

Creencias De Un Portador De VIH/SIDA Acerca De Sus Relaciones Sociofamiliares

Álvaro Javier Jaimes Veloza y Johann Sanydder Martínez Viracachà

Universidad de Pamplona



Estudiantes

Álvaro Javier Jaimes Veloza

C.C 1.094.272.162

Johann Snydder Martínez Viracachà

C.C 1.098.753.968

Docente Asesor

Dora Carolina Orduz Moreno

C.C 1.096.946.971

Programa de Psicología, Universidad de Pamplona

La correspondencia relacionada con esta investigación debe ser dirigida a Álvaro
Javier Jaimes Veloza y Johann Snydder Martínez Viracachà

Universidad de Pamplona, Pamplona/Norte de Santander, Colombia

Correo: jjaimes299@gmail.com & johanm702@gmail.com

Tabla de contenido

Resumen	1
Abstract	2
Introducción	3
Problema de Investigación	4
<i>Formulación del Problema</i>	4
<i>Planteamiento del Problema</i>	4
<i>Descripción del Problema</i>	5
Justificación	7
Objetivos	9
Estado del Arte	10
<i>Estudios Internacionales</i>	10
<i>Estudios Nacionales</i>	11
<i>Estudios Locales</i>	12
Marco teórico	15
<i>Capítulo I. Psicología de la Salud</i>	15
<i>Capítulo II. Virus de Inmunodeficiencia humana (VIH)</i>	20
<i>Historia del VIH/SIDA</i>	21
<i>Deterioro Progresivo del VIH</i>	24
<i>El VIH en Colombia</i>	25
<i>Capítulo III. Redes de Apoyo</i>	28
<i>Capítulo IV. Creencias -Enfoque Cognitivo-</i>	31
<i>Capítulo V. Servicios de Salud en Colombia</i>	36
Marco Legal	39
<i>Ley 1090 de 2006</i>	39
<i>Ley 1616 de 2013</i>	40
<i>Ley 1733 de 2014</i>	43
Marco Contextual	47
Metodología	49
Resultados	55
Discusión	73
Conclusiones	79

Recomendaciones	80
Referencias Bibliográficas	82
Anexos	95

Lista de Tablas

Tabla 1. <i>Herramienta PICO</i>	50
Tabla 2. <i>Matriz Análisis Sujeto 1</i>	55
Tabla 3. <i>Observación No Participante Sujeto 1</i>	61
Tabla 4. <i>Matriz Análisis Sujeto 2</i>	62
Tabla 5. <i>Observación No Participante Sujeto 2</i>	71

Resumen

El presente trabajo tiene como objeto conocer las creencias positivas y negativas basadas en el apoyo social y familiar de dos (2) sujetos VIH positivo de la ciudad de Pamplona, cuyas edades oscilan entre los 23 y 33 años, estrato socioeconómico 0, 1 y 2. La presente investigación es un estudio de caso de corte cualitativo exploratorio. Para la recolección de datos se utilizaron técnicas como la entrevista a profundidad, observación no participante y se empleó la grabación de voz para facilitar la transcripción de respuestas. Teniendo en cuenta que el VIH/SIDA es un problema de salud pública, se ha olvidado el estudio de la salud mental del portador como eje fundamental de prevención de deterioro progresivo, por tal motivo esta patología afecta de manera significativa la vida del portador en muchas de sus áreas de ajuste como son la familiar, laboral, social, servicios de salud, sus creencias y/o imaginarios; Se evidencia que el temor al rechazo, a la estigmatización y a los juicios de valor son causales de estrés, por consiguiente este factor puede ocasionar más daño y progreso de síntomas físicos subyacentes a esta patología, se hace vital generar lasos de apoyo sociofamiliares fuertes donde la estabilidad emocional en conjunto con buenos canales de comunicación asertiva propicien el mejoramiento de la calidad de vida del portador.

Palabras Claves: Relaciones sociofamiliares, VIH/SIDA, salud mental, creencias.

Abstract

The purpose of this work is to know the positive and negative beliefs based on the social and family support of two (2) HIV positive subjects of the city of Pamplona, whose ages range between 23 and 33 years, socioeconomic stratum 0, 1 and 2. The present investigation is a case study of exploratory qualitative cut. For data collection techniques such as in-depth interviews, non-participant observation were used and voice recording was used to facilitate the transcription of responses. Given that HIV / AIDS is a public health problem, the study of the mental health of the bearer as a fundamental axis of prevention of progressive deterioration has been forgotten, for this reason this pathology significantly affects the life of the bearer in many of its areas of adjustment such as family, work, social, health services, beliefs and / or imaginary; It is evident that the fear of rejection, stigmatization and value judgments are causes of stress, therefore this factor can cause more damage and progress of physical symptoms underlying this pathology, it is vital to generate strong socio-family supportive spaces where the emotional stability in conjunction with good assertive communication channels favor the improvement of the quality of life of the bearer.

Keywords: Social and family relationships, HIV / AIDS, mental health, beliefs.

Introducción

Para Badía & Lara (2004, p. 80): “Durante la última década la calidad de vida relacionada con la salud ha adquirido importancia como medida del resultado de las intervenciones, los tratamientos y cuidados médicos. Las variables médicas tradicionales de resultado ya no son suficientes para mostrar una visión apropiada del efecto de las intervenciones sanitarias. El espectacular desarrollo de nuevos productos terapéuticos ha hecho que algunas enfermedades anteriormente consideradas fatales se hayan convertido en enfermedades crónicas, donde la medición de la Calidad de vida del paciente ha tomado gran importancia como medida de resultado de la atención médica”.

“El interés se ha centrado en la calidad o valor del tiempo de vida y no sólo en la cantidad de vida” (Badía & Lara, 2004, p. 80). Es así como hablando de la infección por el VIH y el SIDA ha afectado ya a millones de personas en todo el mundo, y constituye una amenaza a la salud y la vida de muchas otras más.

“Las armas eficaces con que contamos para hacer frente a esta epidemia son el conocimiento de los mecanismos de transmisión y la aplicación de las medidas de prevención de nuevas infecciones” (Sánchez, 2014, p. 1). La infección por el VIH y el SIDA solo puede ser combatida eficazmente si los derechos son respetados y los deberes son compartidos por igual en todo el mundo.

“Por otra parte, cada uno de nosotros, tenemos el deber de velar por nuestra propia salud y por la de los otros, evitando comportamientos que puedan suponer riesgo de contagio estando informados y teniendo presentes los mecanismos de transmisión y las medidas de prevención de la infección y, sobre todo, fomentando actitudes responsables, promoviendo la tolerancia y la solidaridad con los infectantes y los enfermos, y luchando contra la discriminación de los afectados”. (Moreno, s.f.).

Problema de Investigación

Formulación del Problema

¿Cómo percibe un portador de VIH/SIDA sus relaciones sociofamiliares?

Planteamiento del Problema

El VIH/SIDA a nivel mundial es catalogada como una de las infecciones más peligrosas del mundo, hasta el momento es incurable pero tratable. Los países de ingresos bajos no tienen aún la cobertura para el manejo de los síntomas, especialmente si se hace un paneo a nivel psicológico vemos que hemos olvidado la coyuntura de la salud mental como parte fundamental de un proceso complejo lo cual incluye síntomas físicos que son consecuencia de la ITS; Hasta el momento es clave ligar la conjetura mental con la física ya que muchos de los infectados no saben cómo proceder ante esta situación que compromete áreas de ajuste personales y afectan el funcionamiento vital y cotidiano en los núcleos, social y familiar.

Según la Organización Mundial de la Salud (2013), citado en Rodríguez (2016, p.54) y en adelante OMS, “Hasta el final de 2012 cerca de 10 millones de personas estaban recibiendo terapia antirretrovírica en países de ingresos bajos y medianos. No obstante, más de 16 millones de personas que reúnen las condiciones para recibir esa terapia en virtud de las nuevas directrices de 2013, no tienen acceso a los medicamentos antirretrovirales”.

Esta investigación se enfocará en los aspectos familiares más relevantes para el individuo en cuanto a las características de evaluación más comprensivas, integrales y válidas en torno a la salud mental del individuo y una valoración más precisa de los posibles beneficios y riesgos que pueden derivarse de la atención médica desde el punto de vista del paciente.

Se evaluará el impacto de una afección y su tratamiento en términos psicosociales importantes, comprensibles para el paciente; así como también las dimensiones de las creencias que en los diversos ámbitos o áreas de ajuste afectan el bienestar mental del mismo.

Descripción del problema

Dentro de estas infecciones de transmisión sexual se encuentra el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), donde su forma tardía es el síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida SIDA, el cual también puede transmitirse de la madre al hijo durante el embarazo, el parto y la lactancia e igualmente por transfusiones sanguíneas, o en usuarios de drogas intravenosas. Es importante denotar que, en el trascurso de la enfermedad, no solo se presentan problemas físicos, lo psicológico juega un papel importante en la vida del portador, haciendo este hincapié en la estabilidad emocional y cotidiana del cero positivo.

Desde que el SIDA se identificó por primera vez a comienzos de la década de los ochenta, un número sin precedentes de personas se vieron afectadas por la epidemia mundial de SIDA. Actualmente, se calcula que hay 36,7 millones de personas que viven con VIH/SIDA. África subsahariana, enfrenta la carga más grande del VIH/SIDA a nivel mundial, representa el 65% de todas las nuevas infecciones por el VIH. Otras regiones afectadas de manera significativa por el VIH/SIDA son Asia y el Pacífico, Latinoamérica y el Caribe, Europa Oriental y Asia Central.

El número total de personas que viven con el VIH ha aumentado como consecuencia del número continuado de nuevas infecciones contraídas cada año. África subsahariana sigue siendo la región más afectada por el VIH, ya que le corresponden el 65%. Por raza y origen étnico, los afroamericanos son los más afectados. *“En el 2015, los afroamericanos conformaban solo el 12% de la población estadounidense, pero tenían el 45% de todos los nuevos diagnósticos de VIH. Además, los hispanos o latinos también son fuertemente afectados”*. (MINSALUD, 2017, p.2)

“En Colombia, el primer caso de SIDA se notificó en 1983. Cinco años después, en 1988, se realizó el primer estudio de seroprevalencia con el propósito de intentar

conocer la magnitud de la epidemia y responder a ella. A partir de entonces, el Ministerio de Salud y Protección social ha puesto en marcha de diferentes formas, programas de vigilancia epidemiológica, principalmente entre los grupos identificados como de mayor vulnerabilidad” (MINSALUD, 2017, p. 2).

Teniendo en cuenta el dato anterior, “Colombia tiene una epidemia concentrada, es decir, que la enfermedad se presenta principalmente en grupos de alta vulnerabilidad: trabajadores (as) sexuales, hombres que tienen sexo con hombres (HSH), con una prevalencia que está por encima del cinco por ciento en el grupo de HSH, mientras que en el resto de población es menor del uno por ciento”. (MINSALUD, 2017, p. 3). “Una de las principales acciones y retos de la lucha contra el VIH/SIDA se centra actualmente en la necesidad de promocionar la prueba voluntaria, que tiene grandes ventajas para la población” (MINSALUD, 2017, p. 3).

La importancia de la intervención en salud mental para estas personas con esta condición médica se hace prioritaria en las diversas ARS, EPS y diversas entidades prestadoras de salud ya que la impera del malestar físico y la estigmatización ha hecho que el padecer VIH/SIDA sea tormentoso para el portador. El uso adecuado de la información es vital para el buen actuar de los jóvenes aprovechando de manera correcta los métodos de prevención de una ITS y así ofrecer una buena salud sexual y reproductiva sin riesgos. Teniendo en cuenta que esta es una enfermedad crónica, el apoyo social es vital, actualmente existen leyes vigentes a cerca de los cuidados paliativos ante los síntomas físicos subyacentes a esta patología; el conocimiento previo de los derechos ante una EPS y/o IPS son de suma importancia para el portador ya que por medio de ello podrá mitigar la sintomatología y el progreso del virus por medio de fármacos, de igual manera se podrán solventar gastos económicos en dado caso que el paciente requiera una movilización por urgencia médica.

Justificación

Teniendo en cuenta que el virus de inmunodeficiencia humana es un problema de salud pública en Colombia, el total de infectados se ha disparado en los últimos años, por ende, la tasa de muerte y los problemas psicosociales son cada vez más agudos. La población actual de todas las edades (teniendo en cuenta su proceso de desarrollo) no sabemos cómo actuar ante una eventual contracción de una ITS, eso pasa por la desinformación y el poco conocimiento de medidas de protección que giran en torno a una reproducción sexual sana. Consecuentemente a esto, la estigmatización sociofamiliar y la presión psicológica que tiene el portador de VIH/SIDA se hace vigente en muchas de las esferas personales del sujeto, ocasionando así creencias y/o percepciones que generalmente ocasionan que la salud mental del portador se vea afectada; A continuación se darán a conocer ciertos conceptos puntuales referente al VIH/SIDA en un contexto nacional y como esto afecta dos esferas importantes como lo son el nivel familiar y el nivel social.

Según datos de la OMS (2017), el VIH continúa siendo uno de los mayores problemas para la salud pública mundial, se ha cobrado ya más de 35 millones de vidas. Consecuentemente a esto, aunque no se ha descubierto cura alguna para la infección, el tratamiento con antirretrovíricos eficaces permite mantener controlado el virus y prevenir la transmisión para que tanto las personas infectadas como los que corren riesgo de contagio puedan llevar una vida saludable, larga y productiva.

En Colombia las estimaciones según la OMS, dan balance de la cifra de personas infectadas con VIH la cual asciende a 160.000 casos, con una prevalencia en población general de 0,5% , además señalan establecimientos en los cuales se atienden personas con esta patología a nivel nacional como Profamilia, estiman la existencia de cerca de 500.000 personas con VIH, quienes enfrentan importantes consecuencias sociales, físicas, y económicas, tales como los tratamientos complejos con efectos secundarios indeseables, los síntomas recurrentes, el temor al rechazo, la pérdida de empleo, la discriminación, el estigma, la pobreza y la muerte prematura. Profamilia (2010).

Siguiendo el hilo conductor se hace énfasis en uno de los puntos principales de la investigación, pues los familiares de las personas con VIH o SIDA se ven afectadas por altos niveles de estrés psicológico, es por ello que dentro del tema de la sexualidad los padres o cuidadores desempeñan un papel fundamental ante los adolescentes, sus actitudes pueden afectar los estilos de afrontamiento en el adolescente, lo cual hace necesario entonces, reflexionar sobre el rol ejercido dentro del sistema familiar y los conocimientos a priori en torno a los temas relacionados con los principales cambios del joven. Se han descrito diversos factores preponderantes ligados a la familia causales de daños a la salud mental del sujeto, algunos elementos son la tensión emocional, pobreza, violencia, consumo de drogas, entre otros (Green et al., 2003). Por tanto, el hecho de tener redes de apoyo ante un eventual diagnóstico es muy importante tanto para el sujeto, como para los pares.

El presente trabajo pretende identificar las creencias del portador de VIH/SIDA y como esto influye en el comportamiento y en la salud mental del individuo en su vida cotidiana bajo la esfera sociofamiliar. Cabe resaltar que uno de los objetivos principales de esta investigación es el fortalecimiento de las redes de apoyo tanto familiares como sociales para que el sujeto tenga buen manejo biopsicosocial de la enfermedad.

Objetivos

Objetivo General

Conocer las creencias que tiene el portador de VIH en torno a sus relaciones sociofamiliares a través de un estudio de caso, proponiendo estrategias para el fortalecimiento de las redes de apoyo, la buena salud mental y el manejo psicosocial de la enfermedad.

Objetivos Específicos

Interpretar la influencia sociofamiliar en la estabilidad emocional de un portador sero positivo por medio de técnicas cualitativas, facilitando el reconocimiento de las estrategias psicosociales disponibles.

Establecer la importancia de las redes de apoyo sociofamiliar conociendo la influencia de su enfermedad en su calidad de vida.

Generar estrategias psicoeducativas de difusión, orientadas a contribuir en las relaciones sociales y familiares del portador de VIH con el fin de favorecer su bienestar mental en torno al diagnóstico.

Estado del Arte

En este apartado se dará una descripción de artículos e investigaciones que sirvieron como aporte teórico para la realización de esta investigación.

Estudios internacionales

Empezamos mencionando el estudio denominado “*Calidad de vida y personas viviendo con SIDA: relación con aspectos sociodemográficos y de salud*”, el cual analiza la relación de dimensiones sociodemográficas y de salud con la calidad de vida de personas viviendo con el virus de la inmunodeficiencia humana. Método: estudio descriptivo y cuantitativo. Los sujetos fueron 131 personas seropositivas acompañadas en centro especializado de municipio en el Norte Fluminense, Brasil. Se empleó formulario con datos sociodemográficos y de salud, así como un instrumento de la Organización Mundial de la Salud para evaluación de la calidad de vida de personas con virus de la inmunodeficiencia humana. (da Costa T, de Oliveira D, et al. 2014)

Se continúa el planteamiento del estado del arte aludiendo la investigación titulada “*Afrontamiento, apoyo social percibido y distrés emocional en pacientes con infección por VIH*” en España. Por medio de este estudio se realiza una descripción de la relación de las estrategias de afrontamiento y el apoyo social percibido a nivel afectivo y sanitario con el distrés emocional en 229 hombres y mujeres adultos con infección por VIH de distinto origen cultural, incluyendo personas españolas y peruanas. Se utilizaron como instrumentos el Inventario de estilos de afrontamiento a la enfermedad de 47 ítems de Namir para evaluar las respuestas cognitivas y conductuales en el afrontamiento de la infección por VIH y SIDA, una combinación de las puntuaciones de las subescalas de Ansiedad (HADS-A) y Depresión (HADS-D) de la Escala Ansiedad y Depresión en el Hospital (HADS) de Zigmond y Snaith para medir distrés emocional y preguntas acerca del apoyo social percibido por parte del entorno afectivo y sanitario, variables sociodemográficas y el perfil clínico de cada sujeto. (Carrobles, Remor, & Rodríguez-Alzamora, 2003)

A continuación, seguimos con un estudio de corte transversal denominado “*Síntomas de depresión y calidad de vida de personas viviendo con HIV/SIDA*”,

realizado en 228 personas viviendo con HIV/Sida en un municipio del estado de Sao Paulo, durante 2007 y 2008. Los objetivos fueron investigar la intensidad de los síntomas de depresión en individuos con HIV/Sida atendidos en dos unidades de referencia en Ribeirao Preto, SP, y comparar la calidad de vida con los diferentes grados de intensidad de los síntomas de depresión en esos individuos, según el género. Los datos fueron recolectados por medio de entrevistas individuales, utilizando el Inventario de Depresión de Beck y HIV/AIDS Targeted Quality of Life (HATQoL). Se detectaron 63 (27,6%) individuos con síntomas de depresión leve, moderado y grave. (Reis K, dos Santos C, etal. 2011)

Estudios nacionales

Primeramente, tenemos esta investigación la cual estuvo encaminada a investigar *“La calidad de vida relacionada con la salud y apoyo social funcional en pacientes diagnosticados con VIH/SIDA”*, su objetivo fue evaluar la relación entre la calidad de vida relacionada con la salud y el apoyo social funcional en 50 pacientes de ambos géneros con diagnóstico de VIH/SIDA de la ciudad de Medellín, Colombia. Se utilizaron los cuestionarios: MOS-SF-30 que mide Calidad de Vida y el DUKE-UNK que evalúa Apoyo Social Funcional. Los resultados evidenciaron una calidad de vida favorable en todas las sub escalas del MOS-SF-30 con excepción de la sub escala de Malestar respecto a la salud. De otro lado se encontraron niveles altos de apoyo social. (Fernández H, López M. etal, 2008)

