

Influencia de la causalidad personal en el desempeño ocupacional de personas que viven y  
conviven con VIH/Sida



Tania Carolina Rojas Vargas

Universidad de pamplona  
Facultad de Salud  
Departamento de terapia ocupacional  
Colombia, Norte de Santander, Pamplona  
Junio 2018

Influencia de la causalidad personal en el desempeño ocupacional de personas que viven y  
conviven con VIH/Sida



Tania Carolina Rojas Vargas

Trabajo de grado para optar título de Terapeuta Ocupacional

Adriana Torres Contreras

McS. Terapeuta Ocupacional

Asesora científica

Benito Contreras Eugenio

McS. Investigación y docencia universitaria

Asesor metodológico

Universidad de Pamplona

Facultad de Salud

Departamento de Terapia Ocupacional

Colombia, norte de Santander, Pamplona

Junio 2018

## ***Agradecimiento***

*Primeramente debo darle gracias a Dios, quien es el dueño de la vida y que las cosas sean posibles; como el día en que pude culminar esta grandiosa etapa de mi vida a pesar de las dificultades y que no fue fácil, pero siempre me mostró que me ama y de esta manera pude llegar a ser una gran profesional con principios y valores. Agradecerle a mis padres, abuelos maternos, hermanos y compañero de vida, quienes siempre creyeron en mí y en lo que yo podría ser capaz de lograr.*

*Así mismo, a los docentes y en especial a los asesores científico y metodológico Adriana Torres Contreras y Benito Contreras Eugenio quienes me orientaron durante todo este proceso y fueron la guía para lo académico y muchas veces en lo personal, gracias a los que verdaderamente creyeron en mí; gracias por todos los conocimientos otorgados. A la fundación y la población involucrada en la investigación, mi gratitud por la confianza depositada.*

## ***Dedicatoria***

*Dedico este éxito a mis padres maravillosos José Daney Rojas Caceres y Claudia Irene Vargas Mateus, a mis abuelos maternos Eucardo Vargas Jiménez y Sofía Mateus Moreno, quienes me brindaron la mejor educación que pude tener, su confianza, paciencia y las mejores bendiciones, apoyándome en mis decisiones y sobre todo ofreciéndome el amor más maravilloso de esta vida. De igual manera mis hermanos y la pequeña Sofí, mi sobrina, quienes son el motor de cada día superarme y salir adelante para poder brindarles siempre lo mejor. Y no menos importante, a mi compañero de vida Jorge Luis Ojeda Gutiérrez, quien siempre ha estado para mí, nutriendo cada día con su amor y comprensión, confiando en mí, creyendo en mis capacidades y superación para poder cumplir mis metas; al igual que sus padres y hermanos que me brindaron su hogar y me permitieron ser parte de su familia.*

*Los amo, querida familia, por ustedes debo lo que soy.*

## Contenido

	<b>Págs.</b>
Siglas.....	11
Resumen.....	12
Abstract.....	13
Introducción.....	14
Capítulo I.....	16
Titulo.....	16
Formulación del problema.....	19
Objetivos.....	19
Objetivo general.....	19
Objetivos específicos.....	19
Justificación.....	20
Capitulo II.....	23
Marco de referencia.....	23
Antecedentes investigativos.....	23
Antecedentes internacionales.....	24
Antecedentes nacionales.....	26
Antecedentes regionales.....	28
Antecedentes locales.....	30
Marco teórico.....	31
Modelos y paradigmas.....	44
Modelo de Ocupación humana (MOHO).....	45
Volición.....	45
Modelo de Desempeño Ocupacional (MDO).....	46
Modelo Persona-Ambiente-Ocupación.....	46
Marco contextual.....	47
Fundación Hoasis El Refugio.....	47

Misión .....	48
Visión.....	48
Albergue.....	48
Acompañamiento Médico.....	48
Apoyo nutricional.....	49
Apoyo Espiritual .....	49
Población.....	49
Marco legal.....	50
Constitución política de Colombia, 1991.....	50
Ley 972 de 2005.....	51
Decreto número 1543 de 1997. Ministerio de protección social.....	52
Decreto (1543 de 1997).....	52
Plan decenal de Salud Publica 2012-2021.....	53
Marco conceptual .....	53
Marco ético.....	56
Ley 949 del 2005.....	56
Consentimiento informado.....	57
Principios para investigación médica.....	58
Principio de autonomía.....	58
Sistematización de variables .....	59
Variable .....	59
Variables Cualitativas.....	59
Variables Cuantitativas.....	59
Variable Independiente.....	60
Variable Dependiente.....	60
Variable ajena.....	60
Definición Nominal.....	60
Definición Real.....	60
Definición Operacional.....	61
Formulación de hipótesis .....	62
Hipótesis.....	62

Hipótesis de trabajo.....	62
Hipótesis nula.....	62
Hipótesis de Trabajo.....	62
Capítulo III.....	68
Diseño metodológico .....	68
Diseño de investigación .....	68
Tipo de investigación .....	69
Exploratorio.....	70
Descriptivo explicativo.....	70
Correlacional.....	71
Población y muestra .....	72
Población.....	72
Muestra.....	73
Tipos de muestra.....	73
Criterios.....	74
Criterios de inclusión.....	74
Criterios de exclusión.....	74
Técnicas.....	75
Técnica primaria.....	75
Técnica secundaria .....	75
Técnica terciaria .....	76
<i>Instrumentos de valoración</i> .....	76
Ficha sociodemográfica.....	76
Perfil Ocupacional inicial del modelo de Ocupación Humana (MOHOST).....	77
Registro del MOHOST.....	77
Confiabilidad.....	79
Validez.....	80
Capitulo IV.....	81
Resultados.....	81

Análisis frecuencia sociodemográfica.....	81
Correlación entre datos sociodemograficos y variables de investigación (causalidad perspnal- Desempeño Ocupacional). ....	89
Coeficiente de correlación.....	103
Discusión de resultados.....	106
Capítulo V.....	109
Plan de acción.....	109
Capítulo VI.....	134
Producto Final.....	134
Conclusiones.....	136
Recomendaciones.....	138
Referentes bibliográficos.....	140
Apéndices.....	144

## Listado de tablas

	<b>Págs.</b>
Tabla 1. Operacionalización de variables .....	63
Tabla 2. Fundación Hoasis el Refugio .....	72
Tabla 3. Fundación Hoasis el Refugio .....	73
Tabla 4. Edad .....	82
Tabla 5. Género.....	83
Tabla 6. Identidad sexual .....	84
Tabla 7. Formación académica .....	87
Tabla 8. Formación académica .....	87
Tabla 9. Correlación entre Causalidad Personal (motivación por la ocupación) y género .....	89
Tabla 10. Correlación entre Desempeño Ocupacional (patrón de ocupación) y género. ....	91
Tabla 11. Correlación entre Causalidad Personal (motivación por la ocupación) e identidad sexual. ....	93
Tabla 12. Correlación entre Desempeño Ocupacional (patrón de ocupación) e identidad sexual. ....	96
Tabla 13. Correlación entre Causalidad Personal (motivación por la ocupación) y formación académica.....	98
Tabla 14. Correlación entre Desempeño Ocupacional (patrón de ocupación) y formación académica.....	100
Tabla 15. Número total de intervenciones .....	115
Tabla 16. Medios de intervención.....	116
Tabla 17. Programa de intervención. ....	121
Tabla 18. Cronograma de actividades.....	129
Tabla 19. Actividades I fase.....	130
Tabla 20. Actividades II fase .....	131
Tabla 21. Sustentación por Modelos y Marcos de Referencia propios de Terapia Ocupacional. ....	131

## Listado de figuras

	<b>Págs.</b>
Figura 1. Organigrama Fundación Hoasis el Refugio. ....	49
Figura 2. Edad.....	82
Figura 3. Género .....	83
Figura 4. Identidad sexual.....	84
Figura 5. Ocupación anterior .....	85
Figura 6. Formación academica.....	86
Figura 7. Correlación entre Causalidad Personal (motivación por la ocupación) y género. ....	89
Figura 8. Correlación entre Desempeño Ocupacional (patrón de ocupación) y Género .....	91
Figura 9. Correlación entre Causalidad Personal (motivación por la ocupación) e identidad sexual. ....	95
Figura 10. Correlación entre Desempeño Ocupacional (patrón de ocupación) e identidad sexual. ....	97
Figura 11. Correlación entre Causalidad Personal (motivación por la ocupación) y formación académica.....	99
Figura 12. Correlación entre Desempeño Ocupacional (patrón de ocupación) y formación académica.....	101
Figura 13. Correlación entre variable independiente (Causalidad Personal) y variable dependiente (Desempeño Ocupacional) .....	102
Figura 14. Línea de regresión .....	105

## Listado de apéndices

	<b>Págs.</b>
Apéndice A. Consentimiento informado .....	145
Apéndice B. Ficha sociodemográfica .....	145
Apéndice C. Instrumento de Valoración MOHOST .....	147
Apéndice D. Documental Narrativas de Vida Ocupacional en Personas que Viven y Conviven con VIH/SIDA. ....	150
Apéndice E. Revista narrativas de vida ocupacional de personas que viven y conviven con VIH - SIDA .....	152
Apéndice F. Autorización uso de la imagen y voz en productos audiovisuales para menores de edad .....	172
Apéndice G. Artículo Científico .....	172
Apéndice H. Respuesta revista Areandina, ante solicitud publicación artículo científico. ....	184
Apéndices I. Envío artículo científico por plataforma legal en línea Areandina. ....	185
Apéndices J. Declaración de originalidad y cesión derecho de autor para publicación de revista científica.....	186
Apéndices K. Evidencias fotográficas .....	187

### **Siglas**

<b>VIH:</b>	Virus de la inmunodeficiencia humana.
<b>SIDA:</b>	Síndrome de inmunodeficiencia adquirida.
<b>PVVIH:</b>	Personas que viven con VIH.
<b>UDI:</b>	Usuarios de drogas infectadas.
<b>ETS:</b>	Enfermedades de transmisión sexual.
<b>OMS:</b>	Organización mundial de la salud.
<b>ONUSIDA:</b>	Programa conjunto de las naciones unidas.
<b>MIN SALUD:</b>	Ministerio de salud y protección social.
<b>UNFPA:</b>	Fondo de población de las naciones unidas.
<b>MOHO:</b>	Modelo de ocupación Humana.
<b>AOTA:</b>	Asociación Americana de Terapia Ocupacional.
<b>AVD:</b>	Actividades de la vida diaria.
<b>ABVD:</b>	Actividades básicas de la vida diaria.
<b>AIVD:</b>	Actividades instrumentales de la vida diaria.
<b>AO:</b>	Adaptación Ocupacional.
<b>MOHOST:</b>	Perfil Ocupacional inicial del modelo de Ocupación Humana.

### Resumen

La causalidad personal se refiere al sentido de eficacia en las personas la cual alberga conocimientos sobre qué tipos de capacidades presentan para la ejecución de una ocupación en relación con las demandas y experiencias ambientales; de igual forma el desempeño ocupacional es la capacidad para ejecutar aquellas tareas que hacen posible desarrollar roles ocupacionales. Son muchos los factores que pueden influir negativamente en la causalidad personal en las personas que viven y conviven con VIH/SIDA como población vulnerable y de esta manera interferir en el desempeño ocupacional, puesto que se evidencia la falta de autoeficacia y sentido de capacidad de las habilidades que permiten el desarrollo de un desempeño ocupacional óptimo; puesto que estas personas son sometidas a un alto índice de estigmatización, discriminación social, desigualdad y perjuicios.

En la investigación se estableció como objetivo determinar la relación de la causalidad personal en el desempeño ocupacional de las personas que viven y conviven con VIH/SIDA; se contó con un diseño metodológico cuantitativo de alcances exploratorio, descriptivo explicativo y correlacional, con una muestra no probabilística de 30 personas en edades comprendidas de 18 a 65 años, debido a la vulnerabilidad y fluctuación de la población que se encuentran refugiadas en la fundación. Inicialmente se dio a conocer el consentimiento informado en que los usuarios aceptaron ser partícipes del proceso investigativo, seguidamente se aplicó la ficha sociodemográfica realizada en un formulario de Google Drive con datos generales relevantes, posterior a ello se utilizó el instrumento de valoración “Perfil Ocupacional Inicial del Modelo de Ocupación Humana” (MOHOST), el cual fue recopilado del paquete de instrumentos del Modelo de Ocupación Humana (MOHO); por último se realizó la correlación entre las variables independiente y dependiente mediante el coeficiente de correlación de K. Pearson, permitiendo arrojar resultados y conclusiones del proyecto de investigación.

**Palabras clave:** Causalidad personal, desempeño ocupacional, sentido de capacidad personal, autoeficacia, personas que viven y conviven con VIH/SIDA.

### **Abstract**

The personal causality refers to the sense of efficiency in the persons which shelters knowledge on what types of capacities they present for the execution of an occupation in relation with the demands and environmental experiences; of equal form the occupational performance is the aptitude to execute those tasks that make possible to develop occupational roles. There are great the factors that can influence negatively the personal causality the persons who live and coexist with HIV / AIDS as vulnerable population and hereby interfere in the occupational performance, since there is demonstrated the lack of autoefficiency and sense of capacity of the skills that allow the development of an occupational ideal performance; since these persons are submitted to a high index of estigmatización, social discrimination, inequality and prejudices.

In the investigation it was established as aim to determine the relation of the personal causality in the occupational performance of the persons who live and coexist with HIV / AIDS; one possesses a methodological quantitative exploratory, descriptive explanatory design of scopes and correlational, a sample not probabilistic of 30 persons in included ages from 18 to 65 years, due to the vulnerability and fluctuation of the population that are sheltered in the foundation. Initially there was announced the informed assent in which the users agreed to be participants of the process investigative, immediately afterwards the card was applied sociodemographic realized in Google Drive's form by general relevant information, later to it the instrument of valuation was in use " Occupational Initial Profile of The Model of Occupation Humanizes " (MOHOST), which was compiled of the package of instruments of the Model of Human Occupation (MILDEW); finally the correlation was realized between the variables independently and dependently by means of the coefficient of correlation of K. Pearson, allowing to throw results and conclusions of the project of investigation.

**Keywords:** Personal Causality, occupational performance, sense of personal ability, self-efficacy, people who live and coexist with HIV/AIDS.

## Introducción

El proyecto de investigación tiene como título “influencia de la causalidad personal en el desempeño ocupacional en personas que viven y conviven con VIH/SIDA” de la fundación Hoasis el Refugio en sus sedes María Alejandra Roa Landazábal y María Fernanda Franco Guerrero de la ciudad de Cúcuta, Norte de Santander. Proceso por el cual se aplicó el Perfil Ocupacional inicial del Modelo de Ocupación Humana (MOHOST), especialmente en los aspectos de motivación por la ocupación y roles de ocupación; el primer aspecto abarca la apreciación de habilidades, expectativas de éxito, intereses y elecciones, y el segundo aspecto menciona la rutina, adaptabilidad, roles y responsabilidad como elementos esenciales para el proceso de ejecución en actividades ocupacionales que le brinden eficacia y eficiencia a las personas.

Según Kielhofner (2011), define causalidad personal como: “las capacidades y eficacia de las personas, esta alberga conocimientos sobre qué tipo de capacidades tienen las personas en relación con las demandas y experiencias ambientales para la ejecución de una ocupación”. De acuerdo a lo anterior, el sentido de capacidad y eficacia proporciona a las personas el nivel de confianza al realizar una actividad específica, de esta manera existirá un sentido de pertenencia al quehacer de las cosas reflejando hasta qué punto puede llegar y que tan eficaces son sus habilidades en una ocupación, involucrando pensamientos y sentimientos a lo que la persona considera importante, buscando oportunidades para modificar el desempeño mediante juicios sobre aquellas capacidades físicas, intelectuales y sociales importante para la ejecución de aquellas actividades que le generen satisfacción

En cuanto al termino de desempeño ocupacional, la autora Polonio, (2003), la define como: “la capacidad para ejecutar aquellas tareas que hacen posible desarrollar los roles ocupacionales de una manera que sea satisfactorio y apropiada con relación a la edad del individuo, la cultura y el entorno”. Así mismo, el desempeño ocupacional proporciona en cada sujeto el desarrollo y la ejecución satisfactoria de actividades ocupacionales, relacionadas con elementos intrapersonales (edad, factores psicológicos) y extrapersonales (entorno físico social, familiar), conllevando a un equilibrio apropiado de su desempeño en relación a su rol ocupacional, proporcionando en el individuo la exploración y el dominio de aquellas necesidades ocupacionales (actividades sociales,

productivas y de ocio/tiempo libre) que desea ejecutar con satisfacción para la realización personal y por ende un desempeño ocupacional óptimo.

