.
- Favorecer prácticas en la atención materna y perinatal basadas en la mejor evidencia científica disponible.
- Acreditar y premiar instituciones que sean amigas de la familia gestante y la infancia (IAFI).
- Brindar Atención integral a la adolescente gestante y lactante.
- Brindar tratamiento integral a la mujer con complicaciones por aborto.
- Garantizar la referencia, contrarreferencia y el traslado oportunos.
- Favorecer el mejoramiento de la infraestructura y dotación de las instituciones para proporcionar cuidado obstétrico esencial, según nivel de complejidad.

- Fortalecimiento de la red de prestación de servicios de salud en el manejo de niñas con bajo peso al nacer.
- Favorecer la atención integral de prematuros bajo la modalidad de servicios canguro.

Para la vigilancia en salud pública y vigilancia y control de la atención

- Garantizar la calidad en la atención de gestantes y recién nacidos.
- Adelantar la inspección, vigilancia y control sistemático de los servicios ginecoobstétricos y perinatales de IPS públicas y privadas.
- Hacer seguimiento continuo al cumplimiento de los Planes de mejoramiento institucionales surgidos de los análisis de mortalidad materna y perinatal.
- Fortalecer la vigilancia epidemiológica durante el proceso de gestación parto y postparto. (sífilis gestacional y congénita, transmisión perinatal del VIH, estado nutricional de las gestantes y del peso al nacer en los recién nacidos del D.C., Mortalidad Materna y Perinatal, Vigilancia y control de laboratorios públicos y privados que procesan pruebas para VIH, sífilis congénita, Hepatitis B y TSH.)
- Establecer, dar seguimiento y desarrollar estrategias para el logro de los indicadores concertados en promoción, prevención, atención y rehabilitación, por subred, aseguradora, transectoriales y distritales.

Con el fin de dar desarrollo y seguimiento al eje ***Cero Tolerancia con la Mortalidad Materna y Perinatal***, se constituirá un comité transectorial, con participación de organizaciones sociales, científicas y académicas, aseguradoras y prestadoras de servicios de salud públicos y privados.

La meta de la política en este eje es

Reducir la Mortalidad Materna a menos de 45 por

100.000 nacidos vivos para el periodo 2004-2008, y en el mismo periodo reducir la mortalidad perinatal evitable a menos del 50%.

A manera de conclusión

Bogotá es un territorio que encierra lo geográfico y lo físico, lo simbólico y lo imaginario, lo significado. La delimitación de un territorio propio se convierte en factor fundamental en la construcción de identidad y en la afirmación de un sentimiento de diferencia. Los territorios de un grupo pueden estar claramente demarcados (institución sanitaria o escolar) o moverse con los sujetos (parque), pueden ser asignado (cárcel) o apropiados (parque, calle), pueden ser permanentes (usualmente la familia, el lugar de trabajo) o temporales (sitios de encuentro y ligue sexual).

Bogotá presenta grandes diversidades en su territorio y la respuesta a las necesidades en sexualidad, exige el conocimiento de sus dinámicas, relaciones y redes internas, a través del abordaje transdisciplinario, transectorial y la apropiación institucional, promoviendo la participación y el empoderamiento individual y social, para generar cambios socioculturales cada vez más amplios.

También se constituye en territorio el cuerpo, espacio y vehículo por excelencia de la realización humana moderna, oír la voz del cuerpo, conocerlo, sentirlo y actuar haciéndole justicia a sus necesidades se logra despertando la sensibilidad amodorrada por un exceso de estímulos mal orientados.

La invitación de la política **Sexualidad Sin Indiferencia** es a que todos y todas superando las barreras administrativas, dejando de lado la acción individual, apostemos a la construcción y puesta en marcha de opciones claras, concretas,

viabiles que generen, garanticen, atiendan, canalicen y den respuesta a las principales necesidades en sexualidad de la población. Sin perder la esencia del ejercicio cotidiano de los derechos, del respeto y reconocimiento a las diversidades y nos atrevamos a volver protagonistas a los que habitan la Bogotá que lucha por ser más moderna pero sobre todo más humana.

ANEXO 6

**RUTA DE ORIENTACIÓN A PACIENTES
VIH POSITIVO EN EL HOSPITAL SIMÓN BOLÍVAR**