Siguiendo el hilo conductor, otra de las investigaciones pertinentes para el estado del arte es la realizada por Ana Paola Fonseca; titulada *“Representaciones Sociales Del VIH/SIDA En Jóvenes con y Sin VIH en La Ciudad de Bogotá D.C.”*, está investigación de corte cualitativo-interpretativo tuvo como objetivo describir las representaciones sociales acerca del VIH/SIDA de dos grupos de jóvenes con y sin VIH en la ciudad de Bogotá. La investigación se basó en los postulados teóricos de Moscovici y en una mirada procesual de las representaciones sociales acerca de los pacientes con VIH/SIDA; los participantes fueron jóvenes, hombres y mujeres entre los 18 y 27 años con quienes se aplicó un diseño multimetodológico que incluyó redes de asociaciones, entrevistas en profundidad y ejercicios de contrastación de imágenes. (Fonseca, 2009)

Los resultados plantearon la presencia de núcleos figurativos diferenciales para los dos grupos en función de la condición de salud, y que se caracterizaron por la confluencia dinámica de “dos sistemas de conocimiento: el del saber científico y el de las normas morales en torno a la sexualidad”. Los resultados fueron discutidos a la luz de su relación con el conocimiento científico, la construcción de procesos de estigma y discriminación, y los significados propios de los jóvenes con VIH acerca de su enfermedad, concluyendo que la naturaleza dinámica de las construcciones sociales del VIH/SIDA y la necesidad de incorporar una mirada comprensiva de los significados de los jóvenes en el diseño de estrategias de prevención y en los programas orientados a la atención y apoyo de las personas con VIH, dan un acercamiento importante a la modificación de estas representaciones sociales. (Fonseca, 2009)

Para concluir este apartado tenemos la investigación “*Impacto del VIH/SIDA sobre la calidad de vida: metaanálisis*”. Se incluyeron 19 investigaciones con 3.348 personas de 11 países. Se obtuvo un promedio de CVRS entre 59 y 64 puntos, el menor puntaje se encontró en la dimensión ambiental (59) y el mayor en la salud psicológica (64). En el análisis de sensibilidad se hallaron cambios entre 0 y 5 puntos entre el puntaje global y el observado al excluir los datos de cada estudio individual. Se halló validez convergente en las dimensiones comunes a los dos instrumentos evaluados, con diferencias menores a 3 puntos. (Cardona A & Gutiérrez F, 2012)

Estudios locales

Continuando el apartado correspondiente al estado del arte damos paso a las investigaciones realizadas en la región. Como punto de partida tenemos la investigación denominada “*Estrategias de Afrontamiento en Adultos Jóvenes Infeccionados con el Virus de Inmunodeficiencia Humana VIH/SIDA de la Fundación HOASIS en la Ciudad de Cúcuta*”, cuyo objeto estuvo encaminado en describir estrategias de afrontamiento desde una perspectiva cualitativa proponiendo a futuro lineamientos psicoeducativos para un modelo de intervención. Esta investigación se realizó bajo el enfoque cualitativo con un diseño de tipo narrativo, lo que quiere decir que el investigador hace recolección de historias de vida y de diferentes experiencias de ciertas personas para así poder describirlas y analizarlas; en una muestra de dos

adultos jóvenes de 24-25 años de la fundación HOASIS de la ciudad de Cúcuta con el virus de inmunodeficiencia humana VIH/SIDA. Se aplicaron técnicas de recolección de información como la entrevista a profundidad, la observación no participante y la historia de vida, que permitieron obtener como resultado que los pacientes con VIH/SIDA utilizan las diferentes estrategias de afrontamiento de acuerdo a la fase que se encuentra la infección, en esta investigación hay un mayor grado de utilización en estrategias de afrontamiento centrado en la emoción y combinado. (Viasus V y Penagos F, 2018)

Finalizamos con el estudio denominado “*Estrategias de Afrontamiento en Pacientes Infectados con el Virus de Inmunodeficiencia Humana VIH/SIDA - Fase Inicial - Pertenecientes a la Fundación HOASIS de Cúcuta*”. El afrontamiento es definido como el proceso a través del cual un individuo hace frente a eventos estresores según sus recursos personales del individuo, en este sentido, según como sean evaluadas por ellos mismos, se puede decir, que en el momento en que una persona se enfrenta a una situación excedente de su alcance, en este caso el diagnóstico, se colocan de manifiesto todas las habilidades y capacidades del sujeto para hacerle frente. La adaptación a esta nueva condición de vida tanto para los pacientes como para sus familias implica un esfuerzo psicológico para aceptar el diagnóstico, los trámites para la atención clínica, el sometimiento a exámenes, consultas con un equipo interdisciplinar y un tratamiento con todos sus efectos colaterales que casi siempre resultan aversivos. Es en el transcurso de este proceso, cuando se evidencian las estrategias de afrontamiento psicológico que cada paciente adopta para enfrentar la enfermedad todo esto con el fin de alcanzar el equilibrio o bien para disminuir la ansiedad producida por el evento estresante. Con el propósito de entender este proceso de manera más profunda se realizó una investigación cuantitativa dirigida a describir las estrategias de afrontamiento más utilizadas por un grupo de personas que se encuentran institucionalizados en la fundación HOASIS de la ciudad de Cúcuta, Norte de Santander, a partir de los hallazgos fue posible caracterizar las estrategias de afrontamiento favorecedoras del proceso de recuperación de los pacientes. (Ballestas J y Risther, 2017)

Por ende, se pudo evidenciar que los pacientes institucionalizados en la fundación HOASIS poseen estrategias de afrontamiento siendo la religión la estrategia con mayor promedio dentro de las utilizadas; Así como no se hayan diferencias significativas entre las estrategias utilizadas entre hombres y mujeres como tampoco las utilizadas entre jóvenes y mujeres siendo esto posible por el abordaje dado al momento de institucionalizarse y el acompañamiento brindado por la fundación. (Ballestas J y Risther, 2017)

Estas investigaciones consultadas a nivel internacional, nacional y local, dan una muestra de diferentes aspectos acerca del estudio del VIH/SIDA en varios tipos de población generando un acercamiento metodológico y teórico con la temática. Permitiendo de esa forma una mayor comprensión del problema de investigación que guía el desarrollo del presente estudio.

Marco Teórico

A continuación, se consigna lo correspondiente al sustento teórico adecuado para el desarrollo de la presente investigación, se van a abordar temas alusivos al VIH/SIDA y como este influye en la perspectiva del sujeto en el manejo de su calidad de vida.

Capítulo I. Psicología de la Salud

La Psicología de la salud podría ser definida como la disciplina o el campo de especialización de la psicología que aplica los principios, las técnicas y los conocimientos científicos desarrollados por ésta a la evaluación, el diagnóstico, la prevención, la explicación, el tratamiento y/o la modificación de trastornos físicos y/o mentales o cualquier otro comportamiento relevante para los procesos de la salud y enfermedad, en los distintos y variados contextos en que éstos puedan tener lugar, Oblitas, (2006).

Este concepto a grandes rasgos define como tal lo que es la psicología de la salud, es vital la exposición de este tema ya que por medio de este se pretende guiar al portador hacia un buen manejo psicosocial, tomando como base la salud mental del mismo, fortaleciendo así sus lazos de apoyo con su núcleo social y familiar. Continuando con el tema, se explicarán dos factores fundamentales como lo son la promoción y la prevención los cuales están ligados a una buena formación y desarrollo de lo que denominamos salud.

Según Terto Jr. (2002), los homosexuales son los que más prejuicios sufren en los servicios de salud, lo que les dificulta el acceso a los tratamientos médicos y a los programas de prevención. Negros, mujeres y homosexuales son algunos ejemplos de grupos considerados minorías sociales que, como tales, son discriminados, lo que les coloca en una situación de inferioridad en la sociedad. Se puede afirmar que la discriminación es la materialización del prejuicio. De esta manera, los sentimientos de hostilidad junto con las creencias estereotipadas conducen a comportamientos que

incluyen actos de trato desigual, expresiones verbales hostiles y agresividad hacia los grupos objetos de discriminación (Rodrigues, Assmar, & Jablonski, 2000).

Promoción

Según Bradshaw (2000), la promoción de la salud mental la información y las herramientas necesarias para mejorar los conocimientos, habilidades y competencias necesarias para la vida. Al hacerlo genera opciones para que la población ejerza un mayor control sobre su propia salud y sobre el ambiente, y para que utilice adecuadamente los servicios de salud. Además, ayuda a que las personas se preparen para las diferentes etapas de la vida y afronten con más recursos las enfermedades y lesiones, y sus secuelas.

Para Comellas (2011), la promoción de la salud impulsa que las personas se protejan entre sí y cuiden su ambiente. Para ello estimula la creación de condiciones de trabajo y de vida gratificante, higiénica, segura y estimulante. Además, procura que la protección y conservación de los recursos naturales sea prioridad de todos.

Siguiendo el hilo conductor de lo propuesto por Comellas (2011), la promoción de la salud impulsa la participación de la comunidad en el establecimiento de prioridades, toma de decisiones y elaboración y ejecución de acciones para alcanzar un mejor nivel de salud.

Prevención

Según CUCCO (2006), la prevención, por lo tanto, es la disposición que se hace de forma anticipada para minimizar un riesgo. El objetivo de prevenir es lograr que un perjuicio eventual no se concrete. Esto se puede apreciar en los dichos populares “más vale prevenir que curar” y “mejor prevenir que curar”. Puesto en otras palabras, si una persona toma prevenciones para evitar enfermedades, minimizará las probabilidades de tener problemas de salud. Por lo tanto, es mejor invertir en prevención que en un tratamiento paliativo.

En prevención VIH/SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual [ITS], presentado por la Secretaría de Salud en el ámbito nacional (Secretaría de Salud, 2002), se lee lo siguiente; En los programas de prevención y control del VIH/SIDA e ITS prevalece una visión médico-asistencial que no incorpora otros elementos fundamentales, como son: el trabajo en defensa de los derechos humanos, las acciones para disminuir el estigma y la discriminación, los planes con enfoque de género, grupos de auto ayuda, servicios de apoyo comunitario y asesoría legal, Se requiere ampliar la respuesta y focalizar las acciones preventivas a las poblaciones más afectadas o con mayor vulnerabilidad

Como se podrá evidenciar, hay un reconocimiento explícito sobre la visión médico-asistencial que todavía prevalece en la gran mayoría ,si no es que en la totalidad de los programas de prevención y control del VIH/SIDA, cuando se hace referencia a qué otros elementos habría que incorporar en tales programas inadvertidamente se deja de lado uno que desde nuestra óptica es fundamental para alcanzar el objetivo de prevenir nuevas infecciones por VIH, a saber, el relacionado con los factores psicológicos que subyacen a las conductas de riesgo y de prevención.

Son muchos los motivos por los que los pacientes con VIH/SIDA suelen presentar problemas emocionales, problemas que no sólo amenazan su bienestar psicológico, sino también su propia supervivencia, (Ballester, 2005, p.57). En estudios con seropositivos norteamericanos prevalecen en primer lugar, los trastornos afectivos seguidos de los síndromes demenciales y los trastornos psicóticos, mientras que en trabajos que exploran la presencia de psicopatología en enfermos españoles predominan el trastorno por abuso de sustancias, los trastornos orgánicos mentales, trastornos adaptativos, ideación suicida y trastornos afectivos (Edo, 2003). Según la revisión de la literatura realizada por Ballester (1999) se destacan los siguientes problemas psicológicos como habituales en los pacientes con VIH: baja autoestima, miedo a perder el atractivo físico e hipocondría, somatización y síntomas obsesivo-compulsivos, reaparición de conflictos sobre la orientación homosexual, disminución de la concentración y pérdida de memoria, fobias específicas, trastorno de personalidad antisocial y deseo sexual hipoactivo, abuso de alcohol y otras drogas, problemas de sueño y uso excesivo de sedantes.

La presencia de problemas emocionales en las personas con VIH/SIDA viene explicada, de entrada, por la psicopatología previa de los afectados, en segundo lugar, por la dificultad para adaptarse a una enfermedad que impone importantes restricciones en la vida del enfermo, en tercer lugar, como consecuencia de la misma enfermedad y de su tratamiento y, en cuarto lugar, como efecto del estigma social asociado al SIDA. (Ballester, 2005, p.55). La adaptación a una enfermedad que hasta hace muy poco era considerada necesariamente mortal y todavía en la actualidad muy estigmatizada, supone un proceso largo en el cual pueden surgir múltiples manifestaciones psicopatológicas. (Ballester, 2005, p.56).

La literatura indica que el riesgo de suicidio es uno de los principales síntomas psicopatológicos de las personas afectadas por el VIH (Roy, 2003). Los denominados factores yatrogénicos o efectos secundarios ocasionados por las terapias antirretrovirales y/o los tratamientos específicos para las infecciones oportunistas también pueden influir en el estado mental de estos pacientes. Así, por ejemplo, la ingesta de Zidovudina, uno de los antirretrovirales más habituales, puede producir astenia, ansiedad, depresión, estado de confusión, inquietud, manía y otros estados psicológicos en los pacientes (Edo, 2003).

Otra fuente de problemas emocionales en las personas afectadas es la que tiene que ver con las repercusiones sociales de la enfermedad. Las posibles consecuencias sociales que conlleva declarar que se es portador del VIH o enfermo de SIDA pueden incluir el rechazo, la estigmatización, marginación, culpabilización, etc., tanto desde el entorno laboral y social como desde los ámbitos más próximos al afectado como la familia, la pareja y los amigos. En un estudio reciente llevado a cabo en España (Edo, 2003) se encontró que los pacientes con infección por VIH percibían menor apoyo social que un grupo control de personas sanas y otro de pacientes oncológicos en los ámbitos social, laboral, familiar, de amistades y general. (Ballester, 2005, p.57).

Una serie de estudios en el ámbito de la infección por VIH (Kemeny, 2003), demuestran la gran importancia de la interacción de variables psicológicas, endocrinas e inmunitarias en el pronóstico y la evolución de la enfermedad, sugiriendo que determinados factores psicológicos pueden potencialmente afectar al curso de la infección, tanto respecto a la aparición de problemas físicos y/o emocionales como a

la respuesta inmunitaria o a la propia supervivencia. Ulla y Remor (2002) señalan cómo tanto los aspectos comportamentales (estilos de vida) como los psicológicos (control del estrés y estrategias de afrontamiento) y sociales (apoyo social) pueden influir de manera importante en la progresión de la infección.

De acuerdo con la M. Sc. Ana Josefina Güell (2002), los siguientes factores constituyen un riesgo para el mal manejo del TARV:

- La existencia de antecedentes de depresión o estar con un diagnóstico de depresión profunda.
- Contar con evidencia sobre dificultades para asimilar el diagnóstico, las cuales se expresan en:
 - Mecanismos de negación de la enfermedad.
 - Deficiente auto cuidado.
 - Desesperanza. • ausencia de un sentido de la vida.
 - Tener pensamientos y conductas autodestructivas.
 - Un manejo deficiente de información.
 - La presencia de mitos, estigmas y estereotipos en cuanto a la enfermedad y al tratamiento antiviral.
 - Un estado de salud deteriorado asociado a la interrupción de tratamiento médico o social o la negativa de recibir el mismo.
 - La presencia de enfermedades oportunistas genera un desgaste generalizado asociado a una posible postergación de asumir su realidad como persona VIH/ SIDA.
 - Un precario estado de salud puede relacionarse con la práctica de estilos de vida no saludables.
 - Están presentes problemas de: auto imagen y sentimientos de culpa.
 - La existencia de una fuerte tendencia al auto castigo.
 - La existencia de antecedentes de incumplimiento de citas médicas o con otros profesionales de salud.
 - Problemas de drogadicción o alcoholismo relacionados con una renuencia a tratarlos o bien antecedentes de abandono del tratamiento de rehabilitación.
 - Tener redes de apoyo poco efectivas en términos de: permanencia, accesibilidad, apoyo emocional y económico. Estas redes de apoyo por lo general no son susceptibles a convocatoria por parte de los profesionales en salud y muestran poco o nulo interés

en la buena marcha de la terapia. En caso contrario, la familia es quien asume la responsabilidad del tratamiento y el paciente no se involucra en el mismo.

- Falta de claridad en la definición de prioridades en su vida, que por lo general se traduce en la ausencia de un proyecto de vida que motive a la persona a tomar en forma constante los medicamentos.

- Poca disposición para efectuar cambios en la vida.

- Posibles conductas antisociales.

- Posibilidades de presentar un síndrome demencial asociado al VIH que implique deficiencias en la esfera cognitiva o motora.

- Puede presentarse limitaciones socioeconómicas y en el entorno social que inciden en la insatisfacción de las necesidades básicas. Esto podría repercutir negativamente en la atención integral continua.

- Puede haber dificultad para la asimilación de las indicaciones que coadyuve una ingesta apropiada de los medicamentos.

- No se visualiza motivación e interés real para iniciar y asumir el tratamiento. • Prevalece desconfianza y temor con respecto a los medicamentos.

Capítulo II. Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)

Las enfermedades crónicas se definen como procesos patológicos de evolución prolongada que no se resuelven espontáneamente, rara vez alcanzan una curación completa y, además, generan una gran carga social desde el punto de vista económico, así como desde la perspectiva de la dependencia social y la discapacidad. Tienen una etiología múltiple, su desarrollo es poco predecible, presentan múltiples factores de riesgo y, con algunas excepciones, su origen no es infeccioso (Ardila, 2018). Por todo ello, representan un problema nacional e internacional de salud pública que afecta a la mayoría de las naciones, con un gran impacto en las poblaciones de los países en desarrollo

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) es un tipo de microorganismo que infecta a las células del sistema inmunitario, alterando o anulando su función, conduciendo a un deterioro progresivo del sistema inmunitario, y posterior estado de "inmunodeficiencia", es decir aquel punto en que el sistema inmunitario se vuelve

deficiente en cuanto al cumplimiento de su función de lucha contra las infecciones y enfermedades. El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) es un término que se aplica a los estadios más avanzados de la infección por VIH y se define por la presencia infecciones oportunistas o algunos tipos de cáncer relacionados con el estado de inmunodeficiencia en que el cuerpo se encuentra. (OMS, 2016)

Historia del VIH/SIDA

A través de la historia, las enfermedades infecciosas han desempeñado un papel importante en el bienestar de las naciones, comprometiendo el estado de salud de la población y siendo causantes de gran número de fallecimientos, aunque algunas de estas han desaparecido, en otras los agentes causales han mutado y así han surgido nuevas enfermedades. Cada etapa de la historia evolutiva de la humanidad se ha caracterizado por la presencia de epidemias de enfermedades infecciosas letales, que generan gran impacto en la sociedad de tal época, en la edad antigua fue la Lepra una de estas enfermedades que cobro la vida de millones de personas, en la edad media fue la Peste Negra y actualmente, en el siglo XXI, el SIDA, surgido a finales de la década de 1970, y ha llegado a mostrarse como una de las principales enfermedades de tipo infeccioso que han tomado la magnitud de pandemia. (Miranda O. & Nápoles M, 2009)

Durante el comienzo de la epidemia empezaron a detectarse casos esporádicos de una rara enfermedad, todos ellos con un denominador común, infección por *Candida albicans* en la boca y el esófago, acompañada de erupciones cutáneas en distintas partes del cuerpo que correspondían a una forma agresiva de sarcoma de Kaposi, neumonía por *pneumocystis carinii* y en algunos casos, daños neurológicos y una supresión del sistema inmunitario inexplicable, presentándose casos en lugares tan distantes como Portugal, Haití, Francia y Estados Unidos, aunque no se tuvieron en cuenta en principio estas similitudes entre dichos casos. (Miranda O. & Nápoles M, 2009)

Para el año de 1981 fue la primera vez que se habló oficialmente de la enfermedad cuando Gottlieb, Siegal y Masur, de la Facultad de Medicina de la Universidad de California, publicaron en el reporte semanal de morbilidad y mortalidad del Centro

para el Control de Enfermedades de Atlanta, en este informe se relataban 5 casos de jóvenes homosexuales estudiados en 3 hospitales diferentes de Los Ángeles, que presentaban neumonía por *Pneumocystis carinii*, el sistema inmunológico de estos jóvenes estaba debilitado o casi desaparecido y no había ninguna razón que lo justificara puesto que no se frecuentaban entre ellos, no tenían amigos comunes y no tenían conocimiento de enfermedades similares entre sus compañeros sexuales. (Miranda O. & Nápoles M, 2009)