Con base en lo anterior, el propósito del proyecto investigativo fue determinar la relación de la causalidad personal con el desempeño ocupacional de personas que viven y conviven con VIH/SIDA; respecto al sentido de capacidad personal, corresponde a juicios y evaluaciones de las habilidades físicas, intelectuales y sociales al ejecutar una actividad con propósito; y que el sentido de autoeficacia y efectividad para el uso de las habilidades personales resultados deseados en la vida respecto al rol ocupacional ya definido.

La investigación es de gran impacto, debido a que desde el programa de Terapia Ocupacional no se han realizado investigaciones que den a conocer la relación de la causalidad personal con el desempeño ocupacional con este tipo de población. Así mismo, para la población objeto de estudio, al determinar la funcionalidad que puede presentar cada persona sobre el sentido de capacidad personal y autoeficacia sobre el quehacer de las cosas, ser independientes y ocupacionales con actividades que le sean de interés, de acuerdo al rol establecido y por ende mejorar la calidad de vida y el desempeño ocupacional.

La elaboración de este trabajo de investigación se llevó a cabo dentro del CAP (Campo de acción profesional) del programa de Terapia Ocupacional de la Universidad de Pamplona; por el cual está conformada *I capítulo*, comprende el título, descripción y formulación del problema, objetivos y justificación, permitiendo dar a conocer al lector porque es necesario ejecutar el proyecto de investigación y que se pretende lograr; el *II capítulo* contempla el marco de referencia, teórico, contextual, conceptual, legal y ético; modelos y paradigmas desde el abordaje de Terapia Ocupacional, dando a conocer las referencias y citas de autores u otras investigaciones que aporte al proyecto de investigación; el *III capítulo* presenta el marco metodológico; el *IV capítulo* comprende el análisis de resultados; el *V capítulo* abarca el plan de acción, por último el *VI capítulo* que especifica el producto final, conclusiones y recomendaciones.

## Capítulo I

### Título

Influencia de la causalidad personal en el desempeño ocupacional de personas que viven y conviven con VIH/SIDA.

#### Descripción del problema

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2016) el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) infecta a las células del sistema inmunitario, alterando o anulando su función. La infección produce un deterioro progresivo del sistema inmunitario, con la consiguiente "inmunodeficiencia". Se considera que el sistema inmunitario es deficiente cuando deja de poder cumplir su función de lucha contra las infecciones y enfermedades. Así mismo, da a conocer que 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 de alguna de las más de 20 infecciones oportunistas o de cánceres relacionados con el VIH. Otros estudios realizados por la (OMS, 2016) hace referencia que "Colombia es el tercer país" que más casos de transmisión de VIH/SIDA presenta en el año, con una cifra de 8.208 casos en el país, entre los que se encuentran 5.958 hombres y 2.250 mujeres. De igual manera, el Ministerio de Protección Social en el año 2012 refiere que, a nivel departamental, Norte de Santander registró una cifra de 2.556 siendo estas 814 mujeres y 1.742 hombres nuevos portadores/muertes de VIH/SIDA, haciendo referencia al 22,7% de la población en general. Otro estudio realizado en el 2016, da a conocer el perfil epidemiológico en la ciudad de San José de Cúcuta en cuanto a la población con VIH/SIDA, donde reporta el 10.9% de población a nivel nacional, siendo la cuarta ciudad del país con más casos reportados. Sin embargo, para el primer trimestre del año 2018, según el Ministerio de salud y protección social, (2018) se han reportado 200 casos nuevos de VIH en la ciudad de San José de Cúcuta, puesto que la inmigración por parte de las personas venezolanas que se refugian en el país ha venido en aumento y ocasionan un reto para la salud pública, esto conlleva a que Cúcuta sea la segunda ciudad del país con más casos reportados, de igual forma se evidencia que a nivel nacional cuatro de cada trece personas presentan el virus sin saberlo.

Por consiguiente, la fundación Hoasis el Refugio, es una organización no gubernamental que ofrece sus servicios a la población con VIH/SIDA, teniendo en cuenta los diferentes grupos

poblacionales en cuanto a: trabajadoras sexuales, población LGBTI (lesbiana, gay, bisexual, transgénero e intersexual), consumidores de sustancias psicoactivas (CSP), habitantes de calle, desplazados, extranjeros y personas con enfermedades mentales. Esta fundación cuenta con dos sedes, la primera lleva por nombre “María Alejandra Roa Landazábal” y la segunda “María Fernanda Franco Guerrero”. En la primera sede se encuentran la población de madres infectadas por VIH/SIDA y sus hijos para un total de 8 mujeres en edades comprendidas de 20 a 47 años y 10 niños entre edades de 2 a 15 años. En la segunda sede, hay una población de 29 adultos en edades comprendidas de 20 a 80 años que se encuentran en convivencia dentro de la fundación; y 80 personas que son fluctuantes al no recibir directamente el 100% de todos los servicios otorgados por la fundación. Aproximadamente el 90% de la población de las dos sedes se encuentran con diagnóstico positivo de VIH/SIDA, realizado por el Hospital Erasmo Meoz y de otros hospitales a nivel particular o del extranjero (Venezuela). Este grupo poblacional se encuentra en las fases de infección crónica por el VIH, siendo esta en la cual el virus se reproduce en todo el cuerpo, pero en concentraciones muy bajas y la fase del SIDA, donde el virus ha destruido parte del sistema inmunitario y su diagnóstico fue realizado aproximadamente hace 10 a 17 años.

Analizando lo anterior, con relación al diagnóstico del VIH/SIDA; éste puede dar lugar a múltiples pérdidas y temores acerca del futuro en la realización personal como: el miedo al deterioro de la salud en las habilidades motoras; puesto que presentan diferentes alteraciones físicas que limitan el desarrollo de actividades ocupacionales, estas alteraciones se pueden presentar mediante la aparición de lesiones osteomusculares y de la piel; el deterioro en las habilidades cognitivas que interfieren en: la elección, planificación/ejecución de actividades; así como las habilidades de procesamiento: que comprenden la energía, conocimiento, organización del tiempo-espacio y la adaptación encaminadas en la realización de las actividades de la vida diaria y por último las habilidades sociales, al sentirse rechazados, discriminados y apartados por la sociedad, conllevando a la persona a un aislamiento social y la pérdida de relaciones interpersonales, disminuyendo el círculo social y la interacción con las personas que se encuentran a su alrededor, el cual se evidencia el abandono de roles ocupacionales, siendo estos a nivel del rol familiar, social y laboral. Estos factores reducen la independencia en la ocupación, dando lugar a la apatía para la ejecución de actividades que les resultaban placenteras, obteniendo cambios en su calidad de vida y para el futuro, produciendo un desequilibrio en su desempeño ocupacional y la

motivación al ejecutar una actividad. De igual manera se debe tener en cuenta el alto índice de estigmatización y discriminación social ante esta población, conllevando hacia la desinformación, desigualdad y perjuicios en que las personas que viven y conviven con VIH/SIDA deben someterse al ser impuestas por la sociedad; a partir de ellos, se evidencia el desequilibrio en la participación social (participación en la comunidad, en la familia, con compañeros y amigos), interfiriendo en el desarrollo de las áreas de ejecución.

Así mismo Schell, Gillen, & Scaffa (2011), refieren la causalidad personal como “pensamientos y sentimientos sobre las propias capacidades y la eficacia que las personas experimentan cuando realizan actividades cotidianas, estos incluyen, por ejemplo, el reconocimiento de las propias fortalezas y debilidades, la confianza o la ansiedad al enfrentar una tarea y el sentido de satisfacción al haber realizado algo”. A partir de lo anterior, la causalidad personal es producto de la motivación que le genera la ejecución de una ocupación en diversos entornos: social, familiar, cultural y la integración de habilidades y destrezas: cognitivas, motoras y de comunicación, permitiendo un equilibrio en el rol ocupacional, el sentido de pertenencia y eficacia hacia la realización de actividades ocupacionales en cada individuo.

Con base en lo anterior, según Fazio & Parham (1997), citado por Kielhofner (2011) las personas diagnosticadas con VIH/SIDA sufren de estigmatización social, padeciendo de algún tipo de disfunción ocupacional que les imposibilita la ejecución satisfactoria de actividades cotidianas de la vida diaria -orientadas al cuidado personal-, actividades instrumentales de la vida diaria -siendo estas más complejas que sirven de apoyo a actividades de la vida cotidiana-, actividades productivas -siendo necesaria para participar en un empleo remunerado o no remunerado- y en actividades de ocio/tiempo libre -intrínsecamente motivada y en la cual se ejecuta en un tiempo libre-. Por lo tanto, la priorización sobre la disfuncionalidad en las personas con VIH/SIDA se abarca hacia el manejo de aquellas habilidades y potencialidades para la identificación y ejecución de actividades satisfactorias, logrando así, el sentido de la causalidad personal y de autoeficacia al llevar a cabo actividades placenteras para la realización de un desempeño significativo en el hacer de las cosas como personas ocupacionales e independientes, abarcando aquellos entornos de gran importancia y en donde puede estar afectado el rol específico (social, familiar, laboral).

De igual modo, la participación social se debe abarcar de forma holística, al promover las relaciones interpersonales, el tipo de comunicación a utilizar con sus pares, la participación en comunidad, familia, amigos y compañeros que le faciliten el descubrimiento de aquellas habilidades sociales y la autopercepción sobre sí mismos.

### **Formulación del problema.**

¿Cómo se relaciona la causalidad personal en el desempeño ocupacional en personas que viven y conviven con VIH/SIDA de la fundación Hoasis, de la ciudad de Cúcuta, Norte de Santander?

### **Objetivos**

#### **Objetivo general.**

Determinar la relación de la causalidad personal en el desempeño ocupacional de las personas que viven y conviven con VIH/SIDA de la fundación Hoasis el refugio de Cúcuta, Norte de Santander.

#### **Objetivos específicos.**

Caracterizar a la población objeto de estudio, mediante la aplicación de la ficha sociodemográfica de acuerdo a la edad, género, identidad sexual, escolaridad y ocupación anterior.

Valorar la causalidad personal sobre el desempeño ocupacional a través del MOHOST teniendo en cuenta las secciones de motivación por la ocupación y patrón de ocupación, en la población objeto de estudio.

Analizar e interpretar los resultados obtenidos por la valoración, mediante el instrumento MOHOST.

Establecer la relación de la causalidad personal en el desempeño ocupacional en la población objeto de estudio.

Elaborar e implementar un plan de acción a través los datos obtenidos por medio del instrumento de valoración MOHOST.

### **Justificación**

Teóricamente y según Clark (1990) citado por Schell, Gillen, & Scaffa (1998) los Terapeutas Ocupacionales necesitan hacer formación continua para adaptarse a necesidades cambiantes en las personas que viven y conviven con VIH/SIDA (p. 717); se puede definir el SIDA como el síndrome de inmunodeficiencia humana, aparece en el estadio más avanzado de VIH (virus de inmunodeficiencia humana) que afecta el sistema inmunitario. Al ser diagnosticados con esta enfermedad las personas que viven y conviven con VIH/SIDA, experimenta diferentes sensaciones y pensamientos hacia la realización de su futuro, dejando a un lado la ejecución de actividades de acuerdo a su rol ocupacional y enfrascándose en la inutilidad y la falta del sentido de pertenencia para el quehacer de una ocupación y por ende un desempeño ocupacional óptimo. Según Burke 1977, De Charms, 1968; Goodman, 1960 citado por (Kielhofner, 2011), afirman que los individuos que se sienten incapaces y faltos de sentido de eficacia, se asustan con oportunidades, evaden la retroalimentación y tienen dificultad para persistir (p. 36).

Con base en lo anterior, aquellas personas diagnosticadas, presentan temores hacia el inicio de su enfermedad, no obstante, se estancan hacia el abandono de ocupaciones, perdiendo la ejecución de roles ya establecido ante la sociedad, el sentido de eficacia y el quehacer de las cosas; por lo tanto, estas personas se encuentran en un estado de disfuncionalidad, debido a la pérdida de interés hacia la ejecución de actividades que le generen responsabilidad y sentido de compromiso.

Así mismo, la importancia de la causalidad personal en el quehacer de las cosas como individuos ocupacionales, siendo el VIH/SIDA un obstáculo en las personas que viven y conviven con esta enfermedad, viéndose afectados a nivel de las áreas de ejecución, el autocuidado inmerso en las AVD, las personas portadoras de VIH/SIDA presentan afectación en esta área principalmente, debido a secuelas de enfermedades motrices o psicológicas o a la situación de vivir en un rechazo constante, y la obtención de pensamientos y sentimientos de inutilidad frente a la ejecución de actividades cotidianas.

Por consiguiente, las personas que viven o conviven con VIH/ SIDA, descuidan su aspecto personal y hábitos tanto de higiene como de alimentación, además de no seguir las pautas medicas recomendadas, así mismo en las actividades de trabajo y productividad, existe una afectación, debido a la discriminación por sus compañeros y pares social, estas personas pierden el sentido de eficacia y pertenencia ante la relación de actividades productivas, descuidan los hábitos y rutinas, la identificación y selección de oportunidades de empleo, basándose en sus limitaciones, por último y no menos importante, se encuentra afectada el área de ocio y tiempo libre, debido a la incapacidad de identificar actividades de juego apropiadas a sus intereses, conduciendo a malos hábitos y la dificultad que le implica la enfermedad al momento de encontrar actividades de ocio adecuadas o satisfactorias, al presentar secuelas físicas que puedan padecer.

Referente a las destrezas de regulación emocional, se ve afectado los valores, interés y habilidades de lucha al interactuar en la sociedad y procesar sus emociones, su disfuncionalidad repercute en la identificación de ideas o creencias propias para sí mismos y los demás, de igual manera, el autoconcepto se encuentra afectado, debido a la pérdida de valor y significado presentes, y cuan eficaces son en ejecutar sus capacidades en la realización de actividades cotidianas. En cuanto a las destrezas de comunicación y sociales, en estas personas se evidencia un desequilibrio en la identificación y ejecución de sus roles, evidenciándose un desequilibrio en los mismos ante la sociedad y la realización personal, obteniendo una pérdida o abandono de sus roles producto de su enfermedad, las relaciones interpersonales y autoexpresión se ven afectados al no dar a conocer sus pensamientos, sentimientos y necesidades con las personas que le rodean, no haciendo uso de una comunicación verbal y no verbal y poder interactuar con sus pares. Las habilidades de lucha y el autocontrol se ven afectados al disminuir la capacidad de modificar los pensamientos de inutilidad y de ejercer control sobre sus propias decisiones y acciones que el medio le genera.

Teniendo en cuenta referentes teóricos afirman la importancia sobre la causalidad personal en el quehacer de las cosas, así mismo aportan acerca del desempeño ocupacional que muchas veces se encuentra disfuncional al evidenciarse un deterioro en la calidad de vida de estas personas; de esta manera se requiere abarcar un poco más, acerca de los vacíos conceptuales e interpretación sobre el quehacer de las cosas hacia un óptimo desempeño ocupacional, promoviendo la ejecución

de actividades con satisfacción y rendimiento ocupacional en personas que viven y conviven con VIH/SIDA.