Se realizó una recopilación de los casos diagnosticados desde 1978 a julio de 1981 en varones homosexuales de California y Nueva York por parte del doctor Spira, quien reveló la cifra de 15 casos de neumonía por *Pneumocystis carinii* y 26 casos de sarcoma de Kaposi; algunos pacientes presentaban linfadenopatía generalizada precediendo el desarrollo de estas manifestaciones infecciosas. Otras enfermedades comenzaron a aparecer de forma inexplicable, linfadenopatía crónica y linfoma no hodkiniano indiferenciado y difuso, todos los casos descritos presentaban una característica común que era un importante deterioro del sistema inmunitario, ante estos casos se produjo una alarma en los médicos e investigadores debido a que los afectados estaban aparentemente sanos y sin ninguna enfermedad de base. (Miranda O. & Nápoles M, 2009)

A partir de estas primeras referencias, en los Estados Unidos se comenzaron a reportar, con una frecuencia cada vez mayor, casos de similar naturaleza, implantándose un sistema de vigilancia en el país para la detección de nuevos casos y en septiembre de 1982 se establece por el Centro de Control de Enfermedades los criterios diagnósticos y la definición de la enfermedad, pues existía el convencimiento de que se trataba de una nueva enfermedad. El hecho de que hubieran sido hombres homosexuales los primeros casos reportados de la enfermedad en los Estados Unidos, a pesar de que ya se habían identificado casos entre mujeres, niños y la población heterosexual, llevó a pensar que el estilo de vida homosexual se relacionaba directamente con la enfermedad. (Miranda O. & Nápoles M, 2009)

La evidencia epidemiológica apuntaba hacia un agente infeccioso que se transmitía a través de determinados fluidos corporales, incluidos la sangre y los hemoderivados, así se podía empezar a constatar que la transmisión homosexual, en comparación con

la heterosexual, variaba de un país a otro. Varios expertos en Salud Pública llegaron a la conclusión de que dicho comportamiento solo podía explicarse si el SIDA era originado por un agente infeccioso transmisible a la manera del virus de la hepatitis B por medios como el contacto sexual, por inoculación de sangre o de hemoderivados y de la madre infectada a su hijo, así a finales de 1982 muchos investigadores estaban ya convencidos de que el SIDA era producido por un agente que se encontrase en la sangre y el semen, y cuya acción provocase la pérdida de células T4. (Miranda O. & Nápoles M, 2009)

El profesor Luc Montagnier, del Instituto Pasteur, examinó la biopsia del ganglio, separando los linfocitos T de este tejido y preparando un cultivo con IL-2 y con anticuerpos contra interferón, quince días después, el doctor Barré-Sinoussi detectó indicios de la enzima transcriptasa reversa en el sobrenadante de los cultivos, lo cual señalaba la presencia de un retrovirus. Simultáneamente el doctor Charles Daguët, obtuvo la imagen de un nuevo virus sirviéndose de un microscopio electrónico, la fotografía es tomada de la misma muestra extirpada al joven francés, la serie de experimentos que siguieron realizándose, los cultivos se expusieron a anticuerpos contra el retrovirus HTLV-I descubierto por el doctor Robert Gallo, exponiéndolo a microscopía electrónica, al final los resultados revelaron que se trataba de un virus diferente a los virus linfotrópicos de células T hasta ese tiempo descritos. (Meneses, 2001; citado por Miranda & Nápoles, 2009).

En mayo de 1983, la revista Science publicó el descubrimiento del profesor Montagnier, quien informó del aislamiento del virus del SIDA, denominándolo en ese momento como virus asociado a linfadenopatías o LAV (Lymphadenopathy Associated Virus). En el artículo se señala que el paciente aún no poseía los signos característicos del SIDA, aunque no se dio el suficiente reconocimiento al hallazgo hasta que, en abril de 1984, la entonces Secretaria de Salud de los Estados Unidos, Margaret Heckler, anuncia que el profesor Robert Gallo ha descubierto el virus del SIDA, descrito como un tipo de agente de la misma familia del HTLV-I, denominándolo entonces HTLV-III. Estos resultados fueron publicados en cuatro artículos de la revista Science en mayo de ese mismo año. (López & Alfonso, 2003; citados por Miranda & Nápoles, 2009).

A partir de ese momento se desata una polémica entre Francia y Estados Unidos a raíz de la paternidad del descubrimiento, puesto que se produjeron implicaciones económicas a causa de su descubrimiento y los derechos que el hallazgo generaba conduciendo a una reunión entre el presidente norteamericano Ronald Reagan y el primer ministro francés Jacques Chirac, definiéndose una doble paternidad a Gallo y Montagnier, como descubridores del virus una vez que el inglés Robert Weiss demostró que el LAV y el HTLV-III aislados por ambos doctores eran el mismo y único virus. (Miranda O. & Nápoles M, 2009)

Deterioro Progresivo del VIH

Teniendo en cuenta la revisión literaria, a continuación, se darán a conocer las etapas del deterioro progresivo del VIH.

La primera etapa se define como la infección aguda, es decir la etapa más temprana de infección por ese virus que por lo general, se manifiesta en un lapso de 2 a 4 semanas después de contraer esa infección. Durante esta fase, algunas personas tienen síntomas similares a los de la influenza o gripe, fiebre, dolor de cabeza y erupción cutánea. En esta fase, el VIH se reproduce rápidamente y se propaga por todo el cuerpo atacando y destruyendo una clase de glóbulos blancos llamada células CD4 o linfocitos CD4 del sistema inmunitario que luchan contra la infección, aunque el VIH se puede transmitir durante cualquier fase de infección, el riesgo es mayor durante la fase aguda. (InfoSIDA, 2016)

Posteriormente se da una etapa de infección crónica por el VIH, también llamada infección asintomática por el VIH o fase de latencia clínica, en esta fase de la enfermedad, el VIH sigue reproduciéndose en el cuerpo, pero en concentraciones muy bajas. Aunque personas con infección crónica por el VIH no tienen ningún síntoma relacionado con la misma, pueden propagar el virus a otras; sin tratamiento con medicamentos contra el VIH, la infección crónica suele evolucionar a SIDA en 10 años o más, aunque ese período puede ser menor en algunas personas. (InfoSIDA, 2016)

La fase final de la infección por el VIH es la denominada SIDA, en esta etapa el virus ha destruido el sistema inmunitario, el cuerpo no puede luchar contra las infecciones oportunistas y el cáncer. Las infecciones oportunistas son infecciones y tipos de cáncer relacionados con infecciones que se presentan con más frecuencia o que son más graves en las personas con inmunodeficiencia que en las personas con un sistema inmunitario sano, las personas con el VIH son diagnosticadas con SIDA cuando tienen un recuento de linfocitos o células CD4 de menos de 200/mm³, presentan una o más infecciones oportunistas, o ambas cosas. Sin tratamiento, por lo general, las personas con SIDA sobreviven unos 3 años. (InfoSIDA, 2016)

Actualmente se conoce la existencia de dos Virus de la Inmunodeficiencia Humana, cada uno con una distribución territorial sui generis, pero comparten gran similitud en cuanto a los aspectos clínicos y epidemiológicos. Mientras el VIH-1 se extiende por América, África Central y Europa, presentando una mayor virulencia, el VIH-2 es endémico en África Occidental, con difusión relativamente rara en Europa y Brasil. La infección por el VIH en la actualidad se considera incurable, aunque existen medicamentos antirretrovirales que son capaces de contener dicha infección; en los países desarrollados, los infectados pueden llevar una vida totalmente normal, como un enfermo crónico, sin desarrollar un cuadro de SIDA gracias al tratamiento, sin embargo, en otras partes del mundo, donde no están disponibles estos medicamentos, los infectados desarrollan el SIDA y mueren pocos años después de haber sido diagnosticados. (InfoSIDA, 2016)

El VIH/SIDA en Colombia

Actualmente la epidemia del VIH/SIDA en Colombia es una de las enfermedades más complicadas y de difícil tratamiento, siendo llamada en ocasiones como la muerte negra del siglo XXI, pues a pesar de las campañas de prevención a nivel mundial, el índice de contagio sigue siendo alto.

Los primeros casos de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida reportados en Colombia se remiten a 1983 en el caso de una joven con antecedentes de prostitución internacional itinerante, que había regresado de los Estados Unidos en estado terminal, muriendo poco tiempo después, para la época surgió un patrón de casos similares que

afectaba sobre todo a hombres acostumbrados a mantener sexo con hombres. (Mejia, 2012)

La Organización Mundial de la Salud, establece que la epidemia de VIH es concentrada, cuando la prevalencia es altamente mayor en poblaciones con factores de vulnerabilidad como hombres que se relacionan sexualmente con hombres, usuarios de drogas intravenosas o trabajadores sexuales. Dentro de esta clasificación se ha ubicado a Colombia, y en general a Latinoamérica como territorios en que se mantiene concentrada la epidemia en poblaciones de mayor vulnerabilidad, en particular en hombres que se relacionan sexualmente con hombres (y en mujeres trabajadoras sexuales. A pesar del subregistro y el retardo en la notificación, dentro de los casos reportados existe una proporción creciente de mujeres infectadas, calculándose para la población general una prevalencia de 0,22% (Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, 2012)

Diferentes estudios demográficos muestran una prevalencia de VIH/SIDA en hombres que se relacionan sexualmente con hombres en varias ciudades, en el caso de Barranquilla: 13.6%; Cartagena: 10.0%; Medellín: 9.1%; Pereira 5.6%; Bogotá: 15.0%; Cali: 24.1% y Cúcuta: 10.9%; usuarios de drogas inyectables se encontraron prevalencias mayores al 1% en las ciudades de Pereira: 1,9%; y Medellín: 3,8%; en mujeres trabajadoras sexuales se vieron prevalencias superiores al promedio nacional en Medellín: 1.19% ; Cali 1.67%, Bucaramanga: 3.82% y Barranquilla: 4.54%, se alcanzaron prevalencias superiores al promedio nacional que se estimó para el año 2010 en 0.57%, con 144.290 casos de infección para la población entre 15 y 49 años de edad. Con la última estimación realizada el 30 de marzo de 2012, la prevalencia para el año 2011 se estimó en 0,52% con una población de 129.630 personas infectadas en las edades de 15 a 49 años, viéndose una leve disminución de su prevalencia en miras al interés mundial por mantener debajo de 1% la prevalencia de VIH/SIDA en población entre 15 y 49 años. (Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, 2012)

El sistema de vigilancia epidemiológica (SIVIGILA) ha reportado desde 1983 hasta el 31 de diciembre de 2011 un total de 86.990 casos de infección por VIH, casos en

estadio de sida y fallecidos, notificando 7.991 personas fallecidas a causa del VIH/SIDA, de los cuales 5.685 fueron hombres (71,1%) y 2.306 mujeres (28,9%). De estos casos, el 97,7% corresponde a transmisión sexual, el grupo poblacional más afectado, fue el grupo de 25 a 29 años con 1.437 personas reportadas lo que equivale al 17.98% del total, seguido muy de cerca con 1.315 registros para las personas entre 30 a 34 años de edad (16.46%). (Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, 2012)

Estas cifras revelan que la epidemia de VIH/SIDA en Colombia, afecta mayoritariamente a la población sexualmente activa, de modo que el 76.4% de los casos notificados en el año 2011 equivalentes a 6.129 casos, se encuentran en el grupo de 15 a 44 años de edad. Por otra parte, es necesario resaltar que, en los últimos años, se evidencia un incremento de casos en personas de 45 y más años con el 21,5% de la participación equivalente a 1.722 casos; igualmente, sobre los casos reportados con edad, se puede afirmar que el 3,09%, 247 casos son menores de 18 años y 1.7%, 136 casos son menores de 15 años. (Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, 2012)

La tasa de mortalidad por SIDA en el país en el año 2011 según el DANE fue de 4,53 por 100.000 habitantes correspondiente a 2.088 casos y la mortalidad en los hombres de 7 por cada 100.000 habitantes y en las mujeres 2,10 por 100.000 habitantes; es así que, los departamentos que presentaron mayor tasa de mortalidad por SIDA fueron Quindío con 15,56, Risaralda con 8,6 y Valle del Cauca con 7,9 por 100.000 habitantes, viéndose una mayor prevalencia en el sexo masculino respecto al femenino en todos los departamentos del país. (Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, 2012)

En el año 2010 como parte de la estrategia para la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH se tamizaron 553.528 gestantes alcanzando una cobertura del 60% respecto a las 928.306 gestantes estimadas, en el año 2011 se tamizaron 607.682 gestantes, alcanzando una cobertura del 66% con respecto a las 915.835 gestantes estimadas; no obstante, estas cifras pueden deberse más a fallas en el reporte de los exámenes realizados que a una real falta de acceso a la prueba. Según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud para 2010, el porcentaje de mujeres gestantes a

quienes se les ofreció y aceptaron hacerse la prueba de VIH durante atención prenatal fue del 83.5%. (Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, 2012)

De las gestantes tamizadas para el año 2011, 554 fueron diagnosticadas con VIH, estableciéndose un porcentaje de seropositividad de 0,09% para esta población, 106 de ellas tenían un diagnóstico previo, para un total de 660 gestantes con VIH atendidas por la estrategia de salud, que incluye tamizaje, diagnóstico, tratamiento antirretroviral ante-parto e intra-parto. Según las metas planteadas para el Objetivo del Milenio 6 que corresponde a combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades, la meta el porcentaje de transmisión materno infantil del VIH se debe reducir al 2% o menos, proponiéndose una línea de base del porcentaje de transmisión materno infantil para el año 2008 del 5,8% que para el año 2009 disminuyó al 4.9%. (Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, 2012).

Capítulo III. Redes de Apoyo

El apoyo social ha sido definido de varias maneras. Algunos investigadores lo definen como el número de contactos sociales de una persona o la complejidad de su red social (Thoits, 1982). Otros estudios lo han definido como la percepción de pertenecer a una red social a través de la comunicación y obligaciones mutuas (Kaplan, Sallis & Patterson, 1993). Se le ha definido además como los lazos interpersonales a un grupo específico que provee apoyo emocional en momentos de necesidad (Green, 1994). Cobb (1976) lo define como la percepción de una persona de que se le cuida y forma parte de una red de obligaciones mutuas. También se ha definido apoyo social como una red de personas cuyas relaciones interpersonales satisfacen necesidades sociales específicas en el individuo (Lindley, Norbeck & Carrieri, 1981).

El apoyo social ayuda a las personas con enfermedades crónicas a reducir el estrés en la vida (Eldridge, 1994). Provee un espacio para relajarse y desarrollar un compartir positivo. Esto a su vez, reduce los efectos negativos de la condición de salud. Por otro lado, algunas investigaciones han encontrado que el apoyo social tiene un impacto positivo en el desarrollo de auto-eficacia, definiéndola como la creencia individual en la habilidad y competencia para realizar alguna conducta en particular (Penninx, van Tilburg, Boeke, Deeg, Kriegsman & van Eijk, 1998). las redes sociales contribuyen al

desarrollo de intervenciones en las políticas de salud del estado y en desarrollo de actitudes de participación en la toma de decisiones (Barroso, 1996; Eldridge, 1994; Kalichman, 1998; Lesserman et al, 1999; Pugliesi, 1998; UNAIDS, 1999).

Las investigaciones relacionadas con los niveles de apoyo social y el VIH/SIDA han revelado claramente que las personas con mayores índices de apoyo social presentan menos probabilidades de experimentar emociones disfóricas, lo que se asocia con un mejor estado de salud (Hays, Turner & Coates, 1992). Se ha encontrado que los mayores niveles de satisfacción con el apoyo social se observan principalmente en personas que participan activamente en grupos de auto ayuda y en redes sociales de personas seropositivas (Barroso, 1996; Fasce, 2001; Kadushin, 1999).

Las redes de apoyo social tienen serias implicaciones para la salud de las personas que viven con VIH/SIDA. Desde la reducción o eliminación de condiciones emocionales individuales que pueden reducir las probabilidades de supervivencia (Leserman, 1999; Nunes, Raymond, Nicholas, Leuner & Webster, 1995; StraitToster, 1994), aumentar las destrezas de manejo de la información sobre la enfermedad (Swindells, Mohr, Justis, Bermen, Squier, et al, 1999), reconocer las necesidades individuales y sociales, mejorar la calidad de vida (Friedland, Renwick & McColl, 1996), y hasta la movilización social como forma de defender sus derechos humanos y confrontar el estigma (Eldridge, 1994; Kalichman, Somlai & Sikkema, 2000; Leary & Schreindorfer, 1999; Wandersman, 2000).

Las redes de apoyo son de vital importancia ante cualquier eventualidad personal y familiar ya que son ellas las permiten fortalecer procesos que afecten o favorezcan el crecimiento de una persona como ser social en el entorno que nos rodea. Ahora bien, ante una eventual exposición a una enfermedad crónica, los lazos de apoyo tanto familiares, amigos y/o núcleo social que compone al afectado deben ser meticulosamente fuertes para así no generar zozobra mental en el paciente y como resultado de ello de como resultado un buen manejo psicológico de la enfermedad.

El apoyo social, como ha quedado de manifiesto en diferentes estudios (Amico, Harman & Johnson, 2006; Turner-Cobb et al., 2002; Weaver et al., 2005), suele reportar beneficios para las personas seropositivas al VIH, ya sea porque facilita su

ajuste psicosocial hacia la enfermedad o porque mejora su percepción de la calidad de vida mejor salud percibida, mejor funcionamiento físico, menores dificultades para emprender tareas diarias y menor estrés relacionado con la salud, principalmente (Simoni, Frick & Huang, 2006; Tucker et al., 2004). Tardy (1985) ha sugerido que deben distinguirse dimensiones como dirección (recibido o provisto), disposición (disponible o ejecutado), forma de medición (descrito o evaluado), contenido (emocional, instrumental, informativo, evaluativo), y red social donde se encuentra (familia, amigos, vecinos, compañeros de trabajo, comunidad, y otros).

Por otra parte, Barrera (1986) sugirió que la definición y operacionalización del concepto de apoyo social debe contemplar tres grandes dimensiones: a) Grado de integración social: los análisis de redes sociales constituyen el abordaje predominante para explorar esta categoría b) Apoyo social percibido: es decir, la medición de la confianza de los individuos de que el apoyo social está disponible si se necesita. Si bien existe el riesgo de incurrir en confusión operacional entre el apoyo social y sus efectos, algunos autores han argumentado que es posible distinguir esta dimensión operativamente. c) Apoyo social provisto: esto es, acciones que otros realizan para proveer asistencia a un individuo determinado.

Cuando los miembros de la familia se enteran de que uno de sus miembros ha contraído el VIH, pueden experimentar una amplia gama de reacciones, como angustia, miedo, ira, tristeza, depresión o desesperanza (Díaz, 2002; Licea, 1997; Oumtane, 2001; Rivero, 1994; Stieglitz, 1997). Como ocurre con el paciente, la reacción inicial de los familiares es influida por esta asociación del VIH/SIDA a la muerte y aspectos morales, o como menciona Sontag (1989), la posibilidad tanto de una muerte física como social.

El temor al contagio asociado al VIH/SIDA también aparece en la experiencia de las familias y se manifiesta a través de conductas obsesivas de limpieza, aislamiento del paciente y evitar el contacto físico (Licea, 1997; Castro et al., 1998; Kendall et al., 2004). También existen otras fuentes de estrés para el paciente en su relación con la familia, tales como sentirse culpable por tener la enfermedad (Owens, 2003), la sensación de vergüenza; la evitación de las expresiones emocionales o incluso la sobreprotección del paciente (Hays, Magee y Chauncey, 1998).