Es por eso que se retoma el Modelo de Ocupación Humana (MOHO), en la cual aporta conceptos y fundamentos acerca de la confluencia de la causalidad personal, los valores e interés inmersos en la volición de cada individuo, teniendo en cuenta que estos tres aspectos se encuentran siempre entrelazados en las personas que desean ser competentes y realizar las cosas que valoran, Kielhofner (2011) (p. 35). En consecuencia, la volición de una persona se debe comprender inmersamente en la ejecución de actividades placenteras y con significado hacia el individuo, evidenciándose dentro de la causalidad personal el sentido de capacidad y la autoeficiencia al quehacer de las cosas.

A nivel metodológico, el trabajo de investigación, tuvo como primera instancia realizar la caracterización de la población de la fundación Hoasis el refugio, mediante una ficha sociodemográfica que consta de datos generales en relación a: edad, género, identidad sexual, ocupación anterior y formación académica; seguidamente se realizó la valoración mediante el perfil Ocupacional inicial del Modelo de Ocupación Humana (MOHOST) utilizando los segmentos “motivación por la ocupación” y “patrón de ocupación” para identificar la causalidad personal y el desempeño ocupacional de esta población. De acuerdo a los resultados arrojados, se elaboró y ejecutó un plan de acción basado en actividades terapéuticas que promovieron las habilidades que se encuentran más limitadas para la participación ocupacional. Con base a esto, se propuso un producto final para la Universidad de Pamplona que comprendió de un artículo científico y otro para la fundación Hoasis el refugio, el cual consistió de un documental de narrativas de vida ocupacional de la población objeto de estudio, sobre aquellos factores que conllevaron hacia el diagnóstico.

El estudio investigativo desarrollado durante la ejecución del CAP (campo de acción profesional), se encuentra metodológicamente enmarcado en la ciudad de Cúcuta, Norte de Santander, con las personas que viven y conviven con VIH/SIDA; proyecto que lleva como título “influencia de la causalidad personal en el desempeño ocupacional”, la cual cuenta para su ejecución con el interés y disposición de la población mencionada, para participar activamente

dentro de las fases del proceso, el aval y asesoría científica y metodológica del programa de Terapia Ocupacional de la Universidad de Pamplona. El acercamiento con la población consistió en la valoración, identificación y determinación de los factores de la causalidad personal que influyen en el desempeño ocupacional, y de esta manera, detectar aquellos factores que pueden ser determinantes para el sentido de capacidad personal y autoeficacia al creer en aquellas habilidades y destrezas que le permitan ejecutar los roles ocupacionales designados por la sociedad, de esta manera, se describió cada una de las formas de participación en las personas que viven y conviven con VIH/SIDA.

Referente a lo anterior, la investigación tuvo como objetivo “determinar la relación de la causalidad personal con el desempeño ocupacional de las personas que viven y conviven con VIH/SIDA de la Fundación Oasis de Cúcuta, Norte de Santander”, es de gran impacto hacia la disciplina de Terapia Ocupacional y hacia las personas que viven y conviven con VIH/SIDA, debido a que aporta un análisis exhaustivo acerca de la capacidad de autoeficacia y el sentido de la causalidad personal sobre el desempeño ocupacional al ejecutar actividades con cierto grado de responsabilidad que de algún modo le generen satisfacción y se requiera de capacidades físicas, intelectuales y sociales para el logro y sentido de pertenencia hacia el rol ejecutado. Evidenciando un compromiso con la población objeto, logrando la funcionalidad mediante el sentido de capacidad y autoeficacia.

## **Capítulo II**

### **Marco de referencia**

#### **Antecedentes investigativos**

En el respectivo proyecto de investigación, se realizó la revisión bibliográfica de estudios a nivel internacional, nacional, regional y local que sirvieron de aporte a este proyecto en cuanto a

la aplicación de instrumentos, marco teórico y datos estadísticos, de los cuales se retomaron los más próximos teniendo en cuenta las variables de causalidad personal y desempeño ocupacional.

#### **Antecedentes internacionales.**

Leiva, Ortiz, Robles & Vidal, (2015) *“Impacto que genera el diagnóstico de VIH en mujeres trabajadoras de la región de Antofagasta y metropolitana”*. Revista Chilena de Terapia Ocupacional, Chile. Parte desde el inicio metodológico de una investigación cualitativa, donde se entrevistaron a tres mujeres seropositivas de edad entre los 20 y 65 años que cuentan con experiencia laboral previo al diagnóstico de VIH/SIDA; el cual tuvo como objetivo el determinar cómo ha afectado el diagnóstico del VIH en las mujeres chilenas en su rol de trabajadora desde su propia perspectiva.

Con respecto a los resultados; se concluyó que existen cambios tras el diagnóstico de VIH en mujeres que cumplen su rol como trabajadoras. Aunque las opiniones y percepciones de ellas fueron contrapuestas, hay un marcado antes y después del diagnóstico produciendo cambios significativos en sus relaciones sociales con familiares y compañeros de trabajo, modificación en los hábitos, reestructuración de rutinas, cambios relevantes en el área del desempeño ocupacional del trabajo, roles laborales y los distintos contextos donde su realidad debe ser alterada desencadenando mecanismos para sobrellevar este nuevo estilo de vida.

Los autores Kronenberg, Salvador, & Pollard (2007) reconocieron el apartheid ocupacional como las condiciones del entorno que obstaculiza el acceso a la participación de sus ocupaciones significativas, tras limitaciones políticas deficientes que impulsan la desigualdad social dejando en peligro el bienestar de las personas. Esto queda demostrado en las mujeres entrevistadas donde ven amenazada su participación de sus ocupaciones sólo por el hecho de vivir con VIH, vulnerándose sus derechos humanos.

Lo anterior se relaciona con la investigación, puesto que es importante resaltar los cambios sociales y ocupacionales que sufren las personas al ser diagnosticadas con VIH/SIDA, evidenciándose un desequilibrio en sus roles ocupacionales (a nivel social, familiar y laboral), y como el sentido de ineficacia influye en la ejecución de su ocupación. Así mismo el artículo aporta

sobre el acceso a la participación en ocupaciones significativas en este tipo de personas, vulnerables por estigmas sociales y pensamientos de ineficacia.

Leguizamón & Ortiz, (2016) “*Sentido de vida en personas con VIH/SIDA: implementación y transcendencia de un taller logo terapéutico intensivo*”. Revista Hispanoamericana Ciencias Salud, México. Es un artículo de investigación, basado en un taller logo terapéutico realizado en los albergues de la ciudad de México, con una muestra de 16 personas de género masculino diagnosticados con VIH/SIDA. Se inició bajo un enfoque metodológico de tipo cuantitativo y de alcances experimental y correlacional, con una población y muestra intencional, en la cual se realizó una pre y post prueba.

La investigación plantea como objetivo la elaboración de un taller logo terapéutico para personas con VIH/SIDA y de esta manera poder determinar si la aplicación del taller incrementa el sentido de capacidad de vida en los participantes.

Una vez aplicado el taller mediante los instrumentos de Logotest de Lukas y escala existencial de Langle y Orgle, se pudo determinar como conclusión: la disminución de la frustración existencial y un aumento en la realización interior del sentido de capacidad, la libertad, responsabilidad y autotrascendencia en los participantes que completaron en su totalidad la experiencia terapéutica, incrementando así el sentido de vida de los participantes.

Respecto a lo anterior, permite un aporte al proyecto de investigación actualmente desarrollado, en relación a la variable de causalidad personal, puesto que aporta una propuesta de práctica diferente y útil para el desarrollo de actividades terapéuticas, obteniendo de esta manera un incremento en el sentido de vida de las personas que viven y conviven con VIH/SIDA englobando el sentido de capacidad, la elección, interese, responsabilidad y otros factores que conllevan a la persona a desarrollar una actividad ocupacional.

Guzmán, Bermúdez, López & Salvarán, (2013) “*Impacto psicosocial en personas que viven con VIH-sida en Monterrey, México*”. Revista psicología y Salud, México. Este trabajo de investigación se basó en la relación entre las emociones y el soporte social, de ocho personas

diagnosticadas con VIH/SIDA en la ciudad de México, permitiendo conocer las emociones negativas que influyen en el momento de recibir el diagnóstico; así como también un soporte social más afectivo, las estrategias de afrontamiento y los sucesos vitales que se viven al mismo tiempo que el diagnóstico. Esta investigación se desarrolló mediante un alcance descriptivo y de esta manera poder indagar algunas variables psicosociales.

El objetivo de la investigación se determinó en indagar el perfil psicosocial mediante variables como emociones, sucesos vitales, soporte social y afrontamiento así como la representación social que tienen las personas que padecen de VIH/SIDA; se implementaron los instrumentos de listado de emociones (Álvarez, 2002), el cuestionario de apoyo social funcional (Duke) y la escala de afrontamiento (Basabe y Páez, 1992); obteniendo como resultado un impacto emocional negativo al momento del diagnóstico, estos disminuyeron a la vez por emociones positivas.

Con respecto a las conclusiones existe un cambio de representación social frente a la enfermedad desde el momento en que se diagnostica al momento de la evaluación, la falta de conocimiento del diagnóstico puede influir en la conducta y las actitudes sugiere integrar estrategias de apoyo psicosocial en los pacientes con VIH/SIDA.

De acuerdo a la anterior investigación, aporta al presente trabajo, en cuanto a establecer el valor de las emociones de la población con VIH/SIDA como soporte social y la relación con la causalidad personal al realizar la elección, planificación y ejecución de actividades ocupacionales de su interés, que conlleven a la participación ocupacional mediante el quehacer de una ocupación.

#### **Antecedentes nacionales.**

Uribe, Vélez & Barona, (2009) “*Susceptibilidad y autoeficacia frente al VIH/Sida en adolescentes de Cali-Colombia*”. Cali. El objetivo principal de la anterior investigación se basó en identificar la percepción de la susceptibilidad frente al VIH/SIDA y la autoeficacia en el uso del preservativo; se desarrolló bajo el tipo de investigación no experimental, con un diseño transversal, exploratorio descriptivo; con una muestra de 217 adolescentes entre los 12 y 18 años. Dentro de las técnicas utilizadas para la recolección de datos, se aplicó la ficha sociodemográfica,

obteniendo datos generales; así mismo se utilizó como instrumento la escala de VIH/SIDA-65 (adaptada por Bermúdez, Buela-Casal & Uribe, 2005).

Este estudio fue realizado en la ciudad de Cali, con adolescentes frente a la percepción del VIH/SIDA el cual arroja como resultado principal que la autoeficacia en los adolescentes y las adolescentes muestran diferencias significativas en función del género y la edad. Concretamente, las mujeres se perciben más autoeficaces frente al VIH que los hombres, lo que concuerda con el planteamiento de Takahashi et. al, 2006, quienes afirman que las mujeres se consideran más autoeficaces que los hombres, específicamente en el uso del preservativo, o al negociar con sus parejas el uso del mismo, lo que implica que se consideran con una buena capacidad para controlar las situaciones que los ponen en riesgo frente al VIH.

Esta investigación aporta a este trabajo, en cuanto a que la autoeficacia hace parte de la causalidad personal, para la ejecución de actividades de cada persona, siendo de esta forma placenteras para la realización personal. De cómo el género incide significativamente ante el sentido de capacidad y eficacia en el quehacer de la ocupación; siendo las mujeres más independientes y ocupacionales en actividades significativas, así como en la planeación y ejecución de actividades de acuerdo al sentido de capacidad (habilidades y destrezas) presentes en cada una y de cómo es la percepción que presentan los adolescentes ante el diagnóstico del VIH/SIDA.

Cardona & Gutiérrez, (2009) “*Calidad de vida en personas con VIH/SIDA pertenecientes a una organización no gubernamental*”. Medellín. Esta investigación conto con la participación de 19 sujetos diagnosticados con VIH/SIDA pertenecientes a una organización no gubernamental (ONG) de la ciudad de Medellín, con estrato socioeconómico bajo, de géneros masculino y femenino y mayores de 18 años, tiene como objetivo describir la calidad de vida en un grupo de personas con VIH/SIDA de Medellín, según el MOSSF-36 y los relatos de los sujetos seropositivos. Este trabajo se desarrolló bajo un estudio mixto; para la recolección de la información y análisis cuantitativo se diligenció una encuesta asistida que incluyó las características sociodemográficas y de salud, como instrumento se utilizó el MOSSF-36, el cual evalúa ocho dimensiones de la calidad de vida.

Con respecto a las conclusiones; se pudo determinar que mediante el MOSSF-36, se presentó buena calidad de vida; no obstante, el relato de los participantes evidencia la necesidad de mejorar el soporte social y el dominio de espiritualidad o trascendencia a través del aumento de autoeficacia, responsabilidad personal, autoayuda, apoyo familiar y redes sociales.

Con base en lo anterior, el aporte para la presente investigación se relaciona con las variables de investigación, siendo estas la causalidad personal y el desempeño ocupacional, al establecer el sentido de autoeficacia y calidad de vida que presenta cada persona para la elección de una ocupación significativa; siendo así seres ocupacionales. Además de esto, se determinan ciertos resultados que facilitan el dominio de la espiritualidad, autoeficacia, y responsabilidad personal ante la ejecución de actividades ocupacionales y la participación en actividades ocupacionales inmersas en la integración social y con la comunidad que proporcionan a este tipo de población el sentido de aceptación y capacidad sobre el quehacer de las cosas y el sentido como personas ocupacionales.

#### **Antecedentes regionales.**

Zambrano, Rodríguez & Tiria, (2009) *“Práctica de cuidado de los pacientes que conviven con VIH/SIDA desde la perspectiva de sus valores y creencias”*. San José de Cúcuta. Las personas que conviven con VIH/SIDA mantienen ciertas prácticas de autocuidado con el propósito de evitar que su situación clínica empeore y así mismo mantienen cuidados para evitar el contagio de las personas que lo rodean. Dichas prácticas o actitudes que toman frente a su cuidado están influidas por muchos aspectos de su vida, sus valores éticos, sus creencias, sus afectos y su afrontamiento en la enfermedad, también se evidencia la gran importancia que se le atribuye a la vida espiritual.

Es muy importante el apoyo de las personas que los rodean como los amigos y familiares, ya que el compartir emociones, sentimientos, les permite olvidar por un momento su situación. Se evidencia que los pacientes reconocen la actividad física como parte importante de su cuidado, pero no lo practican tanto por situaciones laborales o por el avanzado estado de su enfermedad.

La presente investigación aporta la comprensión y el manejo de las personas que viven y conviven con VIH/SIDA en su interacción social; como es su comportamiento ante la enfermedad y su entorno social (familia y amigos), que le proporcionan el apoyo necesario y el compartir sus emociones y sentimientos, permitiéndoles la libre expresión en actividades que le resulten placentera, así mismo, la importancia del autocuidado en estas personas, como es el manejo de este y que grado de importancia representa para ellos, a pesar de las dificultades que les implica la enfermedad.

Rodríguez, Moreno, Bautista, Numa, & Caicedo, (2009) “*Prevalencia de infección por VIH/SIDA en hombres que tienen sexo con hombres en Norte de Santander, Colombia*”. Norte de Santander. Una cuarta parte de la población estudiada correspondió adultos jóvenes menores de 21 años, en quienes se pudo observar que con más frecuencia son quienes adoptan comportamientos de riesgo como sexo no protegido con múltiples compañeros sexuales, hallazgos similares a los que han sido reportados previamente en población de jóvenes universitarios de la ciudad.

La edad de inicio de las relaciones homosexuales en este grupo de estudio fue en promedio a los 16,1 años, de manera similar al estimado de inicio de relaciones sexuales para la población de jóvenes y adolescentes en Colombia, aspecto que demuestra que en general jóvenes con orientación homo u heterosexual inician la sexualidad siendo aún menores de edad y cada vez a edades más tempranas.