Sin embargo, aunque en la familia exista rechazo o ambivalencia hacia el paciente, ésta se puede reorganizar para brindarle apoyo emocional, instrumental y financiero (Licea, 1997; Oumtanee, 2001; Castro et al., 1998; Li et al., 2006), y en ocasiones la enfermedad puede brindar la posibilidad de una mayor cercanía y unión con el paciente (Stieglitz, 1997; Díaz, 2002). A través del proceso de la enfermedad, la familia puede aprender a normalizar la experiencia; mediante del mantenimiento de sus rituales cotidianos y el cuidado de la salud del paciente, en la medida en que se previenen experiencias disruptivas como las hospitalizaciones (Oumtanee, 2001).

En definitiva, los factores de riesgo de decremento o en su defecto acrecentamiento de una angustia mental de un portador puede ser sinónimo de carentes redes de apoyo sociofamiliares, por lo cual es de vital importancia el estudio y fortalecimiento de las mismas mediante la incentiva de lectura previa o acompañamiento de un profesional de la salud mental que sirva como guía y ayude en este proceso.

Capítulo IV. Creencias (Enfoque Cognitivo)

Muchos de los problemas que afectan actualmente al portador de VIH/SIDA son de criterio cognitivo, las creencias del cero positivo hacia el entorno que lo rodea generan cierto desgaste psicológico logrando así estigmatización del núcleo sociofamiliar. Desde la psicología se ha trabajado el criterio cognitivo como prioridad en estos casos, por tal motivo en este apartado se va a dar un concepto de lo que es una creencia y como se denota desde la perspectiva del enfoque.

El componente cognitivo se refiere a la forma como es percibido el objeto actitudinal (McGuire, 1968), es decir, al conjunto de creencias y opiniones que el sujeto posee sobre el objeto de actitud y a la información que se tiene sobre el mismo (Hollander, 1978). Por tanto, el individuo desarrolla un esquema desde el cual se ve a sí mismo y a otros en el medio ambiente. Este esquema afecta lo que percibe, renombra y prioriza como importante. Cuando aparece algún síntoma de psicopatología se hipotetiza que los esquemas activados son desadaptados, como resultado una persona puede sistemáticamente mostrar errores en el procesamiento de la información, de manera que puede generalizar, tener una atención selectiva, magnificar o minificar,

personalizar o hacer arbitrariamente referencias sobre la información que recibe. (Beck, 1964).

Tanto los supuestos como las creencias nucleares forman parte del sistema de esquemas o estructuras cognitivos, los cuales son la forma en que la información es internamente organizada y representada en la memoria. Los esquemas incluyen elementos situacionales, sensoriales, fisiológicos, emocionales y conductuales junto con el significado que tienen para la persona. Al mismo tiempo determinan la forma en que vemos las cosas, es decir, influyen de modo fundamental en la información que la persona atiende, percibe, almacena y recupera y en las interpretaciones, valoraciones y asociaciones que hace en un momento dado. (Bennett-Levy, Westbrook et al., 2004).

Las creencias estereotípicas se conceptúan como el componente cognitivo de las actitudes prejuiciosas asociado al tradicional modelo tripartito adoptado por Allport (1954). Brown (1995) y Tajfel (1981) han señalado los componentes cognitivos, afectivos y conativos del prejuicio: el primero refiere al conjunto de cogniciones o creencias en torno al objeto actitudinal; es decir, un individuo puede evaluar positiva o negativamente a un determinado grupo porque posee un conocimiento de las características de ese grupo. El segundo corresponde al repertorio afectivo o emocional que puede activar sentimientos favorables o desfavorables hacia el objeto; por ejemplo, una persona puede tener una actitud positiva o negativa hacia un grupo debido a una situación vivida con algún miembro de ese grupo. El tercer componente se refiere al comportamiento de las personas ante el objeto de actitud, a la discriminación o el componente conductual del prejuicio. Los tres componentes comparten el hecho de ser evaluaciones de un mismo objeto de actitud (Morales y Moya, 1996).

Teniendo en cuenta estos conceptos, podemos decir que las creencias hacen parte de la vida cotidiana de cada ser humano. Por tal motivo en esta investigación se estudiará el sistema de creencias del portador de VIH/SIDA y como afecta este en el ámbito sociofamiliar del paciente.

Primero que todo se debe establecer que la base para la violación de los Derechos Humanos se compone de dos elementos, a saber: en primer lugar, el desconocimiento que genera temor y en segundo lugar las cogniciones erróneas que producen un imaginario social distorsionado sobre el VIH/SIDA (Güell, 2002).

Tal como lo plantea Güell: “la adherencia es un proceso dinámico, influido por múltiples variables de tipo social, cultural, cognitivo, económico y de salud, las cuales deben ser tomadas en consideración como elementos predictores de adherencia”. (Güell (2002, p. 8) Dentro de esta definición, el manejo cognitivo tiene un papel fundamental para lograr el éxito terapéutico pues muchas de las acciones tomadas por las personas con VIH/SIDA giran en torno a sus percepciones sobre la infección o la enfermedad y la relación del diagnóstico consigo mismas y con el entorno.

De acuerdo con la M. Sc. Ana Josefina Güell (2002), los siguientes factores constituyen un adecuado perfil de adherencia como sinónimo éxito terapéutico:

- Aceptación de la enfermedad.
- Conciencia crítica de la enfermedad y del TARV.
- Manejo cognoscitivo adecuado el evento VIH/SIDA y el TARV.
- Capacidad económica para auto abastecer sus requerimientos o de su grupo familiar.
- Contar con recursos internos para salir adelante de las crisis circunstanciales.
- En casos de extrema urgencia, tender a buscar ayuda médica o social.
- No presentar problemas de alcoholismo o adicción a drogas ilícitas y en caso afirmativo recibir tratamiento pertinente.
- Mostrarse anuente a efectuar los cambios necesarios en cuanto a estilos de vida que pudieran generar problemas de adherencia a la terapia
- Tener antecedentes de cumplir con tratamientos médicos y sociales, o bien estar interesado en llevar a cabo las indicaciones señaladas en las consultas a las cuales asiste.
- Manifestar tener un proyecto de vida: plantear metas factibles a corto o mediano plazo.
- Expresar su deseo de iniciar y llevar responsablemente la terapia antirretroviral, lo cual se evidencia si la terapia ocupa un lugar prioritario en la vida del paciente.

- Manejar un buen nivel de autoestima caracterizado por un buen autoconcepto y aceptación de la enfermedad y los cambios que ésta ha provocado en la vida sin que ello implique culpa. Además de mostrarse como una persona positiva y con apertura para efectuar un reencuadre de su vida.

- Contar con muy buenas o excelentes redes de apoyo, vistas en términos de permanencia, accesibilidad, apoyo emocional y económico. Estas redes de apoyo son susceptibles a convocatoria por parte de los profesionales en salud y mostrar interés en la buena marcha de la terapia.

- El paciente debe contar con recursos que satisfagan las necesidades básicas y axiológicas.

- Usualmente el paciente muestra receptividad para captar las indicaciones que le brinde el personal de salud.

- Existe comunicación clara con el personal de salud.

- Existe interés por fortalecer debilidades que se puedan presentar en el proceso de adherencia al tratamiento ARV

Para Camino (1996), es importante tener en cuenta los sistemas de creencias incluidos en los procesos discriminatorios. Según este autor, esto se debe al hecho de que dichos sistemas de creencias son construidos a partir del conocimiento que se tiene previamente del medio social en el cual se está inmerso. Para Segura (2011), es necesario agregar que el VIH/ SIDA tiene un significado social cargado de distorsiones cognitivas lo cual agudiza la crisis que atraviesan las personas con un diagnóstico positivo por VIH, entre ellas:

- “Es una enfermedad mortal”.
- “Es una enfermedad de homosexuales y prostitutas”.
- “Es un castigo divino por las faltas cometidas”.
- “Las personas que tienen SIDA se ven enfermas y extremadamente adelgazadas”.
- “Es lo mismo tener VIH que SIDA”.
- “El tratamiento es horrible”.

Todas estas posibles situaciones exigen un proceso de reestructuración de esas percepciones, de manera que la persona comprenda el evento VIH/SIDA y el TARV de modo realista. Así, el enfoque cognitivo conductual se constituiría en un insumo idóneo para la contribución en el mejoramiento de la calidad de vida de la población

atendida. Con esa posibilidad cada persona podrá tomar las decisiones necesarias para fortalecer su adherencia y luchar por las metas establecidas en su proyecto de vida. (Segura, 2011, p. 77).

Según Segura (2011), los psicólogos y trabajadores sociales deberán facilitar un manejo cognoscitivo adecuado del evento VIH/SIDA, así como de la propia persona, los demás y el futuro; lo cual permitiría el empoderamiento individual, una mayor probabilidad de éxito terapéutico y progresivamente un proceso de defensa de los Derechos Humanos que les cobijan que se ven violentados al haber discriminación en los distintos ámbitos en los cuales la persona se desenvuelve.

Entre los diversos sistemas de creencias que han sido estudiados por los psicólogos sociales, la Creencia en un Mundo Justo (CMJ) ocupa una posición privilegiada. Para Tyler (1996), las personas son motivadas a percibir el mundo como un lugar justo. Esta percepción llevaría a una distorsión de sus juicios sobre los acontecimientos que les suceden a ellas o a otras personas, confirmándoles en su creencia de que, en el mundo, las personas tienen aquello que se merecen.

La CMJ ha sido relacionada con sentimientos de culpabilización y responsabilización de las víctimas de enfermedades, incluyendo el SIDA y el Cáncer (Furnham & Procter, 1992; Montada, 1992). Todos estos estudios muestran que existe una asociación positiva entre la CMJ y la aceptación o justificación de las situaciones de infortunio, responsabilizando a las víctimas por su situación. O sea, la CMJ influye en la aceptación de las condiciones de desigualdad, injusticia o sufrimiento. Para Rosas y Gomes (2008), se parte de la suposición que la CMJ tendría un papel moderador en el prejuicio contra homosexuales portadores del VIH/SIDA.

Torres, Pereira y Carvalho (2004) argumentan que el estigma y la discriminación son fenómenos sociales y culturales, no pudiendo ser comprendidos, simplemente, como consecuencia de comportamientos individuales. Parker y Aggleton (2001) afirman que el estigma del SIDA no está relacionado solamente con la homosexualidad, sino también con la promiscuidad y la pobreza, lo que fortalece el prejuicio y la discriminación. Hay que recordar que el estigma de padecer SIDA en muchas ocasiones viene a sumarse a otros estigmas previos como el de ser gay o

lesbiana (Yarhouse, 2003). Relacionando VIH y prejuicio existe un trabajo (Goldsteen & Goldsteen, 1990), realizado en los Estados Unidos, los resultados de este estudio mostraron que las explicaciones dadas por los participantes en este trabajo para la discriminación fueron la intolerancia a la homosexualidad y la falta de credibilidad en las intervenciones derivadas de las políticas de salud para el control de la epidemia del SIDA.

El concepto de Creencia en un Mundo Justo (CMJ) fue introducido en la psicología social por Lerner (1965) a partir del estudio realizado en un hospital psiquiátrico donde observó que los médicos tendían a culpar a los propios enfermos mentales por su condición de enfermo. La CMJ intenta explicar cómo las personas consiguen mantener su equilibrio mental y vivir sus vidas normalmente, con confianza y tranquilidad, a pesar de que su seguridad se vea amenazada todo el tiempo. Así, se puede afirmar que “las personas desarrollan mecanismos de defensa, para disminuir su percepción de vulnerabilidad y proseguir sus actividades cotidianas” (Correia, 2000, p. 254). La CMJ puede ser preservada a través de la desvalorización de la víctima, de modo que ella pase a ser percibida como merecedora de su destino (Lerner & Simmons, 1966).

Capítulo V. Servicios de Salud en Colombia

En este contexto los servicios a nivel nacional están precarizados. La inevitable falta de seguridad social y de salud por parte del estado en el país hace que los pacientes crónicos no reciban en muchos casos una buena atención médica. De igual manera, no hay que generalizar, cierto sector que ha sido beneficiario de una EPS, IPS o de un programa de salud establecido por el gobierno goza del acceso a tratamiento médico especializado para el mejoramiento de su calidad de vida y manejo oportuno de sus patologías.

Actualmente existen leyes que regulan los servicios de salud en Colombia, pero gracias a su deterioro y poco acceso imperan la necesidad de una reforma que garantice la vinculación de las personas a una salud gratuita y de calidad sin importar su estatus socioeconómico. El no acceso a ello, permite que enfermedades como el VIH no tengan un buen manejo de bioseguridad, soslayando así el contagio masivo y un problema de salud pública.

El Sistema General de Seguridad Social en Salud colombiano (SGSSS) es central para el desarrollo social y económico del país. Creado mediante la Ley 100 de 1993, este sistema rompió la historia de Colombia en un “antes” y un “después”. Se enmarcó en los principios de universalidad, cobertura, integralidad, solidaridad, igualdad, suficiencia, participación y unidad. (Londoño JL, Frenk J. 1987)

Siguiendo el hilo conductor de la revisión literaria, el aseguramiento corre a cargo de las EPS y el objetivo del SGSSS es que los beneficios de los regímenes subsidiado y contributivo lleguen a ser los mismos. Cada EPS conforma y ofrece a sus afiliados una red de IPS públicas y/o privadas: consultorios, laboratorios, hospitales y todos los profesionales que individualmente o agrupados ofrecen sus servicios de atención a la salud. Los hospitales públicos, por su parte, se han ido transformando en organizaciones autónomas, denominadas Empresas Sociales de Estado, que venden sus servicios a las EPS. (Víctor, y Vásquez, Johanna, etal. 2011)

Como mínimo, la red de IPS públicas y/o privadas conformada por cada EPS debe cubrir el llamado POS, que cubre tanto al afiliado cotizante como a su grupo familiar en lo que se refiere a todas las actividades de promoción y fomento de la salud y prevención de la enfermedad que se prestan en el primer nivel de atención. Los beneficios incluyen también la atención inicial de urgencias, atención al recién nacido, y consulta médica general y odontológica. Previa referencia por parte del médico general, también se incluyen la consulta médica especializada, exámenes de laboratorio, medicamentos, hospitalización, intervenciones quirúrgicas de baja complejidad, tratamientos de rehabilitación física, y diversas terapias, prótesis y órtesis. El POS cubre la atención de algunas enfermedades de alto costo, dentro de las que se incluyen el sida, la enfermedad renal crónica y el cáncer. Además, quienes cotizan en el régimen contributivo tienen derecho a prestaciones económicas suplementarias en casos de licencia por maternidad y de incapacidad por enfermedad. (Víctor, y Vásquez, Johanna, etal. 2011)

En muchas ocasiones algunas de las personas beneficiarias de este sistema se han encontrado con un sin número de inconvenientes para acceder a una buena atención en salud, por lo tanto, se ha documentado una variedad de situaciones problemáticas

inherentes al sistema, las cuales incluyen la distribución inequitativa de recursos humanos en las regiones, servicios muy demandados por la población y excluidos del Plan Obligatorio de Salud (POS). (Molina Marín G, Vargas Jaramillo J, et al. 2008)

La única ruta de acción que los ciudadanos han empleado de forma recurrente es la tutela, como medio para amparar su derecho a la salud. Según el Ministerio de Protección Social (2017), producto de este fenómeno, la Corte Constitucional (CC) elevó el derecho a la salud a derecho fundamental principal, ya que el Estado no había tomado suficientes medidas de intervención y regulación para corregir dichas inequidades en el sistema. Como mecanismo para hacer cumplir el derecho a la salud, la CC dictó la Sentencia T-760, donde obliga al Estado a unificar los planes de beneficios entre los regímenes y a realizar un programa de reformas para garantizar el goce efectivo del derecho a la salud. (Molina G, Ramírez A, 2009)

Consecuentemente a esto, se crea una situación particular en el sistema de salud colombiano, donde existe una definición amplia del derecho a la salud, de carácter constitucional, pero sin medios y recursos para conseguir los objetivos, lo cual origina grandes insatisfacciones entre los usuarios del sistema, hasta el punto de que se generan dos procesos: primero, pérdida de legitimidad del sistema frente a los ciudadanos, quienes consideran que este empeora, pues no satisface las expectativas ni las necesidades de la población; y segundo, inestabilidad económica provocada por la crisis financiera de las aseguradoras, generalización de las deudas con los prestadores y falta de oportunidad en la atención a las personas. (Suárez-Rozo LF, Puerto-García S, et al. 2017)

En conclusión, a nivel general existen factores que preponderan la salud del país como algo precario. Gracias a las leyes y al trabajo articulado con la ciudadanía se pone en evidencia las falencias para el acceso al sistema nacional de salud propiciando un cambio articulado para el mejoramiento del mismo. Este campo es de vital importancia para los pacientes con la patología del VIH ya que en muchas ocasiones conseguir tratamiento médico (contando fármacos) es muy complejo. En algunas EPS e IPS se brinda el acompañamiento profesional en muchas áreas de ajuste para el sujeto, pero el acceso a la medicación y a la movilización se torna complejo tanto para el portador, como para su núcleo social y familiar.

Marco Legal

En el presente capítulo se mencionan las leyes, normas y parámetros por el colegio colombiano de psicólogos y la ley de salud mental para la atención y participación de las personas que están infectadas por el virus de inmunodeficiencia humana.

Ley 1090 de 2006

Por medio de esta ley se rige la profesión de psicología en Colombia, se señalan a continuación algunos aspectos importantes de esta ley que son pertinentes para el desarrollo de esta investigación. (Congreso de Colombia, 2006)

Artículo 2°. De los Principios Generales. Los psicólogos que ejercen su profesión en Colombia se regirán por los siguientes principios universales:

I. Responsabilidad. Al ofrecer sus servicios los psicólogos mantendrán los más altos estándares de su profesión. Aceptarán la responsabilidad de las consecuencias de sus actos y pondrán todo el empeño para asegurar que sus servicios sean usados de manera correcta.

II. Técnicas para los cuales se encuentran cualificados. En aquellas áreas en las que todavía no existan estándares reconocidos, los psicólogos tomarán las precauciones que sean necesarias para proteger el bienestar de sus usuarios. Se mantendrán actualizados en los avances científicos y profesionales relacionados con los servicios que prestan.

III. Estándares Morales y Legales. Los estándares de conducta moral y ética de los psicólogos son similares a los de los demás ciudadanos, a excepción de aquello que puede comprometer el desempeño de sus responsabilidades profesionales o reducir la confianza pública en la Psicología y en los psicólogos. Con relación a su propia conducta, los psicólogos estarán atentos para regirse por los estándares de la comunidad y en el posible impacto que la conformidad o desviación de esos estándares puede tener sobre la calidad de su desempeño como psicólogos.

IV. Confidencialidad. Los psicólogos tienen una obligación básica respecto a

la confidencialidad de la información obtenida de las personas en el desarrollo de su trabajo como psicólogos. Revelarán tal información a los demás solo con el consentimiento de la persona o del representante legal de la persona, excepto en aquellas circunstancias particulares en que no hacerlo llevaría a un evidente daño a la persona u a otros.

V. Bienestar del Usuario. Los psicólogos respetarán la integridad y protegerán el bienestar de las personas y de los grupos con los cuales trabajan. Cuando se generan conflictos de intereses entre los usuarios y las instituciones que emplean psicólogos, los mismos psicólogos deben aclarar la naturaleza y la direccionalidad de su lealtad y responsabilidad y deben mantener a todas las partes informadas de sus compromisos.

Los psicólogos mantendrán suficientemente informados a los usuarios tanto del propósito como de la naturaleza de las valoraciones, de las intervenciones educativas o de los procedimientos de entrenamiento y reconocerán la libertad de participación que tienen los usuarios, estudiantes o participantes de una investigación.

VI. Relaciones Profesionales. Los psicólogos actuarán con la debida consideración respecto de las necesidades, competencias especiales y obligaciones de sus colegas en la Psicología y en otras profesiones. Respetarán las prerrogativas y las obligaciones de las instituciones u organizaciones con las cuales otros colegas están asociados.

VII. Relaciones Profesionales. Los psicólogos actuaran con la debida consideración respecto a las necesidades, competencias especiales y obligaciones de sus colegas en la psicología y en otras profesiones.