El presente estudio aporta un acercamiento a las cifras exactas sobre la información epidemiológica de la población homosexual en una alta incidencia de adquisición de la enfermedad VIH/SIDA, así mismo la implementación de las diferentes estrategias de promoción y prevención en este tipo de población otorgando educación sobre el manejo apropiado de la sexualidad y la conformación de parejas estables que pueden favorecer la disminución de ser portadores de esta enfermedad. Es de gran importancia la intervención en estas personas, puesto que llevan un estilo de vida no favorable que aumenta el riesgo de adquirir esta enfermedad y presentar dificultades en su desempeño ocupacional, conllevando al abandono o deterioro de actividades placenteras acorde a su rol establecido.

### **Antecedentes locales.**

Muñoz, Serrano & Ospino, (2006) *“Tasa de transmisión vertical de VIH y Sífilis en el periodo comprendido entre octubre de 2005 hasta abril de 2006 en el Hospital Universitario Erasmo Meoz de la ciudad de Cúcuta”* Cúcuta N.S. Se debe reconocer que existen debilidades en los programas de promoción y prevención dirigidos por los entes de salud de estimular y concienciar en la población de edad reproductiva de la importancia fundamental de la asistencia oportuna y continua al control prenatal por parte de las gestantes, como herramienta efectiva para el diagnóstico oportuno de la infección por VIH en la materna con el objetivo de prevenir la infección en el recién nacido y así cumplir la meta de eliminación del VIH surgiendo de casos restantes.

La presente investigación establece las tasas de incidencia y prevalencia del contagio de VIH/SIDA en recién nacidos y mujeres gestantes, aportando resultados estadísticos exactos mediante el estudio de la determinación de la tasa de transmisión congénita, de igual forma incluye los aspectos sobre las falencias del programa de promoción y prevención que no se tienen claros y en cuenta para disminuir la tasa de esta enfermedad, que más adelante implicara desafíos sociales y ocupacionales debido a la estigmatización y discriminación por ser portadores.

Pérez & García, (2014) *“Conocimientos y actitudes de los estudiantes de enfermería para el abordaje de las personas VIH/SIDA seropositivas”*. Cúcuta. Los resultados indican que un alto porcentaje de los estudiantes de enfermería posee un buen nivel de conocimientos acerca de la definición y modo de contagio del VIH/SIDA, y el hecho de ir avanzando paulatinamente por los diferentes procesos de aprendizaje a través de los semestres cursados permite que el estudiante refuerce los conocimientos que posee sobre el tema haciendo que sea un futuro profesional integral.

Los resultados obtenidos en relación a las actitudes de los estudiantes de enfermería muestran, una vez más evidencias ya conocidas en relación a la llamada tercera epidemia, presente desde hace más de dos décadas como son falta de información, miedo, rechazo social en un nivel bajo.

El presente artículo da a conocer la aceptación y los conocimientos generales sobre la enfermedad de VIH/SIDA por los estudiantes de educación superior del programa de enfermería. Se determinan actitudes que puedan favorecer la inclusión social en este tipo de personas, al ser aceptados por sus características y habilidades presentes ante la ejecución de actividades que impliquen sentido de pertenencia; las personas que viven y conviven con VIH/SIDA deben enfrentar la estigmatización y discriminación social, sobre el impacto en la sociedad al ser portador de esta enfermedad. Así mismo proporciona estadísticas a nivel local sobre bases de datos actualizados de personas que viven y conviven con VIH/SIDA.

Cabe resaltar que dentro del proceso de indagación de antecedentes investigativos que se relacionan con el presente proyecto de investigación, no se encontraron estudios que den a conocer la aplicación del instrumento de valoración del perfil ocupacional inicial del modelo de ocupación humana (MOHOST) que proporcione aportes investigativos, validez y confiabilidad del instrumento para el desarrollo de la investigación.

### **Marco teórico**

Para el análisis del respectivo proyecto de investigación, se debe tener en cuenta la conceptualización del desempeño ocupacional y causalidad personal, contando con el aporte por los autores Gary Kielhofner sobre el Modelo de Ocupación Humana (MOHO) y Begoña López Polonio en el Modelo de Desempeño Ocupacional.

El Modelo de Ocupación Humana (MOHO) fue publicado por primera vez en 1980 en una serie de cuatro artículos en el *American Journal of Occupational Therapy*. Estas publicaciones representaron el producto del intento de articular los conceptos que guiaban la práctica por parte de tres terapeutas ocupacionales. A tres décadas desde que el MOHO fue formulado por primera vez, su desarrollo ha aumentado debido a las innumerables contribuciones de profesionales en la práctica e investigadores. Existe evidencia que el MOHO ha llegado a ser el modelo centrado en la ocupación más ampliamente utilizado en la práctica de terapia ocupacional, debido a que el 80% de los terapeutas ocupacionales indicaron que utilizaban el MOHO en su práctica, porque coincidían con un punto de vista de la Terapia Ocupacional y reflejaba las necesidades de sus clientes. Más aun, la mayoría de terapeutas ocupacionales indicaron en que en su experiencia el

MOHO: Apoya a la práctica centrada en la ocupación, ayuda a priorizar las necesidades de los clientes, provee una visión integral de los clientes y ofrece un enfoque centrado en el cliente.

De acuerdo en lo anterior, el MOHO se desarrolló específicamente para centrar la teoría, la investigación y la práctica en la ocupación. El concepto de ocupación humana se refiere a la realización de trabajo, juego o actividades de la vida diaria dentro de un contexto temporal, físico y sociocultural, que caracterizan la mayor parte de la vida del ser humano. Los seres humanos se caracterizan por presentar una necesidad intensa de hacer las cosas (Fidler y Fidler, 1983; Nelson, 1988). La ocupación humana comprende tres amplias áreas: actividades de la vida diaria, son las tareas típicas de la vida que se requieren para el autocuidado y el automantenimiento, tales como aseo personal, tomar un baño, comer, limpiar la casa y lavar la ropa. El juego se refiere a actividades elegidas libremente por sus características intrínsecas e incluye la exploración participación en juego o en deportes (Reilly, 1974). La productividad se refiere a las actividades (tanto remuneradas como no remuneradas) que entregan servicios o productos a otros, tales como ideas conocimiento, ayuda, información, entretenimiento, objetos artísticos o utilitarios y protección (Shannon, 1970).

Con base al Modelo de la Ocupación Humana, las personas de manera holística presentan tres áreas indispensables para la ejecución de actividades ocupacionales y de esta manera presentar un equilibrio en el desempeño ocupacional, estas áreas corresponden a las actividades de la vida diaria, juego/esparcimiento y actividades productivas.

Según Meyer (1922), el quehacer humano existe en el paso del tiempo. Los seres humanos se motivan para ocupar el tiempo con las cosas que hacen; este quehacer marca el paso del tiempo y llena el presente. Cada individuo difiere en cómo se motivan para hacer y elegir cosas, en sus patrones de vida diaria y en sus capacidades individuales, con el objetivo de tener una manera común de comprender todas sus circunstancias, se necesitan conceptos que expliquen cómo eligen, organizan y llevan a cabo sus ocupaciones.

Tomando como referencia la anterior connotación, la motivación permite al ser humano elegir aquellas actividades que le resulten de interés y generen satisfacción para el quehacer personal,

teniendo en cuenta las elecciones y capacidades individuales; conllevando al ser humano a la elección y ejecución de ocupaciones que le demande el desempeño ocupacional.

En el MOHO, los seres humanos se conceptualizan como formados de tres componentes: la volición, habituación y capacidad de desempeño. La volición se refiere a la motivación por la ocupación; la habituación al proceso por el cual la ocupación se organiza en patrones o rutinas. Y la capacidad de desempeño da a conocer las capacidades físicas o mentales en que se basa el desempeño ocupacional habilitoso (Kielhofner, 2011).

Con relación a los tres componentes descritos por el modelo de ocupación humana, hacen parte del universo del ser humano, siendo estos indispensables para la participación ocupacional en relación al desempeño ocupacional, puesto que cada uno corresponde a factores intrínsecos que conllevan a la persona a descubrir y elegir ciertas actividades ocupacionales, así como la ejecución de las áreas del desempeño.

Según Kielhofner (2011) en el MOHO define el componente volitivo como: pensamientos y sentimientos acerca de lo que uno considera importante (valores); percibe como capacidad y eficacia personal (causalidad personal) y lo que encuentra placentero (intereses). Así mismo, el ciclo volitivo consiste en anticipar, elegir, experimentar e interpretar lo que uno hace. A medida que este ciclo se repite, mantiene o reestructura los valores, la causalidad personal y los intereses. Con cada experiencia y reflexión nueva, las personas piensan y sienten acerca de ellos mismos y de su vida de maneras similares o ligeramente distintas.

En otras palabras, el componente volitivo es un proceso continuo de pensamientos y sentimientos para el desarrollo del hacer; que ocurren a medida que las personas experimentan, interpretan, anticipan y eligen las ocupaciones, cuyo hacer estimula las experiencias y dan significado a las siguientes elecciones ejecutadas para el desempeño ocupacional; por lo tanto, este componente engloba los valores, causalidad personal e intereses que mantienen la estructura para la elección en cada individuo.

En cuanto a la variable de causalidad personal que pertenece al componente volitivo, se puede definir los siguientes aspectos, según autores que dan a conocer la importancia de ésta en las personas.

Según Kielhofner (2011) describe la causalidad personal como “aquellos pensamientos y sentimientos acerca de la competencia, el goce y el valor que se encuentran siempre entrelazados. Las personas desean ser competentes y hacer las cosas que valoran. Tienden a considerar placenteras las tareas que hacen bien y a no gustarles aquellas que las sobrepasan. Se sienten mal cuando no pueden hacer las cosas que son profundamente importantes para ellas”.

Con base en lo descrito por el autor, la causalidad personal engloba las competencias que cada individuo cree importante para la elección y ejecución de una ocupación, que conlleve al goce y satisfacción de lo realizado, teniendo en cuenta las tareas de su interés que puedan desarrollar de manera correcta, valorando así las capacidades propias e innatas para la ejecución de la ocupación.

Mencionado por (Burke, DeCharms, & Goodman), también definen la causalidad personal “como uno de los primeros descubrimientos de la vida, en que uno puede ser una causa (ej. Hacer cosas que producen resultados). A través del desarrollo temprano, los individuos llegan a tener más conciencia de que pueden hacer que las cosas pasen. Por ejemplo, los recién nacidos llegan a darse cuenta de que sus movimientos pueden mover objetos y crear sonidos. Este conocimiento de que uno puede hacer que las cosas sucedan es el comienzo de la causalidad personal (DeCharms, 1968). Con el tiempo, a medida que uno involucra en un rango cada vez más amplio de acciones, descubre: lo que uno es capaz de hacer y que tipo de efectos puede producir el propio hacer”.

Para el análisis de la causalidad personal, los individuos involucran las acciones que conllevan a la participación ocupacional, teniendo en cuenta los conocimientos acerca de sus propias capacidades para el quehacer de las cosas, permitiendo la exploración continua sobre las actividades que pueden llevar a cabo y de esta manera le generen satisfacción y realización personal en el quehacer ocupacional.

De acuerdo a como lo afirman otros autores Harter & Harter y Connel (2011) “la causalidad personal comprende dos dimensiones: el sentido de capacidad personal y el conocimiento de la propia eficiencia en el mundo (autoeficacia). El sentido de capacidad personal corresponde a una valoración de las propias capacidades físicas, intelectuales y sociales. La segunda dimensión, la autoeficacia, se refiere al sentido personal de efectividad del uso de las capacidades personales para lograr resultados deseados en la vida”. Así mismo, (Connel, 1985; Fiske y Taylor, 1985; Lefcourt, 1981 & Skinner, 1988), describen “que la autoeficacia es específica para las diferentes esferas de la vida; esto significa que las personas se sienten capaces de controlar los resultados en ciertas circunstancias más que en otras. Las personas que se sienten capaces y eficaces buscan oportunidades, utilizan la retroalimentación para corregir el desempeño y persisten en alcanzar sus metas”. En contraste, los individuos que se sienten incapaces y faltos de sentido de eficacia, se asustan con las oportunidades, evaden la retroalimentación y mantienen dificultad para persistir (Burke, 1977 DeCharms, 1968 & Goodman 1960). Consecuentemente, la causalidad personal influye, en como uno se motiva para hacer las cosas; esta puede ser conceptualizada como la transición desde el conocimiento inicial de ser una causa al desarrollo con el tiempo.

Por medio de la conceptualización de estos autores, se puede comprender las dimensiones inmersas en la causalidad personal, debido a que cada una refiere de manera explícita aquellas capacidades para la elección y ejecución de una ocupación. En relación al sentido de capacidad personal; comprende la importancia que presenta cada individuo hacia sus propias capacidades ya sean físicas, sociales e intelectuales para el desarrollo de una tarea, siendo está satisfactoria y placentera; mencionando la dimensión de autoeficacia, comprende en como el individuo cree en la efectividad del usos de sus propias capacidades y habilidades, logrando los resultados deseados en la vida y siendo seres ocupacionales. Estas dimensiones mantienen el equilibrio del desempeño ocupacional, llevando al individuo al quehacer de una ocupación, sintiendosen capaces y eficaces para la búsqueda de nuevas oportunidades.

A continuación, (Kielhofner, 2011) describe las dos dimensiones de la causalidad personal, en cuanto a: primero, sentido de capacidad personal y segundo la autoeficacia

El sentido de capacidad hace referencia a: un conocimiento activo de las capacidades personales para llevar a cabo la vida que uno desea vivir. Aún, más, a medida que uno se desplaza por la vida, las experiencias nuevas puede cambiar el sentido de capacidad. Según lo referido por (Molnar, 1989; & Wright, 1960) aunque todas las personas deben darse cuenta de los límites de su capacidad, tener un impedimento desafía en forma única la visión de uno mismo en cuanto a su capacidad.

Cuando la vergüenza o el miedo se adueñan del sentido de capacidad de una persona, se produce una falta de interés de tomar riesgos, de aprender nuevas habilidades o de hacer uso de lo que uno tiene. Un sentido de capacidad negativo puede ser aún más limitante que los impedimentos en los que se basa. Las personas están dispuestas a emprender aquello para los que se sienten capaces y evadir aquello que los amenaza de fracasar. El sentido de capacidad prepara a las personas para anticipar, elegir, experimentar e interpretar el comportamiento. Aquellos que se ven a sí mismos como capaces están dispuestos a actuar y a generar mayor evidencia de su capacidad. Aquellos que se sienten incapaces son obligados a tomar una decisión opuesta.

La autoeficacia: se define como la propia percepción del autocontrol y lo que uno es capaz de lograr en relación con lo que uno desea. A través de la experiencia las personas desarrollan imágenes de cuán eficaces son en usar sus capacidades y de cuánto la vida responde o se resiste a sus esfuerzos. Las creencias de las personas acerca de que pueden usar sus capacidades para influenciar el curso de los eventos o circunstancias del mundo externo también son motivadores poderosos. Las personas pondrán sus esfuerzos solo en lo que ellas creen que serán efectivas. La autoeficacia comienza con el autocontrol, para usar las capacidades personales eficazmente, uno debe ser capaz de dar forma o de contener las emociones y los pensamientos y de ejercitar el control sobre las propias decisiones y acciones. Es imposible tener un fuerte sentido de eficacia si uno cree que se encuentra a merced de emociones abrumadoras o de pensamientos incontrolables. Por lo contrario, un sentido de autocontrol fuerte puede facilitar enormemente en que las personas se adapten y participen de la actividad ocupacional demandada.

Así mismo; inmerso en la autoeficacia, los siguientes autores Burish & Bradley, 1983 & Trieschmann (1989), mencionan la autoeficiencia como los esfuerzos personales suficientes para

lograr los objetivos deseados. La habilidad de lograr resultados deseados en la vida puede ser desafiada de numerosas formas por los impedimentos. Esa enfermedad o trauma llegan sin ser invitados y con consecuencias negativas que inmediatamente generan en las personas sentimientos de ser controlados por factores externos.