VIII. Evaluación de Técnicas. En el desarrollo, publicación y utilización de los instrumentos de evaluación, los psicólogos se esforzarán por promover el bienestar y los mejores intereses del cliente. Evitarán el uso inadecuado de los resultados de evaluación. Respetaran el derecho de los usuarios de conocer los resultados, las interpretaciones hechas y las bases de las conclusiones y recomendaciones.

Ley 1616 de 2013

El objeto de esta ley es garantizar el ejercicio pleno del derecho a la salud mental a la población colombiana, priorizando a los niños, las niñas y adolescentes, mediante

la promoción de la salud y la prevención del trastorno mental, la atención integral e integrada en salud mental en el ámbito del Sistema General de Seguridad Social en Salud, de conformidad con lo preceptuado en el artículo 49 de la Constitución Política de 1991 y con fundamento en el enfoque promocional de calidad de vida y la estrategia y principios de la atención primaria en salud, de igual forma se establecen los criterios de política para la reformulación, implementación y evaluación de la Política Pública Nacional de Salud Mental, con base en los enfoques de derechos, territorial y poblacional por etapa del ciclo vital. (Congreso de Colombia, 2013)

Artículo 3°. Salud Mental. La salud mental se define como un estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción de manera tal que permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana, para trabajar, para establecer relaciones significativas y para contribuir a la comunidad. La Salud Mental es de interés y prioridad nacional para la República de Colombia, es un derecho fundamental, es tema prioritario de salud pública, es un bien de interés público y es componente esencial del bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida de colombianos y colombianas.

Artículo 4°. Garantía en Salud Mental. El Estado a través del Sistema General de Seguridad Social en Salud garantizará a la población colombiana, priorizando a los niños, las niñas y adolescentes, la promoción de la salud mental y prevención del trastorno mental, atención integral e integrada que incluya diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en salud para todos los trastornos mentales. El Ministerio de Justicia y del Derecho, el Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario y las entidades prestadoras del servicio de salud contratadas para atender a los reclusos, adoptarán programas de atención para los enfermos mentales privados de libertad y garantizar los derechos a los que se refiere el artículo sexto de esta ley; así mismo podrán concentrar dicha población para su debida atención. Los enfermos mentales no podrán ser aislados en las celdas de castigo mientras dure su tratamiento.

Artículo 5°. Definiciones. Para la aplicación de la presente ley se tendrán en cuenta las siguientes definiciones: Atención integral e integrada en salud mental. La atención integral en salud mental es la concurrencia del talento humano y los recursos

suficientes y pertinentes en salud para responder a las necesidades de salud mental de la población, incluyendo la promoción, prevención secundaria y terciaria, diagnóstico precoz, tratamiento, rehabilitación en salud e inclusión social. La atención integrada hace referencia a la conjunción de los distintos niveles de complejidad, complementariedad y continuidad en la atención en salud mental, según las necesidades de salud de las personas.

Título II Derechos De Las Personas En El Ámbito De La Salud Mental

Artículo 6°. Derechos De Las Personas. Además de los Derechos consignados en la Declaración de Lisboa de la Asociación Médica Mundial, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y otros instrumentos internacionales, Constitución Política, y la Ley General de Seguridad Social en Salud son derechos de las personas en el ámbito de la Salud Mental:

1. Derecho a recibir atención integral e integrada y humanizada por el equipo humano y los servicios especializados en salud mental.
2. Derecho a recibir información clara, oportuna, veraz y completa de las circunstancias relacionadas con su estado de salud, diagnóstico, tratamiento y pronóstico, incluyendo el propósito, método, duración probable y beneficios que se esperan, así como sus riesgos y las secuelas, de los hechos o situaciones causantes de su deterioro y de las circunstancias relacionadas con su seguridad social.
3. Derecho a recibir la atención especializada e interdisciplinaria y los tratamientos con la mejor evidencia científica de acuerdo con los avances científicos en salud mental.
4. Derecho a que las intervenciones sean las menos restrictivas de las Libertades individuales de acuerdo a la ley vigente.
5. Derecho a tener un proceso psicoterapéutico, con los tiempos y sesiones necesarias para asegurar un trato digno para obtener resultados en términos de cambio, bienestar y calidad de vida.
6. Derecho a recibir psicoeducación a nivel individual y familiar sobre su trastorno mental y las formas de autocuidado.
7. Derecho a recibir incapacidad laboral, en los términos y condiciones

dispuestas por el profesional de la salud tratante, garantizando la recuperación en la salud de la persona

8. Derecho a ejercer sus derechos civiles y en caso de incapacidad que su incapacidad para ejercer estos derechos sea determinada por un juez de conformidad con la ley 1306 de 2009 y demás legislación vigente.

9. Derecho a no ser discriminado o estigmatizado, por su condición de persona sujeto de atención en salud mental.

10. Derecho a recibir o rechazar ayuda espiritual o religiosa de acuerdo con sus creencias.

11. Derecho a acceder y mantener el vínculo con el sistema educativo y el empleo, y no ser excluido por causa de su trastorno mental

12. Derecho a recibir el medicamento que requiera siempre con fines terapéuticos o diagnósticos.

13. Derecho a exigir que sea tenido en cuenta el consentimiento informado para recibir el tratamiento.

14. Derecho a no ser sometido a ensayos clínicos ni tratamientos experimentales sin su consentimiento informado.

15. Derecho a la confidencialidad de la información relacionada con su proceso de atención y respetar la intimidad de otros pacientes.

16. Derecho al Reintegro a su familia y comunidad. Este catálogo de derechos deberá publicarse en un lugar visible y accesible de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que brindan atención en salud mental en el territorio nacional. Y además deberá ajustarse a los términos señalados por la Corte Constitucional en la Sentencia T-760 de 2008 y demás jurisprudencia concordante.

Ley 1733 de 2014

El objetivo de esta ley es reglamentar el derecho que tienen las personas con enfermedades en fase terminal, crónicas, degenerativas e irreversibles, a la atención en cuidados paliativos que pretende mejorar la calidad de vida, tanto de los pacientes que afrontan estas enfermedades, como de sus familias, mediante un tratamiento integral del dolor, el alivio del sufrimiento y otros síntomas, teniendo en cuenta sus

aspectos psicopatológicos, físicos, emocionales, sociales y espirituales, de acuerdo con las guías de práctica clínica que establezca el Ministerio de Salud y Protección Social para cada patología. Además, manifiesta el derecho de estos pacientes a desistir de manera voluntaria y anticipada de tratamientos médicos innecesarios que no cumplan con los principios de proporcionalidad terapéutica y no representen una vida digna para el paciente, específicamente en casos en que haya diagnóstico de una enfermedad en estado terminal crónica, degenerativa e irreversible de alto impacto en la calidad de vida. (Congreso de Colombia, 2014)

Artículo 2o. Enfermo En Fase Terminal. Se define como enfermo en fase terminal a todo aquel que es portador de una enfermedad o condición patológica grave, que haya sido diagnosticada en forma precisa por un médico experto, que demuestre un carácter progresivo e irreversible, con pronóstico fatal próximo o en plazo relativamente breve, que no sea susceptible de un tratamiento curativo y de eficacia comprobada, que permita modificar el pronóstico de muerte próxima; o cuando los recursos terapéuticos utilizados con fines curativos han dejado de ser eficaces.

Artículo 3o. Enfermedad Crónica, Degenerativa E Irreversible De Alto Impacto En La Calidad De Vida. Se define como enfermedad crónica, degenerativa e irreversible de alto impacto en la calidad de vida aquella que es de larga duración, que ocasione grave pérdida de la calidad de vida, que demuestre un carácter progresivo e irreversible que impida esperar su resolución definitiva o curación y que haya sido diagnosticada en forma adecuada por un médico experto.

Artículo 4o. Cuidados Paliativos. Son los cuidados apropiados para el paciente con una enfermedad terminal, crónica, degenerativa e irreversible donde el control del dolor y otros síntomas, requieren, además del apoyo médico, social y espiritual, de apoyo psicológico y familiar, durante la enfermedad y el duelo. El objetivo de los cuidados paliativos es lograr la mejor calidad de vida posible para el paciente y su familia. La medicina paliativa afirma la vida y considera el morir como un proceso normal.

Artículo 5o. Derechos De Los Pacientes Con Enfermedades Terminales, Crónicas, Degenerativas E Irreversibles De Alto Impacto En La Calidad De Vida.

Derechos: El paciente que padezca de una enfermedad terminal, crónica irreversible y degenerativa de alto impacto en la calidad de vida tendrá los siguientes derechos, además de los consagrados para todos los pacientes:

I. Derecho al cuidado paliativo: Todo paciente afectado por enfermedad terminal, crónica, degenerativa, irreversible de alto impacto en la calidad de vida tiene derecho a solicitar libre y espontáneamente la atención integral del cuidado médico paliativo. Las actividades y servicios integrales del cuidado paliativo se deberán prestar de acuerdo al Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud y las guías de manejo que adopten el Ministerio de Salud y Protección Social y la CRES.

II. Derecho a la información: Todo paciente que sea diagnosticado de una enfermedad terminal, crónica, degenerativa e irreversible, tiene derecho a recibir información clara, detallada y comprensible, por parte del médico tratante, sobre su diagnóstico, estado, pronóstico y las alternativas terapéuticas de atención paliativa propuestas y disponibles, así como de los riesgos y consecuencias en caso de rehusar el tratamiento ofrecido. En todo momento la familia del paciente igualmente tendrá derecho a la información sobre los cuidados paliativos y a decidir sobre las alternativas terapéuticas disponibles en caso de incapacidad total del paciente que le impida la toma de decisiones.

III. Derecho a una segunda opinión: El paciente afectado por una enfermedad a las cuales se refiere esta ley, podrá solicitar un segundo diagnóstico dentro de la red de servicios que disponga su EPS o entidad territorial.

IV. Derecho a suscribir el documento de Voluntad Anticipada: Toda persona capaz, sana o en estado de enfermedad, en pleno uso de sus facultades legales y mentales, con total conocimiento de las implicaciones que acarrea el presente derecho podrá suscribir el documento de Voluntad Anticipada. En este, quien lo suscriba indicará sus decisiones, en el caso de estar atravesando una enfermedad terminal, crónica, degenerativa e irreversible de alto impacto en la calidad de vida de no someterse a tratamientos médicos innecesarios que eviten prolongar una vida digna en el paciente y en el caso de muerte su disposición o no de donar órganos.

V. Derecho a participar de forma activa en el proceso de atención y la toma de decisiones en el cuidado paliativo: Los pacientes tendrán el derecho a participar de forma activa frente a la toma de decisiones sobre los planes terapéuticos del cuidado paliativo.

VI. Derechos de los Niños y Adolescentes: Si el paciente que requiere cuidados paliativos es un niño o niña menor de catorce (14) años, serán sus padres o adultos responsables de su cuidado quienes elevarán la solicitud. Si el paciente es un adolescente entre catorce (14) y dieciocho (18) años, él será consultado sobre la decisión a tomar.

VII. Derecho de los familiares. Si se trata de un paciente adulto que está inconsciente o en estado de coma, la decisión sobre el cuidado paliativo la tomará su cónyuge e hijos mayores y faltando estos sus padres, seguidos de sus familiares más cercanos por consanguinidad.

Artículo 6o. Obligaciones De Las Entidades Promotoras De Salud (EPS) Y Las Instituciones Prestadoras De Salud (IPS) Públicas Y Privadas. Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) están en la obligación de garantizar a sus afiliados la prestación del servicio de cuidado paliativo en caso de una enfermedad en fase terminal, crónica, degenerativa, irreversible y de alto impacto en la calidad de vida con especial énfasis en cobertura, equidad, accesibilidad y calidad dentro de su red de servicios en todos los niveles de atención por niveles de complejidad, de acuerdo con la pertinencia médica y los contenidos del Plan Obligatorio de Salud.

Artículo 7o. Talento Humano. Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) garantizarán el acceso a la atención de servicios de cuidado paliativo, incorporando a su Red de Atención, Instituciones Prestadoras de Salud (IPS), con personal capacitado en cuidado paliativo, al cual le sea ofrecida educación continuada en este tema.

Artículo 8o. Acceso A Medicamentos Opioides. El Ministerio de Salud y de la Protección Social, el Fondo Nacional de Estupefacientes y las Entidades Promotora de Salud (EPS), garantizarán la distribución las 24 horas al día y los siete días a la semana, la accesibilidad y disponibilidad. Los primeros otorgarán las autorizaciones necesarias para garantizar la suficiencia y la oportunidad para el acceso a los medicamentos opioides de control especial para el manejo del dolor.

Marco Contextual

Siguiendo el hilo conductor de la temática, en este apartado se nombra el contexto en donde se desenvuelve la investigación.

El Municipio de Pamplona fue fundado por Pedro de Ursúa y Ortún Velasco el 1 de noviembre de 1549, está localizado en la parte central de la subregión suroccidental del departamento, a una distancia de 75 Km de la capital del Departamento, cuenta con 53.147 habitantes, siendo el 52% mujeres y el 48% hombres, ubicados el 8% en el área rural y el 92% en el área urbana. La superficie municipal de Pamplona es de 1.342 km² y presenta una temperatura promedio de 16°C. La principal corriente hídrica del municipio es el río Pamplonita. Su importancia radica, también, en lo histórico y cultural. El bambuco “Las Brisas de la pamplonita” identifica a Pamplona y al departamento, nacional e internacionalmente. (CORSONOC, 2012)

Ahora bien, teniendo en cuenta que Pamplona es catalogada como una ciudad estudiantil por el auge de colegios y su universidad, el sin número de visitantes hace del municipio algo multicultural. El acceso a sustancias psicoactivas y a una vida sexual activa es amplio y autónomo de cada persona. Según como lo señala (Hernández Z, et al. 2007), la salud sexual de adolescentes y jóvenes se basa en la estima y respeto propios y de otras personas de ambos sexos, adoptar la idea de que hombres y mujeres son en esencia iguales, aunque no necesariamente lo mismo. Los adolescentes sexualmente saludables sienten placer y orgullo por sus cuerpos en desarrollo. A medida que maduran, aumenta su capacidad para comunicarse honesta y abiertamente con personas de ambos sexos con los cuales tienen una relación cercana. Llegan a sentir y entender que su sexualidad no es una cosa indiferente, sino que forma parte integral de sus vidas. Aceptan sus propios deseos sexuales como naturales, pero sobre los que deben imponer una restricción considerando sus propios valores y fines, así como otras personas significativas.

Teniendo en cuenta estudios a nivel nacional y local también podemos observar que el adulto joven tiende a tener una conducta promiscua, por lo cual a veces no se tienen canales de promoción y prevención alrededor de una conducta sexual responsable

desembocando en la contracción de ITS. En los últimos 10 años, en Pamplona se han evidenciado casos relacionados con la contracción de VIH, panorama que enmarca un problema de salud pública.

La prevalencia de las enfermedades de transmisión sexual (ETS) en Pamplona varía de acuerdo a las características socioculturales y los patrones de comportamiento de las diferentes comunidades del municipio; es así como se muestra un veloz crecimiento de la epidemia. (ASIS, 2015)

De la misma manera es necesario caracterizar el comportamiento y prevalencia de la epidemia en el municipio clasificándolo como de alto riesgo de acuerdo a un diagnóstico de ETS y realizar finalmente un análisis de la mortalidad e impacto social, contribuyendo en la asistencia técnica de vigilancia en salud pública para las ETS y Mejorar los procesos y la calidad de la notificación de casos de tal forma que se reduzcan la subnotificación y el subregistro. (Alcaldía de Pamplona Norte de Santander, Fondo Local de Salud, 2013).

En conclusión, las infecciones de transmisión sexual en Pamplona actualmente son un problema de salud pública. El VIH es una epidemia silenciosa creciente en los últimos años, se hace necesario implementar planes de promoción y prevención para generar una conducta sexual aceptable para que los jóvenes disfruten de una vida reproductiva fuera de factores de riesgo.

Metodología

Tipo de Investigación

La presente investigación se enmarca en un enfoque de corte cualitativo el cual postula que la “realidad” se define a través de las interpretaciones de los participantes en la investigación respecto de sus propias realidades. De este modo convergen varias “realidades”, por lo menos la de los participantes, la del investigador y la que se produce mediante la interacción de todos los actores. Además, son realidades que van modificándose conforme transcurre el estudio y son las fuentes de datos. (Hernández, Fernández, & Baptista, 2014)

Tipo de diseño

La investigación corresponde a un estudio de caso de tipo exploratorio que tuvo como propósito familiarizarse con un fenómeno o adquirir nuevos conocimientos sobre ella con el fin de formular un problema más preciso o desarrollar hipótesis, pretenden darnos una visión general, de tipo aproximativo, respecto a una determinada realidad.

Los estudios de caso tienen como característica básica que abordan de forma intensiva una unidad, ésta puede referirse a una persona, una familia, un grupo, una organización o una institución (Muñiz, 1994) Puede ser algo simple o complejo, pero siempre una unidad; aunque en algunos estudios se incluyen varias unidades, cada una de ellas se aborda de forma individual.

Población

Pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA, estudiantes de la Universidad de Pamplona

Muestra

Dos (2) personas cuyas edades oscila entre 23 años hasta los 33 años; escogidos por oportunidad y por conveniencia

Criterios de exclusión

Pacientes cuyo cuadro clínico no se encuentre en un estado avanzado del deterioro progresivo de la enfermedad.

Criterios de inclusión

Adultos en edades comprendidas de 23 a 33 años

Dado lo anterior, la pregunta de investigación se plantea de la siguiente manera:
¿Cómo percibe un portador de VIH/SIDA sus relaciones sociofamiliares?

P. Paciente o problema de interés (Population)	I. Intervención (Intervention)	O. Resultados (Outcome)
Adultos en edades comprendidas de 23 a 33 años	Entrevista semi estructura a profundidad	Como percibe un portador de VIH/SIDA sus relaciones sociofamiliares
Hombre/mujer Adultos profesionales Adulto joven estudiante de la Universidad de Pamplona.	Observación participante	Laboral Servicios de salud Creencias

Tabla 1. Herramienta PICO. Fuente: Herramienta PICO para la formulación y búsqueda de preguntas clínicamente relevantes en la psicooncología basada en la evidencia
Categorías

A continuación, se presentarán las categorías determinadas por los autores del presente estudio investigativo.

Creencias

El concepto de creencia involucra la distinción entre lo que es verdadero y lo que se tiene por verdadero: “el concepto de creencia, se halla dispuesto para tensar la cuerda entre la verdad objetiva y lo que se considera verdadero, y lo entendemos precisamente en esa conexión” (Moya, 2004).

Familiar

La familia influye en la salud y la enfermedad de cada uno de sus miembros, es decir, si el núcleo es funcional proporciona una afirmación positiva a todos sus miembros, permitiendo que cada uno se sienta querido y valorado (Pérez, Estrada y Aguilera, 2005)

Laboral

En la actualidad hay unos 36 millones de personas infectadas por el VIH/sida. Se estima que, de ellas, más de 23 millones son personas económicamente activas entre los 15 y 49 años de edad. Todas estas personas representan una fuerza de trabajo mermada por los efectos devastadores de la enfermedad (Somavia, 2001)

Social

Esta población sufre discriminación, situaciones que afectan su calidad de vida principalmente en cuanto a sus niveles de bienestar emocional, lo cual se asocia con la insatisfacción de las necesidades que se derivan de la interacción con los demás: filiación, afecto, pertenencia, identidad, seguridad y aprobación (Montoya, Barragán, & González, 2018). Todo esto causa el aislamiento social y pérdida de las habilidades sociales

Servicios de salud

El incremento del número de casos, ha generado una demanda sustancial de acciones y servicios de salud y los costos de tratamiento son cada vez más elevados. Por otro lado, nuevos factores de riesgo; entre ellos la pobreza, la poca escolaridad y la falta de acceso a servicios de salud, se vinculan no solo con el SIDA sino con

episodios de violación de los derechos humanos(De Assis Acurcio & Guimarães, 1998)

Procedimiento

A continuación, se exponen datos relevantes respecto a la metodología y proceso desarrollado durante esta actividad investigativa.