Analizando lo expuesto por el autor en cuanto a las dimensiones de la causalidad personal (sentido de capacidad y autoeficacia); estas hacen parte del componente volitivo, el cual influye de una manera poderosa en la vida ocupacional de cada ser humano, por lo tanto, estas dimensiones cumplen un papel importante en la elección ocupacional, debido a la capacidad que presenta cada persona en establecer aquellas actividades ocupacionales que desea realizar, conllevando a experiencias significativas que hacen parte del placer y disfrute del quehacer humano. Por o tanto se destacan las dimensiones con las cuales cada individuo las incluye en el desempeño ocupacional, debido a como cada persona le dan forma y sentido a las capacidades y habilidades que presentan para la elección y ejecución de ocupación, y que tan eficaces son para cumplir con un desempeño ocupacional óptimo.

A continuación, en los siguientes apartados se describe la segunda variable en cuanto al término del desempeño ocupacional, dando a conocer las siguientes definiciones.

Según López (2003), define el desempeño ocupacional como “la capacidad para ejecutar aquellas tareas que hacen posible desarrollar los roles ocupacionales de una manera que sea satisfactoria y apropiada en relación con la edad del individuo, la cultura y el entorno. El desempeño Ocupacional requiere aprendizaje y experiencia en la realización del rol, un nivel de desarrollo específico para el desempeño de las tareas y utilización de todos los componentes de la ejecución”. Igualmente se describe como: “la acción de hacer y completar una actividad o una ocupación seleccionada como resultado de una transacción dinámica entre el cliente, el contexto/entorno, y la actividad. Cuando se mejoran o se proporcionan habilidades y patrones en el desempeño ocupacional, esto conduce al compromiso con las ocupaciones o actividades” (AOTA., 2012).

Con base en lo expuesto por los autores, el desempeño ocupacional incluye aquellas actividades que el individuo ejecuta en relación a roles establecidos, esto se ve influenciado por diversos factores intrínsecos como extrínsecos, siendo el ambiente necesario para el desarrollo de cierta actividad generando en la persona un sentido de placer y disfrute al ser seres ocupacionales. De igual modo, implica la capacidad de llegar al equilibrio entre el ser y hacer que conlleva a enfrentar los desafíos ocupacionales, teniendo en cuenta las áreas de ocupación y los procesos volitivos, de habituación y capacidad de desempeño en cada individuo.

Así mismo, dentro del desempeño ocupacional se incluyen las áreas de ocupación, expuesto por (Lòpez, 2003), estas áreas corresponden a una amplia categoría de la actividad humana que forman parte de la vida cotidiana. Son actividades de autocuidado, trabajo y actividades productivas y actividades de ocio o juego. Las actividades de autocuidado incluyen tareas como la alimentación, el vestido, la higiene, la socialización, la comunicación. El trabajo y actividades productivas implican el cuidado del hogar y de otras personas, actividades educativas y actividades laborales. El juego/ocio incluye la exploración y el desempeño, de actividades apropiadas a la edad. Para obtener un adecuado desempeño ocupacional debe ocurrir un equilibrio entre las áreas de ocupación y su ejecución en los diferentes contextos del desempeño, en los cuales se incluyen los aspectos temporales y ambientales de la ejecución ocupacional; por lo tanto, se deben tener en cuenta los contextos de la ejecución cuando determinan la viabilidad y adecuación de las intervenciones.

Referente en lo anterior, las áreas de ocupación hacen parte de la vida cotidiana del ser humano, en la cual se deben cumplir ciertas demandas, capacidades y habilidades para el desarrollo de las mismas; realizando la respectiva elección y planificación de cada una de las actividades en relación a las de la vida diaria (autocuidado), trabajo, juego ocio y tiempo libre; una vez el ser humano se encuentra formado en relación a la ejecución de las diferentes actividades, el desempeño ocupacional se mantendrá en equilibrio, conllevando a la participación ocupacional.

Según Nelsón (1988) describe el desempeño ocupacional como “la realización de una forma ocupacional, debido a que la mayor parte del desempeño incluye actividades que son parte de las rutinas diarias, la habituación tiene una importante influencia en el desempeño. El desempeño

también es altamente influenciado por el entorno. Los factores ambientales también son críticos en cuanto a si el desempeño es afectado por los impedimentos y cómo. Por ejemplo, los soportes ambientales que incluyen desde el equipamiento adaptados hasta ayudas para la memoria pueden hacer posible que la persona complete una forma ocupacional a pesar de las limitaciones de la capacidad de desempeño”. Con base en lo anterior, para la ejecución del desempeño ocupacional se debe tener en cuenta los soportes ambientales de los cuales promueven la ejecución de actividades ocupacionales, así como la influencia de la habituación y capacidad de desempeño pertenecientes a componentes fundamentales del ser humano y que conllevan a una realización ocupacional mediante la ejecución de diferentes actividades.

De igual manera Alicia Trujillo Rojas (2002) describe un amplio bagaje sobre el desempeño ocupacional, lo cual define lo siguiente:

El desempeño ocupacional es el actuar ocupacional de las personas en ambientes específicos. Siendo este el proceso durante el cual la persona se motiva, inicia y completa distintas ocupaciones; también es una trayectoria individual en la cual intervienen las capacidades personales, las exigencias ocupacionales y las demandas del medio ambiente. El desempeño ocupacional está compuesto de cualidades físicas, mentales, sociales y espirituales, las cuales experimentan las personas cuando se involucran en el autocuidado, el juego/esparcimiento y el trabajo/estudio. Estas ocupaciones se llevan a cabo en un ambiente temporal, físico y sociocultural.

Dentro del desempeño ocupacional se establecen tres características o también llamadas áreas de ocupación siendo las siguientes: autocuidado, el juego/esparcimiento y el trabajo/estudio; según (Reed & Sanderson, 1992) el autocuidado o también llamado automantenimiento se refiere a la planeación, ejecución y seguimiento de aquellos hábitos, rutinas diarias y actividades indispensables para la supervivencia biológica, intelectual y socio-emocional. El autocuidado también se refiere a acciones de conservación cognoscitiva y social, que contribuyen a satisfacer necesidades humanas básicas humanas tales como autoestima y la pertenencia. La segunda área se refiere al juego/esparcimiento; el cual hace referencia a la selección, planeación, ejecución y continuidad de actividades lúdicas o de distracción que la persona emprende de manera libre, espontánea y con agrado, para satisfacer las necesidades de desarrollo, recuperación de energía o actualización

física, intelectual y emocional social. Por último, la tercera área corresponde a el trabajo/estudio; siendo actividades productivas remuneradas o no remuneradas, cuya realización por parte de las personas no es opcional, sino que exige de ella cumplimiento de tiempo y normas de ejecución, y que se distingue por su contribución a sí mismo, a otros seres humanos y al progreso social.

Mencionado por Trujillo (2002), el desempeño ocupacional esta conformado por diferentes cualidades, por los cuales las personas experimentan la ejecución de las áreas de ocupación; a continuación se menciona cada cualidad en relación a la ocupación: principalmente se encuentran las cualidades personales, haciendo referencia a las características físicas, mentales, sociales y espirituales inherentes a la condición humana, que en conjunto definen a las personas y que actúan durante la escogencia y ejecución de ocupaciones.

Con relación en lo anterior, se describen las diferentes cualidades físicas, mentales, sociales y espirituales: las cualidades físicas incluyen las capacidades y habilidades propias de la estructura y funciones biológicas necesarias para la ejecución competente de ocupaciones. Estas capacidades y habilidades son de orden sensorial, neuromusculoesquelético y motor; como segundo, las cualidades mentales hacen referencia a las funciones, capacidades y habilidades perceptuales, cognoscitivas y emocionales indispensables para la realización apropiada de las ocupaciones; en el tercer lugar, se encuentran las capacidades sociales; estas tienen que ver con la capacidad de la persona para establecer relaciones interindividuales en diferentes escenarios, participar en actividades de intercambio social amplio y contribuir en causas de beneficio social; como cuarto se definen las cualidades espirituales; lo espiritual del desempeño ocupacional trasciende el dominio del hacer y el ejecutar, y se refiere a la sensibilidad de las personas por las fuentes más esenciales de motivación y la búsqueda de propósito en la vida.

Según Urbanowski (1997) citado por Trujillo, (2002), refiere que el sentido de lo espiritual ocupa la atención creciente de los Terapeuta Ocupacionales, definiendolo de manera sencilla; “como una experiencia que tiene significado para la persona. Resalta que cuando una experiencia no es significativa, no es espiritual. Solamente se reviste de significado a aquellas experiencias que las personas valoran, lo cual tiene una notoria influencia cultural”.

A partir de lo anterior, Trujillo (2002) da a conocer la orientación del desempeño ocupacional en Terapia Ocupacional como: “el desempeño ocupacional, sus características personales, ocupacionales y contextuales son orientados por el terapeuta ocupacional con el propósito de conservar, promover o recuperar la autonomía, la socialización, la productividad y realización personal. La autonomía es entendida como la condición del individuo de actuar por sí mismo, de manera independiente, según las metas que se proponga y de acuerdo con las normas del grupo social al cual pertenece. Cada persona tiene la posibilidad de incrementar su autonomía, socialización, productividad y realización de acuerdo con su propio ritmo. Este desarrollo depende de los potenciales y capacidades individuales, las oportunidades y experiencias ocupacionales y el grado de receptividad del contexto”.

Según el Instituto Colombiano para el Fomento de la Educación Superior (ICFES) (2002) y la Asociación Colombiana de Terapia Ocupacional (ACTO) (1998), citado por Trujillo (2002); describen la Terapia Ocupacional como: “una profesión que estudia, suministra y gestiona servicios relacionados con la naturaleza y las necesidades ocupacionales de las personas y de las comunidades, sus discapacidades, prevención y rehabilitación. Utiliza procedimientos basados en: ocupaciones de autocuidado, juego/tiempo libre, trabajo/escolaridad; relaciones interpersonales; análisis y ajustes del medio ambiente; y tecnología de rehabilitación. Estos procedimientos tienen el propósito de promover, conservar y restaurar el desempeño ocupacional del individuo”.

Referente a lo destacado por los autores anteriores; la terapia ocupacional es una profesión que estudia la ocupación como un todo en el ser humano, siendo esta indispensable para la elección y ejecución de diferentes actividades ocupacionales y por ende promueve el desempeño ocupacional, así como el desarrollo de las diferentes áreas de ocupación, mediante el interés propuesto en cada individuo y las capacidades necesarias para llevar a cabo dicha actividad. De igual modo, se debe destacar el medio ambiente y las diferentes características del contexto como elementos fundamentales para el desarrollo del desempeño ocupacional.

Igualmente, Trujillo (2002) define la Terapia Ocupacional como: “una profesión que estudia el desempeño ocupacional humano a través de las características físicas, mentales, sociales y espirituales de las personas, vinculadas a ocupaciones de autocuidado, juego y trabajo, y realizadas

en un contexto físico, temporal y sociocultural. Promueve el bienestar ocupacional, previene los riesgos y atiende las disfunciones asociadas a deficiencias psicobiológicas, discapacidades personales y barreras ambientales, por medio del análisis, ejecución y adaptación de ocupaciones significativas, el diseño y aplicación de estrategias y productos tecnológicos, y el establecimiento de una relación terapéutica acorde con las necesidades individuales. Su propósito es conservar, promover, restaurar o compensar la calidad del desempeño ocupacional autónomo, productivo y gratificante de personas y grupos, a lo largo de la vida”.

Con base en lo anterior, se puede destacar la Terapia Ocupacional como una profesión que comprende la dinámica compleja de los seres humanos y su acción en el contexto el cual se encuentran en relación con los roles demandados por la sociedad; es por eso, que desde la terapia ocupacional se pretende buscar las necesidades que limitan la participación ocupacional en las personas que viven y conviven con VIH/SIDA, teniendo en cuenta aquellos factores que conllevaron a la falta de motivación, interés, capacidad en sí mismo y el sentido de autoeficacia ante sus capacidades y habilidades en la ejecución de diversas actividades ocupacionales que promueven el desempeño ocupacional y permiten a la persona ser seres activamente ocupacionales e independientes.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), se retomaron los aspectos que a continuación se darán a conocer:

El Virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) infecta a las células del sistema inmunitario, alterando o anulando su función, la infección produce un deterioro progresivo del sistema inmunitario, con la consiguiente "inmunodeficiencia". Se considera que el sistema inmunitario es deficiente cuando deja de poder cumplir su función de lucha contra las infecciones y enfermedades; una vez la persona se encuentra con el virus, esta puede generar a las fases más avanzadas por esta infección, conllevando a que aparezca el Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), el cual se aplica a los estadios más avanzados de la infección por VIH y se define por la presencia de alguna de las más de 20 infecciones oportunistas o de cánceres relacionados con el VIH.

Las maneras de infección por el virus consisten en: las relaciones sexuales vaginales, anales u orales con una persona infectada, la transfusión de sangre contaminada o el uso compartido de agujas, jeringuillas u otros instrumentos punzantes. Asimismo, puede transmitirse de la madre al hijo durante el embarazo, el parto y la lactancia. Expuesto por la (OMS, 2010), el estigma en las personas que viven y conviven con VIH/SIDA provoca el abandono de ciertas ocupaciones como actividades de autocuidado, productividad y ocio, vinculando a la persona a una situación de pobreza, entendida como “la privación de capacidades básicas y no meramente como la falta de ingresos, que es el criterio habitual con el que se identifica a la pobreza”. De este modo la injusticia ocupacional y la privación ocupacional son situaciones que afianzan la situación de pobreza. De igual manera existe una relación significativa con los grupos poblacionales vulnerables, el cual presenta mayor prevalencia en la infección con el virus del VIH; los primeros grupos poblacionales afectados por el SIDA eran principalmente los hombres que tenían sexo con otros hombres y los usuarios de drogas infectadas (UDI). De hecho, el uso de drogas inyectables ha sido asociado directa o indirectamente, los UDI continúan teniendo un mayor riesgo de desarrollar el VIH u otras infecciones asociadas con el abuso de drogas, incluyendo la hepatitis B y C, endocarditis, infecciones de la piel y abscesos. Sin embargo, durante los últimos años, la proporción de casos de SIDA atribuibles al uso de drogas inyectables ha disminuido mientras que la proporción de casos atribuibles a la transmisión heterosexual ha aumentado.

Según la (ONUSIDA, 2014) el número de casos de SIDA diagnosticados anualmente que se atribuyen al contacto heterosexual ha aumentado en un 18% entre las mujeres y en un 24% entre los hombres. En el 2003, los hombres que tuvieron sexo con otros hombres y aquellos expuestos a través del contacto heterosexual, en conjunto, alcanzaron aproximadamente un 77% del total de casos de SIDA diagnosticados ese año, con alrededor de un 46% de casos totales correspondientes a hombres que tuvieron sexo con otros hombres.

*Personas que viven y conviven con VIH/SIDA:* De acuerdo con el informe nacional sobre el Seguimiento de la Declaración de Compromiso sobre el VIH/SIDA 2014, desde 1985 hasta el 31 de diciembre de 2013 se han notificado 92.379 casos de VIH y SIDA (Ministerio de salud y protección social, 2014), se evidencia que desde el inicio de la recopilación de datos en el año 2012 con 37.325 casos aumentó a 61.174 casos para el año 2015; (Ministerio de salud y protección

social , 2014). *Distribución por edad*. Según los resultados para el año 2015, el 50% de las PVVIH (Personas que viven con VIH) se distribuyen según la edad entre 30 y 48 años, con un promedio de 39.51 años, la cual no varía respecto al año 2014 (39.46 años). *Distribución por género*. Actualmente, 44.556 hombres viven con VIH en Colombia, lo que corresponde al 72.83%; el número de casos para las mujeres es de 16.618, siendo un 27.17% del total de las PVVIH. En relación con el año previo (2014) las mujeres representaban un 26.86% y los hombres 73.14% respectivamente ( Fondo Colombiano de enfermedades de alto costo, 2014-2015).

A partir de lo anterior, en relación a las variables de investigación se utilizarán modelos desde el marco de la Terapia Ocupacional que brindan el sustento teórico y práctico para la elaboración y ejecución de actividades terapéuticas con la población objeto de estudio; se implementaran tres modelos: el primero es el Modelo de Ocupación Humana (MOHO) (Kielhofner), este modelo permitirá la implementación de actividades encaminadas hacia la causalidad personal en el quehacer de una ocupación, teniendo en cuenta una visión completa de los roles ocupacionales de las personas que viven y conviven con VIH/SIDA, promoviendo el desempeño ocupacional; como segundo, se encuentra el Modelo de Desempeño Ocupacional (Begoña Polonio), el cual describe las áreas de ocupación (actividades de la vida diaria, trabajo/escolaridad, Ocio y tiempo libre) y la relación con el desarrollo óptimo del desempeño ocupacional; de acuerdo a lo anterior, por medio de este modelo se permitirá la aplicación de actividades encaminadas a la ejecución de los roles ocupacionales en relación a los factores intrapersonales y extrapersonales de la población que viven y conviven con VIH/SIDA; y como tercero, se encuentra el Modelo Persona-Ambiente-Ocupación, el cual fue desarrollado para facilitar el conocimiento por parte de los terapeutas ocupacionales de la naturaleza dinámica del desempeño ocupacional; por medio de este modelo se sustenta el proyecto de investigación pues facilita la interacción de las relaciones interactivas dinámicas que comprenden el desempeño ocupacional, puesto que se requiere de la aplicación en el ambiente específico en que se encuentra cada persona, en este caso en la fundación Hoasis el Refugio, observando de esta manera la ejecución de roles ocupacionales.

### **Modelos y paradigmas.**

Respecto a la investigación realizada, se deben tener en cuenta los siguientes modelos, que aportan desde la disciplina de Terapia Ocupacional el proceso que se debe llevar a cabo para la

intervención, teniendo en cuenta la ejecución de actividades que favorezcan el desempeño ocupacional, el sentido de capacidad y el que hacer de las cosas como seres independientes y ocupacionales.

### **Modelo de Ocupación humana (MOHO).**

El modelo de Ocupación Humana (MOHO) fue publicado por primera vez en 1980 en una serie de cuatro artículos en el American Journal of Occupational Therapy (Schell, Gillen, & Scaffa, Willard & Spackman Terapia Ocupacional, 2016) a tres décadas desde que el MOHO fue formulado por primera vez, su desarrollo ha aumentado debido a las innumerables contribuciones de profesionales en la práctica e investigadores. La visión del MOHO ha sido apoyar la práctica internacional centrada en el cliente, el enfoque integral, la práctica basada en la evidencia y una visión complementaria a la práctica basada en otros modelos de terapia ocupacional y en teorías interdisciplinarias.

El componente de volición presenta mayor profundidad ante el proyecto de investigación:

#### ***Volición.***

Tiene una influencia poderosa en la vida ocupacional. Da forma a como las personas ven el mundo, las oportunidades y desafíos que éste presenta. Determina la experiencia de hacer, guía la actividad y las elecciones ocupacionales que determinan la mayor parte de lo que hacemos. Da forma a cómo las personas le dan sentido a lo que han hecho, que incluye la efectividad en lograr objetivos deseados y el éxito en materializar valores importantes. Es gran parte, cómo las personas experimentan la vida y como se consideran a ellas mismas y a su mundo tienen que ver con la volición (Kielhofner, 2011).

Mediante este modelo, se implementa la actuación del terapeuta ocupacional sobre la causalidad de las personas que viven y conviven con VIH/SIDA, puesto que aporta su concepto, las dimensiones que la conforman y como los seres humanos debemos ser activamente ocupacionales en nuestro desempeño. La manera en que cambian los pensamientos de estas personas sobre el significado del que hacer y eficiencia personal, interfiriéndose en el desempeño de roles y actividades ocupacionales, que les resultaba placentero ejecutar. Así mismo el MOHO

da perspectivas teóricas de como el ser humano es holísticamente visto para un desempeño ocupacional óptimo, siendo indispensable la volición en el sentido de la causalidad personal y eficiencia en sus ocupaciones. Así mismo el proyecto se sustenta bajo este modelo, pues se llevarán a cabo actividades hacia el sentido de la capacidad personal en el que hacer de la ocupación en las personas que viven y conviven con VIH/SIDA, teniendo una visión completa de los roles ocupacionales que las personas pueden ejecutar, promoviendo su desempeño ocupacional.

### **Modelo de Desempeño Ocupacional (MDO).**

Elaborado por Begoña Polonio López, el cual describe las competencias profesionales y el contenido del proceso de Terapia Ocupacional. Consiste en tres áreas de ejecución (actividades de autocuidado, trabajo/escolaridad, juego/ocio y tiempo libre), componentes de la ejecución, actualmente llamados destrezas de ejecución (motoras y praxis, sensoriales-perceptuales, de regulación emocional, cognitivas y de comunicación y sociales) y dos contextos de la ejecución (aspectos temporales y ambientales). El desempeño de las áreas de ejecución tiene lugar en el contexto en el cual se llevan a cabo las actividades.

Cuando se trabaja con un componente de la ejecución, los métodos deben dirigirse a mejorar la habilidad del paciente en las áreas afectadas; la independencia funcional es un concepto nuclear en la teoría de la Terapia Ocupacional y en los objetivos del proceso de Terapia Ocupacional.

Por lo tanto; el presente modelo sustenta el proyecto de investigación, puesto que se requiere intervenir para el proceso de las elecciones ocupacionales y la ejecución de actividades que proporcionen los roles ocupacionales de acuerdo a los demandados por el contexto donde se encuentran ocupacionalmente activos, así mismo, permite la ejecución de actividades que promueva la independencia y el mantenimiento del desempeño ocupacional en relación a las habilidades y destrezas presentes en cada persona.

### **Modelo Persona-Ambiente-Ocupación**

Este modelo fue elaborado en conjunto por los autores (Debra Stewart, Lori Letts, Mary Law, Barbara Acheson, Susan Strong & Patricia Rigby), para desarrollar el conocimiento por parte de los terapeutas ocupacionales de la naturaleza dinámica del desempeño ocupacional. Este modelo

describe el desempeño ocupacional como el resultado de una relación interactiva entre las personas, sus ocupaciones y los ambientes en los que viven, trabajan y juegan. Esta relación es de naturaleza dinámica, debido a que los tres elementos siempre están cambiando e influyéndose entre sí. De tal manera el desempeño ocupacional se modifica durante toda la vida.

Con base en lo anterior, mediante este modelo, se requiere considerar las interacciones que presenta cada persona con el desempeño ocupacional, al llevar a cabo actividades ocupacionales de acuerdo a los roles que presenta y les proporciona el ambiente donde se desenvuelven, es por eso, que por medio de la aplicación de este modelo, se podrá indagar en los ambientes que cada persona participa ocupacionalmente y no solo la ejecución de las actividades de la vida diaria, sino las que incluye la productividad y ocio.

### **Marco contextual**

#### **Fundación Hoasis El Refugio.**

La Fundación Hoasis, el refugio es un hogar asistencial para personas que viven y conviven con VIH/SIDA, creado en el año 2000 en Cúcuta, norte de Santander-Colombia por Ricardo Villamizar Goyeneche, quién después de realizar una misión con jóvenes trabajadoras sexuales, en la ciudad de Caracas y Puerto la Cruz-Venezuela, quedó con el espíritu y el entusiasmo de seguir ayudando a las PVVS.

Al conocer el caso de dos hombres en condiciones inhumanas de abandono y rechazo por sufrir la fase SIDA, Ricardo Villamizar decidió empezar a construir las bases de lo que es hoy en día la fundación HOASIS el refugio.

Después de 11 años de trabajo y gracias a esfuerzos, donaciones, colaboraciones, voluntarios y benefactores de gran corazón, HOASIS cuenta con dos hogares, la sede María Fernanda Franco guerrero donde se encuentran albergados los adultos y la sede María Alejandra Roa Landazábal donde viven los niños y las madres. En ambos hogares reciben albergue, acompañamiento médico, apoyo nutricional, espiritual, psicológico y terapias ocupacionales.

Los adultos aprenden oficios varios y los niños reciben asesorías de tareas y talleres ofrecidos por las personas vinculadas a la fundación, voluntarios o practicantes universitarios.

Lo más importante es que Hoasis El Refugio ofrece a las PVVS la oportunidad de tener un estilo y un proyecto de vida nuevo, lleno de esperanzas y ganas de salir adelante para seguir ayudando a más personas en la misma situación, construyendo de esta manera una sociedad mejor, informada y tolerante respecto al VIH/SIDA.

### ***Misión.***

Somos una entidad sin ánimo de lucro, que busca mejorar la calidad de vida de las personas que viven y conviven con VIH/SIDA de menores recursos económicos, a través del albergue, la asesoría, el apoyo médico, espiritual, psicológico y social, acompañado de terapias ocupacionales, aspectos fundamentales en el proceso de mejoría de la persona.

### ***Visión.***

La Fundación Hoasis, El Refugio será la entidad sin ánimo de lucro líder en atención humanitaria a las Personas que Viven y Conviven con VIH/SIDA en situación de vulnerabilidad de Cúcuta, Norte de Santander y toda la región del oriente colombiano.

### ***Albergue.***

Damos albergue temporal o de paso a las personas que viven y conviven con VIH/SIDA de menores recursos.

### ***Acompañamiento Médico.***

Se acompaña al paciente en su rutina de asistencia médica. Se guía, se instruye hasta que aprende por si solo a realizar todo el procedimiento correspondiente para la adquisición de sus citas y medicamentos a tiempo. Esto en cuanto a los adultos. La asistencia con los niños y los enfermos en etapa crítica es permanente y continua.

***Apoyo nutricional.***

Es importante que las personas con VIH/SIDA tengan una dieta balanceada, rica en proteínas y vitaminas ya que la enfermedad desgasta el organismo del paciente. Los niños en especial son los más vulnerables, el virus los afecta más rápido y el pronóstico es más severo que en los adultos. De ahí la importancia de tomar suplementos vitamínicos, dieta rica en calcio (huevos y leche deslactosada) legumbres, verduras, carnes.

De acuerdo a esto, la fundación procura crear un menú balanceado para todos sus beneficiarios y orientar a las personas que van en busca de guía a la fundación.

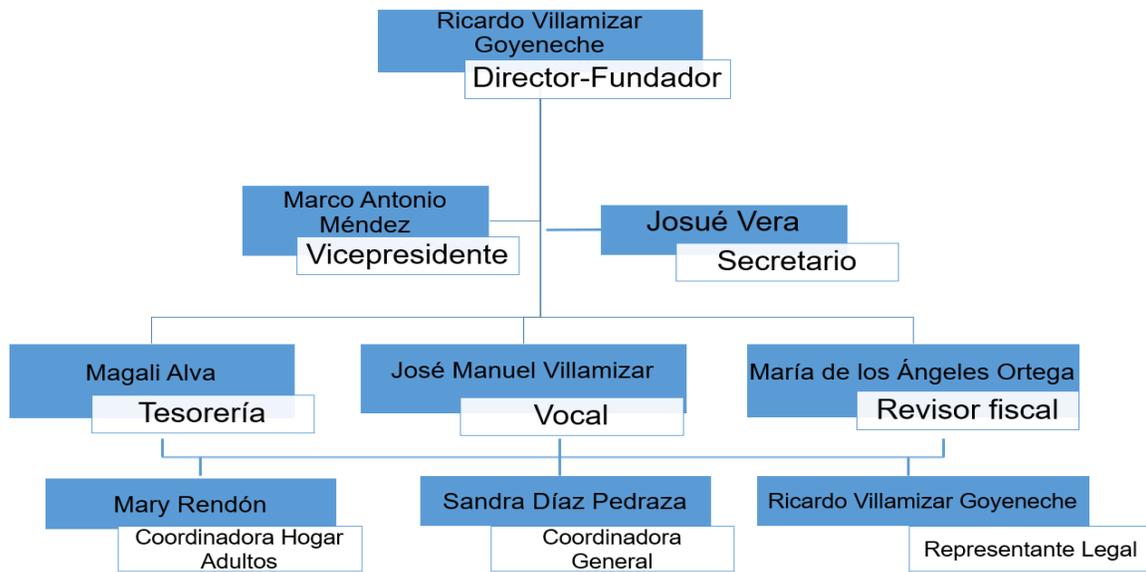
***Apoyo Espiritual.***

Se respeta la libertad de culto. A los hogares van personas de diferentes religiones a orientar espiritualmente a cada uno de los que conviven allí o también los pacientes salen a sus respectivos templos a profesar su fe. Terapias Ocupacionales: Este tipo de actividades se realizan para prevenir la incapacidad, para valorar la conducta y tratar a pacientes que puedan presentar disfunciones físicas o psicosociales. Se realizan talleres en pro del desarrollo personal y social de cada uno de los pacientes de los hogares, realizado por funcionarios, voluntarios o practicantes universitarios.

***Población.***

Personas que viven y conviven con VIH/SIDA, niños, jóvenes, adultos y adultos mayores de menores recursos económicos.

Figura N.1. Organigrama Fundación Hoasis el Refugio.



Fuente: Rojas, T., 2018.

### Marco legal

Para la investigación se tomó en cuenta la recopilación de las siguientes leyes que protegen a las personas que viven y conviven con VIH/SIDA y el conocimiento acerca de sus derechos y deberes. Es importante retomar estas políticas a nivel nacional e internacional, debido a que proporciona a esta población el conocimiento y actualización de aspectos relevantes que permitan la ejecución de actividades de interés y roles ocupacionales de una manera adecuada, así como la inclusión y participación sociales, los cuales son:

#### **Constitución política de Colombia, 1991.**

Se retomó en primer lugar y como eje central del orden político colombiano a constitución política de 1991, en la cual no se encuentra ningún apartado que mencione las condiciones o tenga consideración a las personas con VIH/SIDA dentro del marco legal. Sin embargo; se retoman los Títulos I y II donde se abordan respectivamente artículos relacionados con los derechos y garantías que se le brindan a todas las personas colombianas. Art 2. “Son fines esenciales del Estado: servir a la comunidad, promover la prosperidad general y garantizar la efectividad de los principios, derechos y deberes consagrados en la Constitución”, Art 5. “El Estado reconoce, sin discriminación alguna, la primacía de los derechos inalienables de la persona y ampara a la familia

como institución básica de la sociedad”, Art 13. “Todas las personas nacen libres e iguales ante la ley, recibirán la misma protección y trato de las autoridades y gozarán de los mismos derechos, libertades y oportunidades sin ninguna discriminación por razones de sexo, raza, origen nacional o familiar, lengua, religión, opinión política o filosófica. El Estado promoverá las condiciones para que la igualdad sea real y efectiva y adoptará medidas en favor de grupos discriminados o marginados”.

De acuerdo a lo estipulado en la constitución, se establecen principios fundamentales para la igualdad de oportunidades en población vulnerable, teniendo en cuenta a las personas “que viven y conviven con VIH/SIDA” pertenecientes a la fundación Hoasis el refugio; siendo las siguientes: proporciona la garantía en igual de condiciones sobre los derechos fundamentales para cada persona; todas las personas recibirán la misma protección y trato sin ser discriminadas por diferencias sociales.

#### **Ley 972 de 2005.**

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

**Artículo 1º.** Declárese de interés y prioridad nacional para la República de Colombia, la atención integral estatal a la lucha contra el VIH -Virus de Inmunodeficiencia Humana- y el SIDA -Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida-.

Según la ley anterior (*972 del 2005*), se puede evidenciar la importancia por parte del gobierno nacional en la atención integral de personas que viven y conviven con VIH/SIDA, la lucha contra esta enfermedad y las consecuencias a nivel social y de salud pública que conlleva, sin embargo en la actualidad no se cumple con lo establecido, puesto que, a nivel social persiste discriminación hacia esta población, interfiriendo así en la ejecución de roles ocupacionales establecidos (laboral, social y familiar), por ende el desequilibrio del desempeño.

Así mismo la pérdida del sentido de eficiencia y eficacia en la ejecución de actividades placenteras de cada persona, vulnerándose los derechos de estas personas y por ende afectando el desempeño ocupacional.