Para esta investigación, se entrevistaron dos sujetos con diagnóstico seropositivo VIH/SIDA, habitantes de la ciudad de Pamplona, Norte de Santander, para el año 2019; la entrevista fue realizada en la sede Club de Comercio de la Universidad de Pamplona, la cual tuvo una duración de 1 hora por sujeto, para lo cual se realizó una grabación de voz, con el objetivo de hacer transcripción y ser analizada posteriormente, la entrevista aplicada es de tipo semi estructurada a profundidad, posterior a esto se realizó el diligenciamiento del formato de la observación participante para cada individuo.

Primera fase. Presentación inicial de la propuesta

En esta primera fase se elaboró la idea de investigación, planteamiento de problema, descripción de problema, se estableció los objetivos, se justifican por qué y para que la investigación, así mismo se realizó revisión literaria y se desarrolló el marco teórico. De tal forma que pudiera ser presentado como Anteproyecto y conseguir el aval para desarrollarla.

Una vez se presentó el proyecto al comité de trabajo de grado, desde donde se asignaron los respectivos jurados para la evaluación de la investigación, quienes, a su vez, realizaron observaciones a tener en cuenta para modificaciones y ajustes del trabajo presentado.

Segunda fase. Revisión y diseño de técnicas

Seguidamente se realizaron las modificaciones de acuerdo al criterio de los jurados, consolidando la estructura del trabajo respecto al marco teórico, metodología y proyección de estrategias de análisis de la información a obtener.

Tercera fase. Implementación de la investigación

Una vez se cuenta con la validación de expertos en el diseño de la entrevista a profundidad (ANEXO 1), se establece contacto con los participantes. Quienes una vez firman el consentimiento informado (ANEXO 2). Es importante mencionar que los encuentros se realizaron en la Universidad de Pamplona, sede Club del Comercio. Cada entrevista duro alrededor de 60 minutos, lográndose el permiso correspondiente para hacer grabación de voz.

Cuarta fase. Análisis de resultados

Durante esta fase se analiza la información recolectada a través de una matriz (ANEXO 3) y una tabla de observación no participante (ANEXO 4)

Quinta fase. Presentación de resultados y sustentación

En esta última fase, se construye la discusión, conclusiones, diseño de estrategias psicoeducativas de difusión que contribuyan en las relaciones sociales y familiares del portador de VIH con el fin de favorecer su bienestar mental en torno al diagnóstico. También se realizan recomendaciones respecto al desarrollo de estudios con este tipo de población y se desarrolla el proceso final de sustentación ante jurados asignados.

Técnicas de recolección

Entrevista a Profundidad

Dentro de los estudios cualitativos existen diferentes técnicas que ayudan a aproximarse a los fenómenos sociales, entre estas la entrevista en profundidad juega un papel importante, ya que se construye a partir de reiterados encuentros cara a cara del investigador y los informantes, con el objetivo de adentrarse en su intimidad y comprender la individualidad de cada uno (Argudin, 2018) Dado lo anterior, se formularon los ítems y se establecieron categorías acerca de las Creencias De Un Portador De VIH/SIDA Acerca De Sus Relaciones Sociofamiliares, teniendo como objetivo identificar las creencias del portador de VIH/SIDA en su contexto sociofamiliar, la cual consta de 35 ítems con respuesta abierta. (VER ANEXO 1). Para el cumplimiento de esta técnica se consiguió la debida autorización de los participantes para hacer grabación de voz en cada entrevista.

Observación No Participante

En esta modalidad el investigador evita inmiscuirse en el asunto que estudia. Si bien puede realizar el trabajo de campo que exija el estudio, lo hará como un simple espectador pasivo, que no se vincula, no socializa con los individuos que integran la acción social que estudia. (Maldonado & de la Garza Montemayor, 2014); (ANEXO 4).

Resultados

Siguiendo el hilo conductor de la investigación, a continuación, se presenta el análisis de la entrevista de los sujetos; Tomando como referencia la matriz descriptiva en donde se clasificaron las preguntas de acuerdo a cinco categorías: Creencias, familiar, Social, Laboral, Servicios de salud. Consecuentemente a cada análisis, se desarrolla una tabla correspondiente a la observación no participante, la cual evalúa comportamientos del sujeto durante el transcurso de la entrevista.

Tabla 2

Análisis Sujeto 1

A continuación, se muestra el análisis de resultados obtenidos en la entrevista

<u>Categorías</u>	<u>Número de Pregunta</u>	<u>Respuesta</u>	<u>Análisis</u>
Creencias	2, 3, 35	En esta categoría se pudo evidenciar que el sujeto 1, manifestó que al momento de conocer el diagnóstico presentó emociones negativas asociadas mayormente al desconocimiento respecto a la enfermedad y al tratamiento que hoy en día se le otorga a esta patología, catalogada en la actualidad como crónica transmisible.	En Dado lo anterior, con respecto a las respuestas obtenidas de las técnicas cualitativas y relacionándolo con los hallazgos en la revisión de literatura, se puede decir en el apartado de creencias que, estudios relacionados han demostrado que existe una compleja relación entre la enfermedad física y el suicidio, considerándose como un factor de riesgo. La ideación suicida es un síntoma que aparece con frecuencia entre los pacientes con infección por VIH. Además, algunos estudios epidemiológicos han

			demostrado que los individuos con este diagnóstico tienen una mayor probabilidad de suicidarse que el resto de la población general, el impacto diagnóstico de VIH/SIDA incrementa el riesgo de suicidio particularmente justo después de haber recibido el resultado positivo y de haberse distanciado de los amigos, también influye de manera definitiva factores como el género, orientación sexual y nivel educativo. (Bosque, 2006)
Familiar	4, 5, 6, 7, 8, 9, 10,11, 12, 13, 14, 15, 19 ,20, 35	En esta sección de la entrevista, se evidenció que el sujeto 1, no da conocer su diagnóstico a todo el núcleo familiar, puesto que, como él mismo asocia, su familia al presentar una educación básica, va a tener una aceptación dificultosa y/o casi nula del diagnóstico. Adicional a esto el sujeto 1 manifiesta que su familiar más cercana -"madre" vivió la pérdida reciente de un hijo, haciendo más complejo el	Respecto al apartado de relación familiar, el efecto de un diagnóstico como el VIH/SIDA, se refleja en todo el entorno familiar afectando a todos sus miembros, por tanto, una enfermedad repercutirá en la estabilidad el sistema, es decir, la enfermedad y el sufrimiento el cual ocasiona ocupan un primer plano en la vida del paciente y muchas veces en la de su familia. Desde el punto de vista sistémico la pérdida o amenaza de pérdida de un

	<p>hecho de comunicar el diagnóstico como tal. Incluso en las preguntas sobre su acompañamiento familiar el paciente refiere que asiste solo a sus controles.</p>		<p>miembro, es la mayor crisis la cual tiene que afrontar la familia, ante la crisis, si esta tiene suficientes recursos reaccionará con un cambio adaptativo. Si no los tiene, esta puede desaparecer, como el VIH/SIDA no sólo afecta al paciente, sino también a la familia, es posible que ante la noticia del diagnóstico se presentarán diferentes tipos de emociones y sentimientos tanto en la familia como en el paciente; la familia influye en la salud y la enfermedad de cada uno de sus miembros, es decir, si el núcleo es funcional proporciona una afirmación positiva a todos sus miembros, permitiendo que cada uno se sienta querido y valorado. (Vera Pérez & Estrada Aguilera, 2005).</p>
Social	16, 17, 18, 20, 21, 22, 23, 24, 35	<p>Durante la entrevista, el sujeto 1 manifestó sentirse apoyado por amigos cercanos, no manifestó sentirse rechazado; sin embargo, con el tiempo él se</p>	<p>En cuanto al apartado social, Vaux (1990) señala el apoyo social como tal no es medible, pero identifica varios conceptos relacionados con el mismo el cual a su parecer sí se pueden</p>

fue aislando de su núcleo social, pues sentía más intensiones de morbo que el apoyo recibido.

medir, recursos de la red social de apoyo (conjunto de personas que rutinariamente asisten a un individuo en caso de necesidad); conductas de apoyo (actos específicos de apoyo); valoración del apoyo (evaluación subjetiva respecto a la cantidad y contenido de los recursos de apoyo disponibles); orientación del apoyo (percepción sobre la utilidad y los riesgos de buscar y encontrar ayuda en una red social). Es claro hasta ahora que no existe consenso respecto a la definición de este concepto, y éste se refiere a un complejo fenómeno, compuesto por varias dimensiones asociadas, además, con la salud de los individuos (Elvira et al., 2017); dado lo anterior, es posible afirmar el apoyo social suele proporcionar beneficios para las personas que viven con VIH, facilitando su ajuste psicosocial hacia la aceptación de la enfermedad y a su vez proporciona una mejor calidad de vida por los beneficios que se recibe en el contexto en el cual se desenvuelve.

Laboral

25, 26, 27,
28, 29,31, 35

En este apartado de la entrevista el sujeto 1 manifestó que gracias a su nivel educativo puede acceder a un trabajo como docente; no obstante, se ha visto discriminado por su diagnóstico, incluso manifiesta haber sentido que fue despedido por el mismo diagnóstico.

Según la OIT (Organización Internacional del Trabajo), actualmente en el país las personas con VIH siguen siendo despedidas de sus trabajos o no consiguen empleo debido a su condición; el análisis se basó en encuestas realizadas a más de 100.000 personas que viven con VIH, en 13 países del mundo el cual arrojó datos importantes en cuanto a la relación de las personas infectadas con trabajo dado que un gran número de personas actualmente vive con VIH están sin empleo, con tasas que varían del 7% de los entrevistados en Uganda a 61% en Honduras. Respecto a Colombia, el estudio Índice de Estigma y Discriminación, realizado por la Red colombiana de personas viviendo con VIH con base en entrevistas a 1.000 personas portadoras, arrojó que un 10% del total de encuestados perdieron su empleo por lo menos una vez en el último año, afirmando la relación principalmente con su condición de VIH positivo. Sin embargo,

el estado en sus esfuerzos por disminuir esta situación para este grupo poblacional, ha procurado generar acceso a un trabajo, Esto se transforma en un derecho fundamental a la estabilidad laboral y este debe velar por protección dado su condición de vulnerabilidad y tradicional discriminación o marginación y por tanto, puede ser defendido a través de la acción de tutela.

Servicios de Salud	1, 30, 31, 32, 33, 34, 35	<p>El sujeto manifiesta que a pesar de las “trabas”, traslados y demás inconvenientes respecto a trámites, recibe sus medicamentos y atención integral en cuanto al tratamiento de la patología como tal.</p> <p>Adicional a esto, el paciente manifiesta que a las EPS les falta conformar un grupo de apoyo para las personas que están incluidas en este diagnóstico.</p>	<p>Los problemas de acceso o de calidad en la prestación de los servicios para el tratamiento integral del VIH/SIDA pueden conllevar consecuencias importantes en términos psicofísicos, sociales y financieros. La falta de acceso retarda el diagnóstico, exagera los procesos de morbilidad y disminuye las alternativas terapéuticas (Einarson, 2011). Dicho lo anterior es importante la intervención de las entidades de salud para el cumplimiento terapéutico. También es importante explicar a las personas que viven con el</p>
--------------------	---------------------------	--	---

VIH/SIDA, las características de la enfermedad, y se encuentren todos los recursos requeridos para satisfacer sus necesidades médicas, emocionales, sociales. Cómo también las diferentes opciones terapéuticas existentes y la medicación sean prolongadas y por ningún motivo se podrá suspender, por el cual responde a una enfermedad crónica transmisible.

Tabla 3

Observación No Participante

A continuación, se van a evaluar ciertos aspectos vistos en la entrevista del sujeto 1

<u>Servicios de Salud</u>	<u>Creencias</u>	<u>Social</u>	<u>Familiar</u>	<u>Laboral</u>
Prefiere asistir solo a sus controles médicos	Siente que las personas no lo pueden ayudar para nada	Se observa que el tema no es abiertamente tratado por su entorno social,	Por medio de la observación no participante se pudo notar la poca	Se observa cierto rechazo hacia las instrucciones educativas a que siente
Se observo que tiene cierta diferencia con su antiguo psicólogo en la forma de	porque solo acuden a él por morbo. Se observa que se siente discriminado	entorno social, siente que esta solo afrontando su diagnóstico.	interacción que tiene con su familia, también, se pudo observar	discriminación por parte de estas identidades. Se observa motivado para

expresar su proceso psicológico.	constantemente	No cuenta con espacios de ocio positivo ya que no sale mucho de su casa	que siente cierta incomodidad cuando se habla de su diagnóstico y su familia.	terminar su segunda carrea y continuar sus estudios en otro país.
----------------------------------	----------------	---	---	---

Previamente a esto, se evidencia el análisis del sujeto 2.

Tabla 4

Análisis Sujeto 2

A continuación, se muestra el análisis de resultados obtenidos en la entrevista

<u>Categorías</u>	<u>Número de Pregunta</u>	<u>Respuesta</u>	<u>Análisis</u>
Creencias	2, 3, 35	Teniendo en cuenta los ítems 2, 3 y 35 podemos evidenciar que el sujeto 2 en esta categoría tenía un conocimiento previo de la patología que presenta actualmente, por lo cual no se tenían métodos de prevención y cuidado al momento de tener relaciones sexuales. Ligado a esto, el estado anímico del portador repercute significativamente en su vida cotidiana tomando como base su ámbito sociofamiliar ya que también se expresa que existe	En cualquier caso, parece que el primer cuadro clínico que experimenta la persona que acaba de conocer su seropositividad o desarrollo de la enfermedad es una reacción de estrés agudo asociada al VIH de carácter transitorio y que desaparece a los pocos días. Cuando las manifestaciones ante este shock emocional, descritas con anterioridad, se prolongan en el tiempo y/o son excesivamente intensas puede desencadenar un trastorno adaptativo dependiente de factores como: la respuesta de

estigmatización hacia las personas con esta patología. A raíz de la baja estabilidad emocional puede que se desarrolle un trastorno emocional lo cual evidentemente necesita el fortalecimiento de redes de apoyo tanto familiar como social, el apoyo psicológico se hace prioritario para el manejo de una buena salud mental en los pacientes con esta patología.

afrontamiento del afectado ante la enfermedad, su historia previa de patología mental, la actitud del entorno familiar, laboral y social y la disponibilidad de recursos de apoyo y asesoramiento. Aunque en este cuadro psicológico pueden aparecer síntomas depresivos (tristeza, sentimiento de desesperanza y desmoralización), ansiosos (miedos y preocupaciones) y quejas somáticas o alteraciones de conducta, éstos pueden remitir con consejo psicológico y apoyo emocional. (Edo y Ballester, 2006)

En muchas ocasiones los pacientes con esta patología tienden a aislarse por “seguridad” de todo aspecto relacionado con su vida personal. Esto claramente desencadena ciertas creencias distorsionadas y problemas a nivel emocional que pueden llegar a afectar la vida cotidiana del sujeto portador en dos áreas de ajuste principales para él, las cuales son la familia y su núcleo social.

Familiar

4, 5, 6, 7, 8,
9, 10,11, 12,
13, 14, 15, 19
,20, 35

Tomando como base que la familia sabe de su condición médica, el sujeto manifiesta que la comunicación en el núcleo familiar es fluida pero que no se presenta el intento por tocar a profundidad el tema del diagnóstico para de esa forma “No indisponer a la familia”; de igual manera relata llanto incesante al momento de revelar su diagnóstico abiertamente a sus pares familiares. Se evidencia comunicación asertiva en el núcleo familiar, propiciando así un lazo afectivo fuerte.

Como el VIH/SIDA no sólo afecta al paciente, sino también a la familia, es posible que ante la noticia del diagnóstico se presentarán diferentes tipos de emociones y sentimientos tanto en la familia como en el paciente. (Uribe P, etal. 2000)

Es evidente que una enfermedad crónica o terminal como lo es el VIH presente en una persona perteneciente a un núcleo familiar, va a ocasionar malestar psicológico e inestabilidad en ciertas áreas de ajuste que rodean al portador de esta patología. Es de vital importancia fortalecer los lazos de apoyo con los familiares más cercanos y de confianza para el sujeto y esto generará como resultado un balance emocional y una estabilidad en el núcleo familiar

La familia influye en la salud y la enfermedad de cada uno de sus miembros, esto significa que la familia desempeña un papel fundamental en la salud o en la enfermedad de los individuos.

(Medalie JH, 2000)

El proceso de identificación de la situación y la capacidad de resiliencia ante una eventualidad como esta en el núcleo familiar, tiene que tornarse de la mejor manera, es decir, saber y/o conocer rutas de acción encaminadas al mejoramiento de la calidad de vida del sujeto portador de este tipo de patología.

Las familias funcionales proporcionan una afirmación positiva a todos sus miembros, permitiendo que cada uno se sienta querido y valorado.

(Donoso T, 1999)

Los canales de comunicación ligados a lo que llamamos asertividad es oportuno en situaciones como esta, el sujeto portador de VIH tiende a no comentar su condición médica a su núcleo familiar por temor al rechazo y a los juicios de valor, por lo tanto, generar un buen canal de comunicación en el núcleo es de suma importancia pues propicia un espacio de confort y confianza base para aliviar la carga emocional en el sujeto.

Social

16, 17, 18,
20, 21, 22,
23, 24, 35

En esta sección evidenciamos todo lo relacionado con la percepción del sujeto hacia lo social. Manifiesta que tiene un núcleo social reducido, cuenta con una sola persona a la cual denomina “mejor amiga”, persona que ha estado apoyando emocionalmente al sujeto para sobrellevar la condición médica. Consecuentemente a esto menciona que se le es difícil por momentos relacionarse con las personas por su carácter, aunque hace hincapié en su sociabilidad, amabilidad y compañerismo. No cuenta con una pareja estable actualmente, declara que su ex pareja salió del país por motivos que hasta el momento no son conocidos.

Emocionalmente se cierra a oportunidades cimentadas bajo el establecimiento de una relación de pareja por temor y desconfianza.

El soporte social o apoyo social ha sido uno de los aspectos abordados en la evaluación de la calidad de vida, principalmente en personas con VIH debido a las situaciones de prejuicio que aún caracterizan las reacciones sociales a la seropositividad. Es un concepto el cual involucra la estructura de la red de relaciones sociales, la adecuación de su función, y el grado de satisfacción de la persona. Se puede decir que el soporte social abarca políticas y redes de apoyo como familia, amigos y comunidad, por tanto tienen como finalidad contribuir al bienestar de las personas, principalmente aquellas en situación de exclusión. (Seidl EMF, & Troccoli BT. 2006)

El aspecto social es de suma importancia para el portador de VIH, en ciertas ocasiones el aislamiento de la comunidad es la única opción viable para generar estabilidad emocional y manejo adecuado de la enfermedad, todo esto está arraigado al núcleo social en el que se encuentra y sobre todo

con el estilo de vida llevado dentro de ello.

La confianza juega un papel muy importante en la vida del portador ya que por medio de esta se pueden generar lasos de apoyo para el mejoramiento de la autoestima aumentando así la capacidad de resiliencia ante el diagnostico acompañada de un buen manejo psicológico y emocional de la patología; El cerrarse se torna complejo para el portador, los prejuicios sociales se hacen evidentes, el rechazo se hace masivo y es una creencia que el sujeto mantiene de la sociedad, por tal motivo fortalecer las relaciones con personas cercanas externas al núcleo familiar como un par o amigo es vital para el manejo de esta condición médica.

Consecuentemente a esto tenemos las relaciones de pareja. Las relaciones interpersonales tienden a ser punto de inflexibilidad si no se tiene un canal de comunicación adecuado; el portador de VIH tiende a apartarse de la vida

sentimental y sexual por temor al contagio masivo.