**Decreto número 1543 de 1997. Ministerio de protección social.**

Por el cual se reglamenta el manejo de la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), el Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y las otras Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS).

El presidente de la república de Colombia en ejercicio de sus facultades legales y en especial las conferidas en el numeral 11 del artículo 189 de la Constitución Política, y considerando:

Que la infección del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) se ha incrementado considerablemente en los últimos años en la población colombiana, tanto en hombres como en mujeres y menores de edad, a pesar de los avances científicos, comportando una seria amenaza para la salud y la vida de todas las personas, por lo que se hace necesario expedir las normas correspondientes en desarrollo de la función de control y prevención.

Que, por su naturaleza infecciosa, transmisible y mortal, tanto el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), como el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), requieren de un esfuerzo a nivel intersectorial y de carácter multidisciplinario para combatirlos. Que la vulneración de los derechos fundamentales de las personas portadoras del VIH y que padecen el SIDA son cada vez más frecuentes, debido al temor infundado hacia las formas de transmisión del virus, por lo cual se hace necesario determinar los derechos y deberes de dichas personas y de la comunidad en general.

**Decreto (1543 de 1997).**

El gobierno nacional da a conocer la incidencia sobre la enfermedad de VIH/SIDA en las personas, afectando en la calidad de vida y participación de actividades sociales, laborales y/o familiares demandadas por el entorno en el que se desenvuelven, es por eso que el gobierno

nacional manifiesta e interpone los deberes de los ciudadanos y las entidades prestadoras en salud hacia la inclusión y conocimiento de esta enfermedad y de las personas que las presentan.

Así mismo las actividades encaminadas a la promoción, prevención y protocolos de integralidad en personas que viven y conviven con VIH/SIDA o están a riesgo de presentarlo, con el fin de minimizar la incidencia de casos reportados y que estas personas deserten o abandonen la ejecución en su rol familiar, social y laboral. Por lo tanto, se debe promover el sentido de capacidad personal y autoeficacia en actividades ocupacionales de las personas ya diagnosticadas con VIH/SIDA, promoviendo la ejecución e independencia del desempeño ocupacional, brindando el respeto de sus derechos como ciudadanos independientes y ocupacionales.

### **Plan decenal de Salud Publica 2012-2021.**

Es un producto del Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014, y busca la reducción de la inequidad en salud, planteando los siguientes objetivos: 1) avanzar hacia la garantía del goce efectivo del derecho a la salud; 2) mejorar las condiciones de vida que modifican la situación de salud y disminuyen la carga de enfermedad existente; 3) mantener cero tolerancia frente a la mortalidad, la morbilidad y la discapacidad evitable. Uno de los mayores desafíos del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP, 2012-2021), es afianzar el concepto de salud como el resultado de la interacción armónica de las condiciones biológicas, mentales, sociales y culturales del individuo, así como con su entorno y con la sociedad, a fin de poder acceder a un mejor nivel de bienestar como condición esencial para la vida.

Mediante el plan decenal se establece específicamente las estrategias contenidas en el componente de ITS-VIH/sida de la dimensión de sexualidad y derechos sexuales y reproductivos; el cual se fundamenta en dar respuesta a las necesidades de la población vulnerable que se encuentra con el virus o presenta riesgo de adquirirlo.

### **Marco conceptual**

A continuación, se dan a conocer los conceptos más relevantes con la presente investigación.

*Áreas de Ocupación:* Son aquellas actividades que toda persona necesita ejecutar para la realización de una ocupación y por ende un equilibrio en el desempeño.

*Autoeficacia:* Pensamientos sobre la efectividad de nuestras capacidades, de cómo le damos el uso adecuado para la ejecución satisfactoria de una actividad que nos proponemos en nuestro diario vivir.

*Causalidad personal:* Implica una serie de atributos personales (conciencia) en el que se reconoce el sentido del hacer de las cosas, involucrando en su diario vivir acciones de lo que la persona pueda ser capaz de hacer y los efectos que estos tendrían en la ocupación.

*Convicciones personales:* Perspectivas de las cosas importantes que tenemos para nuestra realización personal que le dan sentido a la vida.

*Desempeño Ocupacional:* Nuestras propias capacidades para el desarrollo y la ejecución satisfactoria de actividades ocupacionales en relación al entorno, que nos proporciona un equilibrio apropiado de acuerdo a nuestro rol ocupacional.

*Destrezas de comunicación y sociales:* Aquellas acciones que utilizamos para relacionarnos con las demás personas de una forma asertiva, en un ambiente y contexto participativo.

*Destrezas de ejecución:* Habilidades que requiere o demuestra una persona para llevar a cabo una actividad, dentro de estas se encuentran: (destrezas sensoriales-perceptuales, destrezas motoras y praxis, destrezas cognitivas, destrezas de regulación emocional y destrezas de comunicación y sociales).

*Destrezas de regulación emocional:* Comportamientos que definen a una persona en el actuar y expresar sentimientos y emociones al interactuar con otras personas.

*Disfrute:* Sentido y placer de la realización de las cosas, que promueven el hacer y autoeficacia en el diario vivir.

*Intereses:* Aquello que disfrutamos realizar y nos satisface hacer, conllevando a experiencias personales y sentido de vida.

*Ocupación:* Participación significativa en actividades que representan un propósito en la vida, puede contribuir a la identidad y sentido de capacidad personal.

*Rol Ocupacional:* Adopción de una identidad (Padre-hijo-trabajador-estudiante-amigo...) que nos identifica ante una sociedad y llevarla a cabo de acuerdo a las demandas establecidas que nos generen compromiso y satisfacción.

*Sentido de capacidad personal:* Evalúa nuestras propias capacidades físicas, intelectuales y sociales para el que hacer de las cosas en actividades que generen satisfacción y conlleve a nuestra realización personal.

*Valores:* Imparten un significado propio ante la elección de actividades que le dan sentido a nuestra vida.

*Volición:* Sentimientos y pensamientos acerca de uno mismo, que conlleva a la elección, anticipación y puesta en práctica de una ocupación.

*Actividades de la vida diaria:* Son las tareas específicas que toda persona debe realizar diariamente, estas incluyen las actividades básicas de la vida diaria como: las de autocuidado, automantenimiento, alimentación, baño/ducha. Así mismo incluyen las actividades instrumentales como: manejo del dinero, rutina medicamentosa y actividades del hogar.

*Autoconcepto:* Se basa en la imagen que tienen las personas sobre sí mismos, así como la percepción de las habilidades y destrezas específicas.

*Habilidades de lucha:* Requiere la identificación, manejo del estrés y factores que interfieren en el desempeño ocupacional.

*Enfermedades de transmisión sexual (ETS):* Enfermedades de transmisión sexual que se transmiten de una persona a otra a través del contacto sexual.

*Virus de inmunodeficiencia humana (VIH):* Virus que infecta a las células del sistema inmunológico alterando su función y produciendo un deterioro progresivo del sistema inmunitario.

*Síndrome de inmunodeficiencia humana (SIDA):* Es el estadio más avanzado de la infección por VIH, el cual se puede presenciar infecciones oportunistas que debilita a la persona.

### **Marco ético**

La disciplina de Terapia Ocupacional, cuenta con una guía legislativa que da a conocer el actuar del Terapeuta Ocupacional en sus diferentes áreas de intervención y con los distintos grupos poblacionales. Según la ley 949 del 2005, “Por la cual se dictan normas para el ejercicio de la profesión de terapia ocupacional en Colombia, y se establece el Código de Ética Profesional y el Régimen Disciplinario correspondiente” da a conocer el marco del perfil profesional, destacando el artículo 1° y el apéndice 5 del artículo 3° respectivamente:

#### **Ley 949 del 2005.**

La Terapia Ocupacional es una profesión liberal de formación universitaria que aplica sus conocimientos en el campo de la seguridad social y la educación y cuyo objetivo es el estudio de la naturaleza del desempeño ocupacional de las personas y las comunidades, la promoción de estilos de vida saludables y la prevención, tratamiento y rehabilitación de personas con discapacidades y limitaciones, utilizando procedimientos de acción que comprometen el autocuidado, el juego, el esparcimiento, la escolaridad y el trabajo como áreas esenciales de su ejercicio.

*Artículo 3: 5.* “En el sector de la Justicia, podrá trabajar en programas de rehabilitación y resocialización de poblaciones vulnerables, cualificando el desempeño ocupacional y facilitando la participación, movilización y organización social, a fin de promover conductas adaptativas y participativas de las personas comprometidas. Dada su competencia profesional está capacitado

para emitir dictámenes periciales cuando quiera que le sean solicitados dentro del orden jurisdiccional”.

Con base en lo anterior, se realiza la identificación de áreas y destrezas que se encuentran afectadas en esta población y por ende se puede evidenciar un desequilibrio en las actividades ocupacionales.

Los individuos son ocupacionalmente funcionales cuando satisfacen sus propias necesidades de exploración y dominio, y cumplen con las necesidades de participación productiva y de ocio. Las personas de VIH/SIDA no cumplen con sus propias necesidades debido al impacto social, emocional y físico que implica esta enfermedad; conllevándolos a una situación de pérdida de interés y falta del que hacer de las actividades ocupacionales, segregando la participación digna y significativa en las actividades de la vida diaria (AVD), trabajo y actividades productivas y ocio/tiempo libre.

Referente a las áreas de ejecución, ABVD, AIVD, Trabajo y productividad, Ocio y Tiempo libre; las personas portadoras de VIH/SIDA presentan afectación en estas áreas, debido a secuelas de enfermedades motrices o psicológicas o a la situación de vivir en un rechazo constante, y la obtención de pensamientos y sentimientos de inutilidad frente a la ejecución de actividades cotidianas, de productividad o esparcimiento; muchas personas descuidan su cuidado personal, hábitos y rutinas tanto de higiene como de alimentación y en la participación del trabajo u ocio, además de no seguir las pautas medicas recomendadas. Pertinente a las destrezas de ejecución, en las de regulación emocional, se ve afectado los valores, interés y habilidades de lucha al interactuar en la sociedad y procesar sus emociones, su disfuncionalidad repercute en la identificación de ideas o creencias propias para sí mismos y los demás, así mismo, el auto concepto se encuentra afectado, debido a la pérdida de valor y significado presentes sobre sí mismos, cuan eficaces son en ejecutar sus capacidades en la realización de actividades cotidianas.

### **Consentimiento informado.**

Según el informe de Belmont, el respeto a las personas exige que se dé a los sujetos, en la medida de sus capacidades, la oportunidad de escoger lo que les pueda ocurrir o no. Se ofrece esta

oportunidad cuando se satisfacen los criterios adecuados a los que el consentimiento informado debe ajustarse (Observatori Bioètica i Dret, 1979) (Ver Apéndice A).

### **Principios para investigación médica.**

Según lo expuesto en la declaración de Helsinki, en la investigación médica en seres humanos competentes, cada individuo potencial debe recibir información adecuada acerca de los objetivos, métodos, fuentes de financiamiento, posibles conflictos de intereses, afiliaciones institucionales del investigador, beneficios calculados, riesgos previsibles e incomodidades derivadas del experimento y todo otro aspecto pertinente de la investigación (Asociación Médica Mundial, 2008).

La persona potencial debe ser informada del derecho de participar o no en la investigación y de retirar su consentimiento en cualquier momento, sin exponerse a represalias. Se debe prestar especial atención a las necesidades específicas de información de cada individuo potencial, como también a los métodos utilizados para entregar la información (Asociación Médica Mundial, 2008).

Después de asegurarse de que el individuo ha comprendido la información, el médico u otra persona calificada apropiadamente debe pedir entonces, preferiblemente por escrito, el consentimiento informado y voluntario de la persona. Si el consentimiento no se puede otorgar por escrito, el proceso para lograrlo debe ser documentado y atestiguado formalmente (Asociación Médica Mundial, 2008).

### **Principio de autonomía.**

El usuario tiene el derecho de la autodeterminación; es decir él es quien decide aceptar o rechazar la propuesta médica.

Este principio está basado en la realización de una alianza entre médico y paciente, y el consentimiento en los tratamientos de diagnóstico y terapéuticos.

A pesar de que este principio tiene la misma importancia que los otros la Declaración no hace ningún tipo de referencia sobre la necesidad de la autonomía del paciente.

### **Sistematización de variables**

#### **Variable**

Según (Hernández, Fernandez, & Baptista, 2006) definen la variable como una propiedad que puede fluctuar y cuya variación es susceptible de medirse u observarse. El concepto de variable se aplica a personas u otros seres vivos, objetos, hechos y fenómenos, los cuales adquieren diversos valores respecto de la variable referida. Las variables adquieren valor para la investigación científica cuando llegan a relacionarse con otras variables, es decir, si forman parte de una hipótesis o teoría. Las variables pueden ser cualitativas o cuantitativas, estas últimas discretas o continuas, y es muy importante saber diferenciarlas porque cada tipo requerirá de la aplicación de diferentes estadísticos a la hora de realizar el análisis cuantitativo de los datos.

#### ***Variables Cualitativas.***

Según el autor (Grinnel, 1997), citado por Hernández, refiere las variables cualitativas como características no cuantificables (etnia y el género), estas variables son medidas en escala nominal u ordinal, debido a que las características que miden de la unidad de análisis es una cualidad.

#### ***Variables Cuantitativas.***

Son las que poseen valores cuantificables o que pueden expresarse numéricamente. Se clasifican en discretas, las que presentan valores enteros, no fraccionables, como el número de unidades de un producto fabricado o la cantidad de muertos en accidentes de tránsito; y continuas, las que poseen valores numéricos fraccionables, como la distancia, la edad, el peso, el ingreso económico o las ganancias de una compañía.

Generalmente las investigaciones se refieren a las relaciones entre las distintas variables, tratando de establecer los efectos de unas en las otras, trátase de causas, consecuencias o correlaciones (de lo cual dependerá el tipo de estudio que se haga), la variable que afecta o influye es llamada independiente, aunque también puede llamarse antecedente, porque es muy difícil que

exista variable alguna que sea realmente independiente, al menos en el campo de las ciencias sociales (León & Toro, 2007, pág. 86).

***Variable Independiente.***

Según Quintanar, Cabañas & Gómez (2003), refieren que: “representa los tratamientos o condiciones que le investigador controla para probar sus efectos sobre algún resultado”. En este caso, dentro del proyecto de investigación, la variable independiente es: Causalidad personal.

***Variable Dependiente.***

Definido por Quintanar, Cabañas & Gómez (2003), es: “la que refleja los resultados de un estudio de investigación, es la que el investigador modifica y manipula. Para el respectivo proyecto de investigación, la variable dependiente corresponde a: Desempeño Ocupacional.

***Variable ajena.***

Personas que viven y conviven con VIH/SIDA, de la fundación Hoasis el Refugio.

***Definición Nominal.***

El nivel nominal de medición, describe variables de naturaleza categórica y que difieren en calidad más que en cantidad. Es decir, la variable que se examina caracteriza las observaciones de modo tal que cada una pueda colocarse en una (y sólo una) categoría. Además, se pueden rotular esas categorías al antojo del investigador. Todos los niveles nominales de medición son exclusivamente cualitativos. Por ejemplo, el color de pelo, la raza y filiación política. Incluso es posible usar números en la medición de variables de nivel nominal, aunque los números no tienen un valor intrínseco. Por ejemplo, asignar los hombres al grupo 1 y las mujeres al grupo 2, o asignar a todos los hombres de línea de un equipo de fútbol americano camisetas con los números del 40 al 50, son ejemplos de medición nominal o categórica. Los números no tienen un significado intrínseco; son solo rótulos que identifican las cosas que se miden. (Salkind, 1999, pág. 113).

***Definición Real.***

Cuando se realiza una investigación concreta es necesario ajustar o adecuar la definición teórica del concepto a los requerimientos y objetivos de la investigación. Si se realiza, por ejemplo,

un estudio sobre marginación socioeconómica, la actitud de los grupos marginado podría definirse como la postura o posición –conformada a través de experiencias de exploración, expectativas, etc.- que guardan hacia las normas y patrones socioculturales de los sectores urbanos, lo que implica un fenómeno de integración o desintegración hacia la sociedad en la que viven (Rojas, 2002, pág. 136).