Laboral

25, 26, 27,
28, 29,31, 35

En este apartado el sujeto expresa que actualmente cuenta con un empleo (no estable) y aparte de eso también cumple con sus estudios universitarios. No ha sido víctima de rechazo o estigmatización laboral ya que al momento de buscar un empleo no comenta acerca de su patología.

Los resultados dejan ver que vivir con VIH significa una situación que afecta la empleabilidad. Las barreras encontradas al respecto son las mismas establecidas por Serrano en el año 2015: la salud física, la salud mental, el déficit de las habilidades laborales, la falta de recursos, la motivación y las actitudes, los problemas sociales, el déficit cognitivo y el abuso de sustancias, son algunas de ellas.

Siguiendo el hilo conductor de la idea anterior, se afirma que hay ciertas afectaciones físicas, psicológicas y cognitivas ligadas al padecimiento del VIH que, en el transcurso de la misma, limitan progresivamente el desempeño laboral del sujeto. El manejo oportuno con atirretroviricos y/o fármacos pueden mitigar los síntomas, es decir que la patología controlada medicamente no limita como tal

el desempeño del sujeto en un entorno laboral.

Otras barreras son creadas por los empleadores, como el miedo al contagio de sus colaboradores, la creencia sobre las personas que viven con VIH son moralmente corruptas y la duda sobre sus capacidades laborales; además, la percepción de los compañeros del trabajador VIH positivo. Unas barreras más, percibidas a nivel laboral, y descritas por los participantes del estudio, son la realización involuntaria de la prueba de VIH, y el consiguiente despido del empleado o la negativa de contratarlo si el resultado es positivo. (OIT,2006)

El hecho de contraer VIH limita ciertos factores o áreas de ajuste del sujeto, por ejemplo, el área laboral se ve ciertamente afectada ya que la estigmatización y el rechazo hacia las personas que padecen esta condición médica siempre se ha hecho evidente por falta de información.

Servicios de Salud	1, 30, 31, 32, 33, 34, 35	<p>Para finalizar, el sujeto en este apartado manifiesta que el sistema de salud que le presta su EPS es óptimo para las necesidades que requiere el tratamiento para la patología, aunque no cuenta con medicación, expresa claramente que no tiene tratamiento médico como tal, es decir, no toma fármacos. Enfatiza claramente sobre una dieta estricta basada en el consumo de frutas y vitamina C. Consume un Kiwi diario ya que le ayuda a su condición física y de esta forma sube sus defensas para no sufrir descompensación en su sistema inmunológico.</p>	<p>Las instituciones prestadoras de servicios de salud y otras que por sus servicios suponen contacto con fluidos corporales, deben adoptar normas de bioseguridad, dotar al personal con implementos adecuados y suficientes para su protección y contar con mecanismos que garanticen el mejoramiento continuo de las condiciones de bioseguridad requerida. (MINPROSO,2006)</p> <p>En muchas ocasiones se denota que la calidad de salud recibida a pacientes con esta condición médica en buena medida depende del régimen de salud a la cual están afiliados, la búsqueda de medicamento mitigante de síntomas ligados al manejo del VIH es un problema que atañe a un sin número de portadores a nivel nacional, por tal motivo hay programas reguladores de estos fármacos y la accesibilidad a ellos es mucho más fácil, masivo.</p> <p>Las EPS y/o IPS tienen que asegurar un acompañamiento</p>
--------------------	---------------------------	---	---

profesional; se hace hincapié en el manejo de una buena salud mental como punto primordial hacia un proceso de adherencia al tratamiento continuo y masivo para mitigar síntomas físicos ligados a esta patología. A nivel nacional el sistema nacional de salud ha tenido falencias, las cuales por medio de tutelas impuestas por pacientes con enfermedades crónicas han podido generar logros como acceso a fármacos y movilidad.

El tener problemas en este aspecto es frustrante y estresante para pacientes con esta patología. La angustia y el estrés pueden generar malestar físico y agotamiento por tal motivo afecta la calidad de vida del sujeto.

Tabla 5

Observación No Participante

A continuación, se van a evaluar ciertos aspectos vistos en la entrevista del sujeto 2

<u>Servicios de Salud</u>	<u>Creencias</u>	<u>Social</u>	<u>Familiar</u>	<u>Laboral</u>
En este apartado,	Se pudo evidenciar que	Cabe señalar en esta	En este aspecto se logró	Se logró evidenciar resiliencia ante la

teniendo en cuenta la condición médica actual, el sujeto no se veía con síntomas visibles subyacentes al VIH (hematomas/heridas) en su rostro y manos. Se pudo observar cierto inconformismo ligado a los servicios prestados por el régimen de salud al cual está vinculado.	el sujeto posee una buena salud mental. Ligado a esto se hace notable el temor al rechazo y a la estigmatización de las personas cercanas por el hecho de dar a conocer su diagnóstico.	categoría la exclusión propia de círculos sociales pues se evidencio la existencia de desconfianza ante las demás personas, de igual manera se observa que el sujeto cuenta con un círculo de amistoso poco numeroso.	evidenciar que existe un apoyo emocional fuerte por parte del núcleo familiar propiciando un ambiente tranquilo enfatizado en una buena comunicación asertiva.	situación laboral y el diagnostico tomando como base el no informar acerca de su condición por temor al rechazo y a los juicios de valor, de igual manera se observa que el tener VIH no limitan sus capacidades al momento de rendir laboralmente y académicamente.
---	---	---	--	--

Discusión

El virus de inmunodeficiencia humana (VIH/SIDA) infecta a las células del sistema inmunitario, alterando o anulando su función (OMS). En Colombia, la infección por VIH/SIDA, es considerada una enfermedad de alto costo principalmente porque las personas que viven con el virus, tienen un mayor riesgo de complicaciones, muerte y consumo de recursos, superior a la población general, en Colombia para el 31 de enero de 2018, fueron reportados 95,745 personas diagnosticadas con infección por VIH, es decir cerca de 12.000 casos nuevos reportados comparando con el 2017; si bien se evidencia un incremento de los casos reportados, estimaciones del Ministerio de salud y Protección social, han proyectado que aún una tercera parte de los casos con el diagnóstico no han llegado a los servicios de salud o han abandonado los programas de atención, siendo los más afectados por el diagnóstico tardío las personas heterosexuales, los usuarios de drogas intravenosas, las personas mayores de 50 años e inmigrantes. (Costo, 2017)

Dado lo anterior, este estudio se centró en identificar las creencias sociofamiliares de un portador de VIH, empleando la entrevista a profundidad y la observación no participante, donde se pudo evidenciar desde diversas categorías y aspectos arrojados por la entrevista (ver tabla 1), la importancia la cual tiene conocer en que consiste la enfermedad y lo significativo para una persona en esta condición sentirse apoyado por su núcleo familiar, red amigos y lo complejo que es, encontrar y mantener un empleo, así mismo lo difícil que es lograr una oportuna atención integral en cuanto a los servicios de salud; a la luz de esta investigación y estudios relacionados demuestran información del porque la sociedad mantiene este tipo de actitudes y creencias respecto a esta enfermedad, la cual es considerada actualmente una enfermedad crónica.

El efecto de un diagnóstico como el VIH se refleja en todo el sistema familiar, cuando hay un cambio en un integrante (enfermedad) repercute y afecta a todo el sistema y ésta a la vez repercute y afecta al paciente. La familia es una parte importante en la comprensión y manejo de la enfermedad VIH/SIDA, por lo tanto, es necesario que participe en el proceso, es decir, la familia es el núcleo fundamental del apoyo al enfermo, adquiriendo una relevancia especial en la

atención. Una de las funciones esenciales lo constituye el apoyo a los miembros que la integran, en el caso de un integrante el cual tenga una enfermedad crónica como es el VIH/SIDA, esta función adquiere importancia, ya sea físico como emocional, al cumplirse esa función pueden resolverse situaciones conflictivas de igual manera influirán en el control y adherencia al tratamiento, si la familia desconoce cómo enfrentarse a la nueva situación y cómo apoyar al paciente es más propenso a desarrollar la crisis, ya que no tendrán elementos apropiados para tratarla, si esta tiene los elementos para hacer frente a la situación y darle el apoyo necesario al paciente, surgirán los ajustes para la adaptación tanto para el enfermo como a los integrantes de la familia.(Pérez & Aguilera, 2005)

En cuanto al apartado social, Vaux (1990) señala el apoyo social como tal no es medible, pero identifica varios conceptos relacionados con el apoyo social, a su parecer sí se pueden medir, recursos de la red social de apoyo (conjunto de personas que rutinariamente asisten a un individuo en caso de necesidad); conductas de apoyo (actos específicos de apoyo); valoración del apoyo (evaluación subjetiva respecto a la cantidad y contenido de los recursos de apoyo disponibles); orientación del apoyo (percepción sobre la utilidad y los riesgos de buscar y encontrar ayuda en una red social). Es claro hasta ahora no existe consenso respecto a la definición de este concepto, y que éste se refiere a un complejo fenómeno, compuesto por varias dimensiones, el cual se asocia con la salud de los individuos (Elvira et al., 2017); dado lo anterior, es posible afirmar que el apoyo social suele proporcionar beneficios para las personas portadoras de VIH/SIDA, por ese motivo facilita su ajuste psicosocial hacia la aceptación de la enfermedad a su vez proporciona una mejor calidad de vida por los beneficios que recibe en el contexto en el cual se desenvuelve.

Según la OIT (Organización Internacional del Trabajo), demuestra que actualmente en el país, las personas con VIH siguen siendo despedidas de sus trabajos o no consiguen empleo debido a su condición, el análisis se basó en encuestas realizadas a más de 100.000 personas que viven con VIH, en 13 países del mundo el cual arrojó datos importantes en cuanto a la relación de las personas infectadas con trabajo dado que un gran número de personas que vive con VIH están sin empleo, con tasas que varían del 7% de los entrevistados en Uganda a

61% en Honduras. Respecto a Colombia, el estudio Índice de Estigma y Discriminación, realizado por la Red colombiana de personas viviendo con VIH con base en entrevistas a 1.000 personas portadoras, arrojó que un 10% del total de encuestados perdieron su empleo por lo menos una vez en el último año afirmando que esto se debía principalmente a su condición de VIH positivo, sin embargo, el estado en sus esfuerzos por disminuir esta situación, para este grupo poblacional, el acceso a un trabajo, se transforma en el derecho fundamental a la estabilidad laboral reforzada gracias a que su titular es un sujeto de especial protección por su vulnerabilidad y tradicional discriminación o marginación. Y, por tanto, puede ser defendido a través de la acción de tutela.

Los problemas de acceso o de calidad en la prestación de los servicios parara el tratamiento integral del VIH/SIDA pueden conllevar consecuencias importantes en términos psicofísico, sociales y financieros. La falta de el acceso retarda el diagnostico, exagera los procesos de morbilidad y disminuye las alternativas terapéuticas (Medina, Escalante y Einarson, 2011)

Dicho lo anterior es importante la intervención de las entidades de salud para el cumplimiento terapéutico. También es importante explicar a las personas portadoras con VIH/SIDA, las características de la enfermedad, y se cuenten con todos los recursos requeridos para satisfacer sus necesidades médicas, emocionales, sociales. Cómo también las diferentes opciones terapéuticas existentes y la medicación sea prolongada y por consiguiente no se podrá suspender por ningún motivo, de forma tal que responde a una enfermedad crónica transmisible.

Teniendo en cuenta lo mencionado anteriormente, podemos inferir varios aspectos; uno de ellos es denotar el VIH/SIDA como un problema de salud pública el cual sigue afectando de manera proporcional a la comunidad mundial haciendo énfasis en el contexto nacional y local. El segundo y más importante factor es ver cómo esta patología crea ciertas creencias y/o imaginarios alrededor del portador que producen malestar psicológico en diversas áreas de ajuste que componen el entorno cotidiano y moral del sujeto. El acceso al trabajo con esta población es muy complejo ya que los juicios de valor del portador hacia el ámbito social hacen de esta patología algo restrictivo, algo intrínseco; por tal motivo, es de suma

importancia generar desde las profesiones ligadas a la salud un manejo oportuno de esta condición médica para propiciar el mejoramiento de la calidad de vida de los sujetos que actualmente tienen esta patología.

Según lo planteado por Fonseca (2009) la construcción de procesos de estigma y discriminación, y los significados propios de los jóvenes con VIH acerca de su enfermedad, concluyen que la naturaleza dinámica de las construcciones sociales del VIH/SIDA hacen prioritario la necesidad de incorporar una mirada comprensiva de los significados de los jóvenes en el diseño de estrategias de prevención y en los programas orientados a la atención y apoyo de las personas con esta condición médica; por tanto se hace hincapié en el mejoramiento de la calidad de vida de estos sujetos, los canales de información o psicoeducación hacia los métodos preventivos son de vital importancia ya que en el trascurso de la investigación se ha evidenciado que por falta de conocimiento hacia esta patología no se toman precauciones para llevar una vida sexual y reproductiva saludable. Ligado a esto vemos como la sociedad estigmatiza de forma irrisoria a esta población también por falta de orientación en torno las ITS. Áreas de ajuste como lo laboral, lo familiar y social afectan de manera significativa la vida del portador, ocasionando así un aislamiento total o parcial de estos entornos.

En muchos casos el ocultar su diagnóstico es la única forma recurrente de continuar una vida normal para ellos. La exclusión, el rechazo y los juicios de valor afectan la vida emocional del sujeto, la salud mental depende del núcleo que lo rodea. En el presente estudio se toma como primordial los ejes familiar y social como punto de apoyo al portador, en muchas ocasiones el núcleo familiar no tiene conocimiento de la condición médica de uno de sus integrantes y por ende cuando se conoce esta situación se busca fortalecer los lazos de apoyo para afrontar de forma positiva y resiliente el proceso subyacente a esto.

En cuanto a lo social preponderan los círculos sociales y/o personas cercanas externas a la familia que rodean al portador, como se ha evidenciado, la tendencia a aislarse de estos contextos es habitual ya que el temor al rechazo también subyuga de manera agresiva la estabilidad mental del sujeto, consecuentemente a esto, en ciertas ocasiones el círculo de amigos es cerrado y pocas personas cercanas al

portador tienen acceso sobre el conocimiento del diagnóstico, los resultados reflejan que estas personas influyen positivamente en el manejo emocional de la enfermedad, generando un estado de confort ante la realidad impuesta por la condición médica. Se recomienda trabajar el fortalecimiento de relaciones sociales y de apoyo para el mejoramiento de la salud mental del portador y de las personas cercanas a él.

Siguiendo el hilo conductor de la lectura analítica ante estos aspectos, los resultados de la investigación, y ligados a la propuesta por Carroble, Remor, & Rodríguez (2003), indican asociaciones entre las variables de afrontamiento y el apoyo social percibido con el grado de distrés emocional experimentado por los sujetos. No se han encontrado, sin embargo, variaciones en el afrontamiento considerando el avance de la enfermedad y el deterioro inmunológico, para la muestra completa. No obstante, sí se han encontrado algunas diferencias analizando las muestras por separado. Las estrategias de afrontamiento específicas: evitación/comportamientos pasivos, poca implicación activa-positiva, rumiación/pasivo cognitivo, confianza activa en otros y la falta de apoyo percibido del entorno afectivo explican el 29% de la varianza total en el distrés emocional, a través de un análisis de regresión múltiple. Contrastando lo mencionado anteriormente con lo desarrollado en esta investigación podemos decir que las estrategias de afrontamiento ante este evento van ligadas hacia el núcleo social y familiar, haciendo énfasis en el mejoramiento de las redes de apoyo en estos. Es evidente la aparición de creencias subyacentes al padecimiento de esta condición médica, la evitación y el estrés mental hacen que ellos generen un deterioro físico progresivo; por tal motivo como se evidencia en las respuestas obtenidas, los pacientes con esta patología evitan entrar en situaciones que comprometan su estabilidad emocional ya que esto les puede ocasionar malestares físicos y psicológicos.

El VIH/SIDA es una patología que no solo daña de forma física, sino también afecta de forma mental al sujeto y a las personas cercanas al portador. Los núcleos como el social y el familiar son los más asociados a estas afectaciones, por tal motivo el fortalecimiento de las redes de apoyo es muy importantes, el manejo

oportuno de esta patología a nivel psicológico y desde las diferentes áreas de la salud pueden ayudar a mejorar la calidad de vida del sujeto.

Conclusiones

Según la revisión bibliográfica se puede concluir que el VIH/SIDA denota un problema esquemático de salud pública que afecta a todas personas sin distinción de raza, sexo y posición económica. El contraer esta patología perturba de forma significativa la psique del sujeto, ocasionando creencias y/o imaginarios que llevan a un mal manejo psicosocial de la misma enfermedad.

La salud mental del sujeto depende del núcleo social y familiar con el cual cuenta, por lo tanto, en muchas ocasiones el apartarse o aislarse ocasiona malestar psicológico el cual debe ser atendido de manera oportuna; la ideación suicida siempre es un factor de riesgo por lo tanto el generar y fortalecer redes de apoyo es de vital importancia no solo para el portador sino también para su entorno cotidiano.

Consecuentemente a esto, para hacer una conclusión general del trabajo cabe resaltar que los objetivos propuestos en la investigación se cumplieron a cabalidad logrando en si un avance adaptativo en cada uno de ellos. La influencia sociofamiliar infiere de manera significativa en la estabilidad emocional del sujeto y ligado a esto en el manejo adecuado de la patología ya que teniendo en cuenta lo descrito en el proceso de evaluación, los niveles de comunicación y acompañamiento en ciertos aspectos de la vida del portador son carentes. La comunicación oportuna y asertiva es un buen punto de partida para sobrellevar la situación, por lo tanto, se hizo hincapié en fortalecimiento de redes de apoyo en dos áreas de ajuste importantes en el sujeto como lo son el aspecto familiar y el social.

El mejoramiento de la calidad de vida del sujeto que padece una enfermedad crónica depende no solamente de los servicios prestados por una EPS o IPS. Se reconoce el tratamiento antirretroviral como mitigante de síntomas físicos, pero en ciertas ocasiones dejamos de lado un aspecto muy importante para el progreso del sujeto. La salud mental está preponderada para el moldeamiento de la calidad de vida de las personas, los pacientes con VIH/SIDA han expresado continuamente que, si el estrés psicológico aumenta, evidentemente los síntomas físicos aparecen con más agresividad, por lo tanto, esto repercute de manera significativa en el progreso y desarrollo normal de la vida cotidiana de ellos. El apoyo sociofamiliar implica no solo

saber que el sujeto tiene una patología mortal, sino que por medio de ese conocimiento se fortalezcan los lazos de apoyo entre estos actores para generar un espacio de confort y de ayuda para el manejo adecuado de la enfermedad.

Recomendaciones

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos en la investigación, es oportuno plantear las siguientes recomendaciones.

Proponer la formulación de jornadas especializadas y talleres dirigidos a la población de la universidad de Pamplona hacia la orientación y concientización de una buena salud sexual y reproductiva sin riesgos.

Generar una cátedra académica donde se brinde el acompañamiento psicológico ante la inminente creciente de casos ligados a ITS, todo con el fin de propiciar una buena salud mental.

Desde el programa de psicología de la Universidad de Pamplona se hace implícito generar espacios de autoayuda para el manejo de situaciones complejas que requieran atención prioritaria.

Referencias Bibliográficas

- Allport, G.W. (1954). The nature of prejudice. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Antle, B., Wells, L., Goldie, R., DeMatteo, D., (2001). Challenges of Parenting for Families Living with HIV/AIDS. *Social Work*, 46(2), 159-169.
- Alcaldía de Pamplona, Norte de Santander. MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL. (2013)
- Análisis De Situación De Salud (ASIS). (2015) Pamplona, Norte de Santander. <http://salasituacionalidsnds.weebly.com/uploads/1/0/7/1/10714324/asis-departamental-2016-nortedesantander.pdf>
- Angye Vanessa Hernandez Viasus y Karen Fernanda Penagos Rodriguez. (2018). Estrategias de Afrontamiento en Adultos Jóvenes Infeccionados con el Virus de Inmunodeficiencia Humana VIH/SIDA de la Fundación HOASIS en la Ciudad de Cúcuta.
- Ardila, E. (2018). Las enfermedades crónicas | Biomédica. [online] [Revistabiomedica.org](https://revistabiomedica.org). Available at: <https://revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/view/4525/4016#info>
- Argudin, L. (2018). Cuicuilco. *Arqueología Mexicana*, 25(151), 8. <https://doi.org/10.1093/gao/9781884446054.article.t020587>
- Badía, X & Lara, N. (2004). Calidad de vida relacionada con la salud en el paciente VIH. Health Outcomes Research Europe Group Barcelona. https://www.sefh.es/bibliotecavirtual/4_AF_VIH_2004/2_calidad_vida.pdf

- Ballestas Cuello José y Cabeza Risther Elizabeth R. (2017). Estrategias de Afrontamiento en Pacientes Infeccionados con el Virus de Inmunodeficiencia Humana VIH/SIDA - Fase Inicial - Pertenecientes a la Fundación HOASIS de Cúcuta.
- Bradshaw, J., (2000). La Familia. The Family. Colección Familia. Selector, 2000. 64 Pág.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38, 300-314.
- Comellas, C. (2011). Educar en la Comunidad y en la Familia. Volumen 7 de familias, comunidades y Centros de Educación. NAU Libres.
- Congreso de Colombia. (2006). Ley 1090 de 2006. Por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicología, se dicta el Código Deontológico y Bioético.
- Congreso de Colombia. (2013). Ley 1616 de 2013. Por medio de la cual se expide la ley de salud mental y se dictan otras disposiciones.
- Congreso de Colombia. (2014). Ley 1733 de 2014. Por la cual se regulan los servicios de cuidados paliativos para el manejo integral de pacientes con enfermedades terminales, crónicas, degenerativas e irreversibles en cualquier fase de la enfermedad de alto impacto en la calidad de vida.
- Correia, I. F. (2000). A teoria da crença no mundo justo e a vitimização secundária: Estudos empíricos e desenvolvimentos teóricos. *Psicologia*, 14, 253-283.

- CORSONOC, C. (2012). PAMPLONA Contribuyendo Al Desarrollo Regional. p.11.
Available at: <http://consornoc.org.co/wp-content/uploads/2014/11/cartilla-pamplona.pdf>
- CUCCO, M. (2006). Aspectos Psicosociales de la Adolescencia. ProCC: Una propuesta de intervención sobre los malestares de la vida cotidiana. Buenos Aires: Atuel.
- De Assis Acurcio, F., & Guimarães, M. D. C. (1998). Uso de los servicios de salud y progresion al sida entre personas con infeccion por VIH en Belo Horizonte (Minas Gerais), Brasil. *Revista Panamericana de Salud Publica/Pan American Journal of Public Health*, 4(5), 331-340. <https://doi.org/10.1590/s1020-49891998001100006>
- Davey, Maureen P., Duncan, Tracey M., Foster, Jill., Milton, Katrina (2009). Collaborative approaches to increasing family support for HIV positive youth. *Families, Systems, & Health*, Vol. 27(1),39-52.
- Donoso T. Desarrollo de una identidad con tendencia a la vergüenza. Una mirada desde la teoría y las interacciones familiares. *Rev Psicol Universidad de Chile* 1999; 8(1): 57-66.
- Edo y Ballester (2006) Estado emocional y conducta de enfermedad en pacientes con VIH/SIDA y enfermos oncológicos. Available at: [http://www.aepecp.net/arc/02.2006\(2\).Edo%20y%20Ballester.pdf](http://www.aepecp.net/arc/02.2006(2).Edo%20y%20Ballester.pdf)
- Fasce, N. (2001). Soporte social en personas que viven con VIH. *Revista de Psicología de la Pontificia Universidad Católica de Pera, Lima*, 19, 66-86.
- Friedland, J., Renwick, R. & McColl, M. (1999). Coping and social support as determinants of quality of life in HIV/AIDS. *AIDS CARE*, 8, 15-31.

- Fonseca, A. (2009). Representaciones Sociales Del VIH/SIDA En Jóvenes con y Sin VIH en La Ciudad de Bogotá D.C
http://www.bdigital.unal.edu.co/1646/1/Tesis_Ana_Paola_Fonseca.pdf
- Forensis, F. (2008). Aspectos Psicosociales del Comportamiento Suicida en Adolescentes. Universidad Nacional Autónoma de México. Revista Electrónica de Psicología Iztacala. Vol. 15 N. 2.
- Furnham, A., & Procter, E. (1992). Sphere-specific just world beliefs and attitudes to AIDS. *Human Relations*, 45(3), 265-280.
- Goldsteen, R. L., & Goldsteen, K. (1990). Investigaçãõ sobre restrições impostas a portadores de HIV em área metropolitana de Chicago, EUA [Versãõ eletrônica]. *Revista de Saúde Pública (São Paulo)*, 24(1).
- Gomes Veríssimo de Faria, Margareth Regina (2008). Creencia en un mundo justo y prejuicios: el caso de los homosexuales con VIH/SIDA. *Interamerican Journal of Psychology*, 42(3),570-579.
- Green, L., Fullilove, B., & DeCarlo, P. (2003). ¿Cuál es el papel de la familia en la prevención del VIH? Recuperado de <http://caps.ucsf.edu/uploads/espanol/hojas/pdf/familiaFS.pdf>
- Guerrero, Ramiro, Gallego, Ana Isabel, Becerril-Montekio, Victor, & Vásquez, Johanna. (2011). Sistema de salud de Colombia. *Salud Pública de México*, 53(Supl. 2), s144-s155.
- Güell Durán, Ana Josefina (2002). La adherencia al tratamiento antirretroviral en personas VIH/SIDA: un abordaje desde la perspectiva de Trabajo Social. *Revista de Trabajo Social*, 64(27).
- Hays, R., Turner, H. & Coates, T. (1992). Social support, AIDS-related symptoms, and depression among gay men. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 463-469.

Herek, G. M. (1999). AIDS and Stigma. *American Behavioral Scientist*, 42(7), 1106-1116.

Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, p. (2014). *Metodología de la Investigación*. Quinta Edición. Mac Graw - Hill. Recuperado de: https://www.esup.edu.pe/descargas/dep_investigacion/Metodologia%20de%20la%20investigaci%C3%B3n%205ta%20Edici%C3%B3n.pdf

Info SIDA. (2016). Visión general de la infección por el VIH. <https://infosida.nih.gov/understanding-hiv-aids/fact-heets/19/46/las-fases-de-la-infeccion-por-el-vih>

Jaiberth Antonio Cardona-Arias y Luis Felipe Higuera-Gutiérrez (2012). Impacto del VIH/sida sobre la calidad de vida: metaanálisis. <https://www.scielosp.org/pdf/resp/2014.v88n1/87-101/es>

Joint United Nations Programme on HIV/AIDS y 1. World Health Organization. Unaid report on the global AIDS epidemic, 2010. Consultado en: <http://www.unaids.org/globalreport/>

José Antonio Carrobbles, Eduardo Remor & Larissa Rodríguez-Alzamora. (2003). Afrontamiento, apoyo social percibido y distrés emocional en pacientes con infección por VIH. <https://www.redalyc.org/pdf/727/72715313.pdf>

Kadushin, G. (1999). Barriers to social support and support received from their families of origin among gay men with HIV. *Health & Social Work*, 24, 198-209.

Kalichman, S., Somlai, A. & Sikkema, K. (2000). Community involvement in HIV/AIDS prevention. En N.Schneiderman, M.A. Speers, J.M. Silva, H. Tomes, & J.H. Gentry (Eds.), *Integrating behavioral and social sciences with*

public health. (pag.159-176). Washington, DC: American Psychological Association.

Kalichman, S.C. (1998a). Preventing AIDS: A sourcebook for behavioral interventions. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Publishing.

Kemeny, M. (2003). An interdisciplinary research model to investigate psychosocial cofactors in disease: Application to HIV-1 pathogenesis. *Brain, Behavior and Immunity*, 17[supl.], 62-72.

Leary, M., & Schreindorfer, L. (1999). The stigmatization of HIV and AIDS: Rubbing salt in the wound. En V. Derlega & A. Barber (Eds.) *HIV and social interaction* (pag. 12-29). Newsbury, CA: SAGE.

Lerner, M. J. (1965). Evaluation of performance as a function of performer's reward and attractiveness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1(4), 355-360.

Lerner, M. J., & Simmons, C. H. (1966). The observer's reaction to the "innocent victim": Compassion or rejection? *Journal of Personality and Social Psychology*, 3(4), 203-210.

Lesserman, J., Jackson, E.D., Petitto, J.M., Golden, R.N., Silva, S.G., Perkins, D.O., Cai, Jianwen, Folds, J.D. & Evans, D.L. (1999). Progression to AIDS: The effects of stress, depressive symptoms, and social support. *Journal of Psychosomatic Medicine*, 61, 397-406.

Liang, L., Ding, Y., & Ji, G. (2011). Facing HIV as a family: predicting depressing symptoms with correlated responses. *Journal of Family Psychology*. Vol. 25, No. 2. California, Estados Unidos.

Lindley, A.M., Norberck, J.S. & Carrieri, V. (1981). Social support and health outcomes in post mastectomy women: A review. *Cancer Nursing Journal*, 4, 377.

Londoño JL, Frenk J. Pluralismo estructurado: hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina. *Salud y Gerencia*. 1987; (15): 6-28.

Maldonado, J. C., & de la Garza Montemayor, D. J. (2014). *Metodos y tecnicas cualitativas y cuantitativas aplicables a las ciencias sociales*. Em J. C. Maldonado, & D. J. de la Garza Montemayor, *Metodos y tecnicas cualitativas y cuantitativas aplicables a las ciencias sociales* (pp. 1-221). Mexico: TIRANT HUMANIDADES.

Medalie JH. ¿Es la familia una realidad en la medicina familiar? *Rev Med Fam* 2000; 10(7): 7-17.

Mejia, M. (2012). VIH y su influencia en Colombia. <http://intellectum.unisabana.edu.co/bitstream/handle/10818/1849/131369.pdf?sequence=1>

Miranda Gómez, Osvaldo, & Nápoles Pérez, Maily. (2009). Historia y teorías de la aparición del virus de la inmunodeficiencia humana. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 38(3-4) http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572009000300007&lng=es&tlng=es.

Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (2012). *Resumen de Situación Epidemiológica del VIH/Sida en Colombia 2012*. https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/observatorio_vih/documentos/monitoreo_evaluacion/1_vigilancia_salud_publica/a_situacion_epidemiologica/RESUMEN%20EPIDEMIAS%20VIH%20FINAL%202012%20mayo_2012.pdf

Ministerio de la Protección Social (2012). *Plan Nacional de Respuesta ante el VIH y el Sida*, ONU SIDA-Grupo Temático para Colombia.

Ministerio de Salud y Protección Social. Aseguramiento al sistema general de salud.

Cuáles son las funciones de las entidades promotoras de salud? Disponible en:

<https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/>

[Regimensubsubidiado/Paginas/aseguramiento-al-sistema-general-salud.aspx](https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/aseguramiento-al-sistema-general-salud.aspx)

Molina G, Ramírez A. Conflicto de valores en el sistema de salud de Colombia: entre la economía de mercado y la normativa constitucional, 2007-2009. *Rev Panam Salud Pública.* 2013;33(4):287-93. Disponible en: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ofm&AN=87528356&lang=es&site=ehost-live>

Moreno-Montoya, J., Barragán, A. M., Martínez, M., Rodríguez, A., & González, Á. C. (2018). Calidad de vida y percepción de apoyo social en personas con HIV en Bogotá, Colombia. *Biomedica: revista del Instituto Nacional de Salud*, 38(4), 577-585. <https://doi.org/10.7705/biomedica.v38i4.3819>

MINSALUD. (2017). Informe de Evento VIH7SIDA, Colombia 2017. Proceso Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública. Instituto Nacional de Salud. Recuperado de: <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/VIH-SIDA%202017.pdf>

Miguel S. Valles (2002) Cuadernos metodológicos. Entrevistas Cualitativas

Moreno, J. (s.f.). El SIDA. Un Problema Social. [Folleto]. Recuperado de: <http://ficus.pntic.mec.es/spea0011/ptsc/sida.pdf>

Moya, J. (s.f.). El SIDA. Un Problema Social. [Folleto]. Recuperado de: <http://ficus.pntic.mec.es/spea0011/ptsc/sida.pdf>

Moya. (2004). Creencia, Significado Y Escepticismo * Carlos J. Moya Departament De Metafísica I Teoria Del Coneixement Universitat De València.

Muñiz, M. (1994). 1_Estudios-De-Caso-En-La-Investigacion-Cualitativa. 1-8.

- ONUSIDA. (2016). Hoja Informativa 2016.
http://www.unaids.org/es/resources/documents/2016/UNAIDS_FactSheet
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2016). VIH/SIDA.
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs360/es/>
- Organización Internacional del Trabajo (OIT). Repertorio de recomendaciones prácticas de la oit sobre el vih y el mundo del trabajo. Ginebra; 2001
- Parker, R., & Aggleton, P. (2001). Estigma, discriminação e AIDS. Rio de Janeiro, RJ: Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS.
- Penninx, B.W., van Tilburg, T., Boeke, A.J., Deeg, D.J., Kriegsman, D.M. & van Eijk, J.T. (1998). Effects of social support and personal coping resources on depressive symptoms different for various chronic diseases? *Health Psychology*, 17, 551-558.
- Pugliesi, K. (1998, febrero). Gender, ethnicity, and network characteristics: Variations in social support resources. *Sex Roles*, I, 75.
- Profamilia Encuesta Nacional de Demografía y 2. Salud. Colombia; 2010. Consultado en:
<http://www.profamilia.org.co/encuestas/Profamilia/Profamilia/images/stories/PDF-capitulos/Capitulo-12.pdf>
- Restrepo, A. (2014). Esquemas mal adaptativos y estrategias de afrontamiento en sujetos diagnosticados con VIH.
<https://revistas.ucc.edu.co/index.php/me/article/download/870/871>
- Reis, Renata Karina, Haas, Vanderley José, Santos, Claudia Benedita dos, Teles, Sheila Araujo, Galvão, Marli Teresinha Gimenez, & Gir, Elucir. (2011). Síntomas de depresión y calidad de vida de personas viviendo con HIV/Sida. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19(4), 874-881. <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692011000400004>

- Rodríguez, A. (2016). *La Metamorfosis Global. La Necesidad de una Sociedad Sana es Evidente*. Editorial Seleer. 1ª Edición. Impreso en España.
- Roy, A. (2003). Characteristics of HIV patients who attempt suicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 107, 41-44.
- Sánchez, L. (2014). *Caracterización Epidemiológica del VIH – SIDA, Año 2014*. Dirección Territorial de Salud Caldas. Sistema Integrado de Gestión.
- Seidl, E. M. F., & Tróccoli, B. T. (2006). Desenvolvimento de escala para avaliação do suporte social em HIV/Aids. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 22(3), 317-326.
- Segura Chaves, Leidy. (2011). Módulo de grupo terapéutico con enfoque cognitivo conductual dirigido a personas con VIH/SIDA: una herramienta para fortalecer la adherencia al tratamiento integral y mejorar la calidad de vida en el marco de los Derechos Humanos. *Revista Costarricense de Trabajo Social*. Hospital San Juan de Dios, Costa Rica.
- Serrano A. “How am I going to work?” Barriers to employment for immigrant Latinos and Latinas living with hiv in Toronto. *Work*. 2015;51(2):365-72. doi: 10.3233/WOR-141978
- Somavia, J. (2001). El VIH / sida en el lugar Recomendaciones prácticas de la OIT 1. 210-215.
- Suárez-Rozo LF, Puerto-García S, Rodríguez-Moreno LM, Ramírez-Moreno. La crisis del sistema de salud colombiano: una aproximación desde la legitimidad y la regulación. *Rev Gerenc Polít Salud*. 2017; 16 (32): 34-50. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps16-32.cssc>

- Tovar-Cuevas, L., Arrivillaga-Quintero, M. (2011). VIH/SIDA y determinantes sociales estructurales en municipios del Valle del Cauca-Colombia. *Rev. Gerenc. Polit. Salud*, 10(21), 112-123.
- Strait-Toster, K. (1994). The relationship between loneliness, interpersonal competence and immunologic status in HIV-infected men. *Psychology and Health*, 9, 205-219.
- Swindells, S., Mohr, J., Justis, J., Bermen, S., Squier, S., Wagener, M. & Singh, N. (1999). Quality of life in patients with human immune deficiency virus infection: Impact of social support, coping style, and hopelessness. *International Journal of STD & AIDS*, 10, 383-410.
- Tajfel, H. (1981). *Human groups and social categories*. Cambridge, MA: Cambridge University Press.
- Terto, V., Jr. (2002). Homossexualidade e saúde: Desafios para a terceira década de epidemia de HIV/AIDS. *ABIA - Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS*, 8(7), 147-158.
- Thoits, P.A. (1982). Conceptual, methodological, and theoretical problems in studying social support as a buffer against life stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 23, 145-159.
- Torres, A. R. R., Pereira, A. S. P., & Carvalho, R. M. (2004). Psicologia e preconceito. *Revista Estudos*, 31(2), 01-15.
- Tovar-Cuevas, L., Arrivillaga-Quintero, M. (2011). VIH/SIDA y determinantes sociales estructurales en municipios del Valle del Cauca-Colombia. *Rev. Gerenc. Polit. Salud*, 10(21), 112-123.
- Tyler, T. R. (1996). Just world phenomenon. In A. S. R. Manstead & M. Hewstone (Eds.), *The Blackwell Encyclopedia of Social Psychology* (pp. 345). Oxford, UK: Blackwell.

- UNAIDS (1999). Research into the participation of people living with HIV/AIDS in community-based organizations. Best Practice Digest. Ginebra, Suiza: Autor.
- Uribe, A. (2005). Evaluación de Factores Psicosociales de Riesgo para la Infección por el VIH- SIDA en Adolescentes Colombianos. <http://digibug.ugr.es/bitstream/10481/828/1/15808920.pdf>
- Uribe P, López C, Hernández G y cols. Emociones y sentimientos del paciente y su familia. En: Guía para la atención domiciliar de personas que viven con el VIH/SIDA. 2a. ed. México: Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA; 2000, p. 29-32.
- Vargas, J., Cervantes, M., & Aguilar, J. (2008). Estrategias de afrontamiento del sida en pacientes diagnosticados como seropositivos. <https://www.uv.mx/psicysalud/psicysalud-19-2/.../Jaime-Ernesto-Vargas-Mendoza.pdf>
- Vera Pérez, V., & Estrada Aguilera, A. (2005). Influencia social y familiar en el comportamiento del paciente con VIH/SIDA ante su diagnóstico y manejo. *Revista del Hospital Juárez de Mexico*, 71(1), 29-35.
- Vitória, C. (1999). Antropologia do corpo e da saúde em tempos de AIDS. <http://www.geocities.com/timessquare/lair/1217/trabalho.html>.
- Vinaccia Alpi, Stefano, Fernández, Hamilton, Quiceno, Japcy Margarita, López Posada, Mónica, & Otalvaro, Cristina. (2008). Calidad de Vida Relacionada con la Salud y Apoyo Social Funcional en Pacientes Diagnosticados con VIH/Sida. *Terapia psicológica*, 26(1), 125-132. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082008000100011>
- Wandersman, A. (2000). Community mobilization for prevention and health promotion can work. En N. Schneiderman, M.A. Speers, J.M. Silva, H. Tomes,

& J.H. Gentry (Eds.), Integrating behavioral and social sciences with public health (pág. 231-248). Washington, DC: American Psychological Association.

Yarhouse, M. (2003). Working with families affected by HIV/AIDS. *American Journal of Family Therapy*, 31, 125-137.

Zavalaga, L. F., Mayca, J., & Carlos, N. G. (2006). Percepciones de las personas viviendo con VIH- SIDA (PVVS) sobre la calidad de atención. *Revista Médica Herediana*, 17(3), 156-169.