### ***Definición Operacional.***

Expuesto por (Parra, 2006), una definición operacional constituye el conjunto de procedimientos que describe las actividades que un observador debe realizar para recibir las impresiones sensoriales (sonidos, impresiones visuales o táctiles, etc.), que indican la existencia de un concepto teórico en mayor o menor grado. Por ejemplo, la definición de la variable “temperatura” sería el termómetro (con las respectivas instrucciones de cómo medir e interpretar la temperatura); “inteligencia”, podría ser definida operacionalmente como las respuestas a una determinada prueba de inteligencia. En otras palabras, la operacionalización de las variables sirve para que el investigador determine de qué forma manejará o controlara la variable, para que provea las posibles acciones a desarrollar y para que cuando elabore los instrumentos sepa con qué criterios desea obtener información precisa. El cuadro operacional de variables cumple tres funciones a saber:

Sirve de base para analizar los resultados obtenidos en la investigación.

Para obtener información, es decir, para conocer parte del fenómeno.

Para aplicar o ejecutar un plan de acción o programa.

Cuando el investigador tiene varias alternativas para definir operacionalmente una variable, debe elegir la que le proporcione mayor información sobre la variable, capte mejor la esencia de ella, se adecue más a su contexto, y sea más precisa. Los criterios para evaluar una definición operacional con básicamente tres: “adecuación al contexto”, “confiabilidad” y “validez”. Una correcta selección de las definiciones operacionales disponibles o la creación de la propia definición operacional, está muy relacionada con la adecuada revisión de la literatura. Cuando esta ha sido cuidadosa, se puede tener una gama más amplia de definiciones operacionales para elegir o más ideas para crear una nueva.

## **Formulación de hipótesis**

A continuación, se da a conocer los diferentes significados en relación a las hipótesis realizado por Hernández, Fernandez, & Baptista (2006), relacionándolo con el respectivo proyecto de investigación.

### **Hipótesis.**

Indica lo que se trata de probar y se define como explicaciones tentativas del fenómeno investigado; deben ser formuladas a manera de proposiciones.

### ***Hipótesis de trabajo.***

Son proposiciones tentativas sobre la o las posibles relaciones entre dos o más variables.

### ***Hipótesis nula.***

Son proposiciones que niegan o refutan la relación entre las variables.

En relación al proyecto de investigación, las hipótesis se establecen de la siguiente manera.

### ***Hipótesis de Trabajo.***

La causalidad personal se relaciona con el desempeño ocupacional de las personas que viven y conviven con VIH/SIDA de la fundación Hoasis el Refugio.

### ***Hipótesis Nula.***

La causalidad personal no se relaciona con el desempeño ocupacional en las personas que viven y conviven con VIH/SIDA de la fundación Hoasis el Refugio.

Tabla 1. Operacionalización de variables

CONCEPTUALIZACIÓN	DIMENSIÓN	CATEGORÍA	SUBDIMENSIÓN	ITEMS	INDICADOR	FUENTE	INSTRUMENTO	VALORACIÓN
<b>Variable Independiente (VI)</b>	Causalidad personal	Numérica y categórica	Sentido de capacidad personal  Autoeficacia	<p><b>Motivación por la ocupación</b></p> <p><u>Apreciación de habilidades</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Habilidades.</li> <li>Creencias en habilidades.</li> <li>Sentido de capacidad.</li> </ul> <p><u>Expectativas</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Sentido de eficacia.</li> <li>Sentido de control.</li> <li>Esperanza.</li> <li>Optimismo.</li> </ul>	<p>4: Facilita la participación ocupacional.</p> <p>3: Permite la participación ocupacional.</p> <p>2: Restringe la participación ocupacional.</p> <p>1: Inhibe la participación ocupacional.</p>	Población que viven y conviven con VIH/SIDA.	Perfil Ocupacional Inicial Del Modelo De Ocupación Humana (MOHOST)	Cuantitativo

				<p><u>Intereses</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Goce expresado.</li> <li>• Satisfacción.</li> <li>• Curiosidad.</li> <li>• Participación.</li> </ul> <p><u>Elecciones</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Disposición al cambio.</li> <li>• Intereses y metas.</li> <li>• Sentido de compromiso.</li> <li>• Propósito.</li> </ul>					
<b>Variable dependiente. (VD)</b>	Desempeño ocupacional	Numérica y categórica	Patrón de ocupación	<p><u>Rutinas.</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Equilibrio.</li> <li>• Estructura.</li> <li>• Productividad.</li> <li>• Actividad.</li> </ul> <p><u>Adaptabilidad.</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anticipación al cambio.</li> <li>• Flexibilidad.</li> </ul>	4: Facilita la participación ocupacional.	3: Permite la participación ocupacional.	la Población que viven y conviven con VIH/SIDA.	Perfil Ocupacional Inicial Del Modelo De Ocupación Humana (MOHOST)	Cuantitativo.

- Respuesta al cambio. 2: Restringe la participación ocupacional.
- Tolerancia al cambio.

Roles.

- Participación. 1: Inhibe la participación ocupacional.
- Pertenencia.
- Respuesta a las demandas.
- Variedad de roles.

Responsabilidad.

- Reconocimiento de responsabilidades.
  - Manejo de expectativas.
  - Cumplimiento de obligaciones.
  - Aceptación
-

Variable ajena.	Condicione	Numérica	Datos		Asignación letra a	Población	Perfil	Cuantitativo.
(VA)	s	y	generales	• <u>Sujeto</u>	Asignación letra a cada participante.	que viven y conviven con VIH/SIDA.	Ocupacional Inicial Del Modelo De Ocupación Humana (MOHOST)	
	sociodemo	gráficas	gráficas	• <u>Edad.</u>				
	Edad				• Mayores de 18 años.			
	Genero				• Entre 18-25 años.			
	Identidad sexual				• Entre 26 a 35 años.			
	Ocupación anterior				• Entre 36 a 45 años.			
	Formación académica				• Entre 46 a 55 años.			
				• <u>Genero.</u>	1- Femenino 2- Masculino			
				• <u>Identidad sexual.</u>	• Heterosexual • Homosexual • Lesbianismo			

- Transexual
- Intersexual
- Bisexual
- Otro

- Ocupación anterior.

Nombre de la ocupación

- Formación académica

- Primaria completa.
- Primaria incompleta.
- Secundaria completa.
- Secundaria incompleta.
- Profesión.
- Técnico.
- Ninguna de las anteriores

### **Capítulo III**

#### **Diseño metodológico**

La investigación se estableció en un diseño básico; el cual Tamayo & Tamayo (2001); refiere que “consiste en el planteamiento de una serie de actividades sucesivas y organizadas que deben adaptarse a las particularidades de cada investigación e indican los pasos y pruebas a efectuar y las técnicas a utilizar”; dentro de este diseño se encuentran los siguientes: Diseño bibliográfico y de campo. Santa Paella & Feliberto Martins (2010); los definen como: el primer diseño “se fundamenta en la revisión sistemática, rigurosa y profunda del material documental de cualquier clase. Se procura el análisis de los fenómenos o el establecimiento de la relación entre dos o más variables”; el segundo diseño “consiste en la recolección de datos directamente de la realidad donde ocurren los hechos, sin manipular o controlar las variables”.

Según los diseños anteriores, estos se relacionan al trabajo de investigación con lo siguiente: Diseño bibliográfico: Al realizar una revisión exhaustiva sobre diferentes artículos científicos que se aproximaron a las variables de investigación y la población objeto de estudio, los cuales proporcionaron información estadística relación a la población, y de esta manera sustentar la base teórica del proyecto de investigación.

Diseño de campo: Se llevó a cabo este tipo de investigación, puesto que se trasladó a la fundación Hoasis el Refugio para desarrollar el proceso de caracterización mediante la ficha sociodemográfica, la valoración y respectiva ejecución del plan de acción.

#### **Diseño de investigación**

Enfoque cuantitativo: Según Gómez (2006), citado por (cuantitativo-positivismo, 2013) señala que, bajo la perspectiva cuantitativa, la recolección de datos es equivalente a medir, que significa a asignar números a objetos y eventos de acuerdo a ciertas reglas. Muchas veces el concepto se hace observable a través de referencias empíricas asociados a él.

Los estudios de corte cuantitativo pretenden la explicación de una realidad social vista desde una perspectiva externa y objetiva. Su intención es buscar la exactitud de mediciones o indicadores sociales con el fin de generalizar sus resultados a poblaciones o situaciones amplias. Trabajan fundamentalmente con el número, el dato cuantificable (Galeano, 2004).

En el caso del proyecto de investigación que se llevó a cabo y presento como título “influencia de la causalidad personal en el desempeño ocupacional de personas que viven y conviven con VIH/SIDA”, se justifica el siguiente enfoque debido a que se tiene en cuenta la población objeto de estudio (personas diagnosticadas con VIH/SIDA), en un tiempo y lugar real definido (Primer semestre del año 2018, fundación Hoasis El Refugio, Cúcuta, Norte de Santander), donde se estableció un contacto directo con la población identificando el sentido de capacidad en la ejecución de actividades significativas que le otorguen un desempeño ocupacional óptimo. Se inició con la muestra establecida presentando resultados en frecuencia y porcentajes en relación a los datos sociodemográficos (edad, género, identidad sexual, formación académica y ocupación anterior); y la descripción de las categorías del instrumento de valoración utilizado. Así mismo se analizó la información obtenida a través del instrumento de valoración MOHOST, el cual evaluó las variables de investigación como: causalidad personal (variable independiente) y desempeño ocupacional (variable dependiente) y las personas que viven y conviven con VIH/SIDA (variable ajena).

### **Tipo de investigación**

Por su alcance, los proyectos deben seleccionarse de acuerdo con la cantidad de conocimiento previo sobre un tema y por los objetivos generales que un investigador puede alcanzar: por lo general cuando un investigador y su grupo inician al estudio de un tema, tiene un conocimiento aproximado del mismo, pero con el tiempo lo desarrollaran hasta convertirse en expertos (Hernández, Fernandez, & Baptista, 2006).

Según los alcances a determinar en la presente investigación son:

### **Exploratorio.**

Se realizan cuando el objetivo es examinar un tema o problema de investigación poco estudiado, del cual se tienen muchas dudas o no se ha abordado antes. Es decir, cuando la revisión de la literatura reveló que tan sólo hay guías no investigadas e ideas vagamente relacionadas con el problema de estudio, o bien, si deseamos indagar sobre temas y áreas desde nuevas perspectivas (Hernández, Fernandez, & Baptista, 2006).

Por medio de este alcance se indago a profundidad en cómo se relaciona la causalidad personal en el desempeño ocupacional en las personas que son diagnosticadas con VIH/SIDA, incluyendo el sentido de capacidad y autoeficacia al ejecutar actividades o roles ocupacionales que les resultaban placenteros. Por tal motivo, se analizó la situación actual de esta población en relación al desempeño ocupacional, explorando e indagando a profundidad a través de la aplicación de instrumentos estandarizados que arrojen resultados confiables y de esta manera relacionarlos con el problema estudio.

### **Descriptivo explicativo.**

Según (Danhke, 1989) citado por (Hernández, Fernandez, & Baptista, 2006) consiste en describir fenómenos, situaciones, contextos y eventos; esto es, detallar cómo son y se manifiestan. Buscan especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis. Es decir, miden, evalúan o recolectan datos sobre diversos conceptos (variables), aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno a investigar. En un estudio descriptivo se selecciona una serie de cuestiones y se mide o recolecta información sobre cada una de ellas (Hernández, Fernandez, & Baptista, 2006).

Mediante este tipo de alcance, se describió de manera detallada en cómo influye la causalidad personal en el desempeño ocupacional de las personas que son diagnosticadas y tienen que vivir y convivir con VIH/SIDA; como el sentido de capacidad y autoeficacia en el quehacer de las cosas disminuye en la ejecución de actividades ocupacionales de estas personas, evidenciando la deserción o el abandono de estas actividades, conllevando a la limitación física, mental y emocional. De acuerdo a lo anterior, durante esta investigación se

describió las características y perfiles de las personas, en las que se sometió por un análisis describiendo su desempeño ocupacional.

### **Correlacional.**

Los estudios correlacionales miden las dos o más variables que se pretende ver si están o no correlacionadas en el mismo sujeto y después se analiza la correlación. El propósito y utilidad principal de los estudios correlacionales son de saber cómo se puede comportar un concepto o una variable conociendo el comportamiento de otras variables relacionadas. Es decir, intentar predecir el valor aproximado que tendrá un grupo de individuos en una variable conociendo el comportamiento de otras variables relacionadas. La correlación puede ser positiva o negativa. Si es positiva, significa que sujetos con altos valores en una variable tenderán a mostrar altos valores en la otra variable. Si es negativa, significa que sujetos con altos valores en una variable mostrarán bajos valores en la otra variable. Si no hay correlación entre las variables, ello nos indica que estas varían sin seguir un patrón sistemático entre sí. (Díaz, 2009, pág. 182).

Con base en lo anterior en la investigación, se evaluó el grado de asociación entre las variables de causalidad personal y desempeño ocupacional, que permite cuantificar y analizar su vinculación, las cuales están relacionadas a hipótesis sometidas a prueba. La correlación se llevó a cabo inicialmente por medio del programa de Microsoft Excel donde se evidencio la relación entre aspectos sociodemográficos fundamentales como el género, identidad sexual y formación académica sobre las variables independiente y dependiente, puesto que se elaboró tablas y gráficas de dispersión donde se dan a conocer el nivel de restricción en frecuencia y porcentaje sobre cada variable; de igual forma se realizó la correlación de las variables de investigación por medio de la aplicación de la fórmula de K. Pearson, el cual arrojó un coeficiente de correlación positiva perfecta, indicando que mientras la variable de causalidad personal aumenta en cuanto a la restricción, así mismo aumenta la restricción en el desempeño ocupacional en la población objeto de estudio.

## Población y muestra

### Población.

Conjunto total de elementos del que se puede seleccionar la muestra, y está conformado por elementos denominados unidades de muestreo o unidades muestrales, con cierta ubicación en espacio y tiempo. Estas unidades se denominan elementales si son el objeto último del que se pretende obtener información, y unidades no elementales, si están constituidas por grupos de unidades elementales. Las unidades de muestreo pueden ser individuos, familias compañías, etcétera (Hernández, Fernandez, & Baptista, 2006).

Para el enfoque cuantitativo, una población es un conjunto de individuos de la misma clase, limitada por el estudio. Según (Tamayo, Tamayo, 1997) la población se define como la totalidad del fenómeno a estudiar donde las unidades de población poseen una característica común, la cual estudia y da origen a los daos de la investigación. La población objeto para la investigación, son todos los adultos hombres y mujeres diagnosticados que viven y conviven con VIH/SIDA pertenecientes a las dos sedes de la fundación Hoasis el Refugio en la ciudad de Cúcuta, Norte de Santander (Tabla 2).

La población se caracteriza por ser fluctuante, con permanecía de dos meses aproximadamente de estadía en dicha fundación; por lo cual el objeto de la investigación es delimitarla lo menos posible, puesto que se abarcó en su totalidad a la población, siempre que se ajusten a los criterios de inclusión y exclusión.

Tabla 2. Fundación Hoasis el Refugio

Sede			Genero	Edad	Total
María Alejandra	Roa	Femenino		2-15 años	43 niños
Landazábal.		Masculino			
		Femenino		20-40 años	12 mujeres
María Fernanda	Franco	Femenino		20-60 años	18 adultos.
Guerrero.		Masculino			
<b>Total:</b>					<b>73</b>

Fuente: Rojas, T., 2018.

**Muestra.**

La muestra es, en esencia, un subgrupo de población. En un subconjunto de elementos que pertenecen a ese conjunto definido en sus características al que se llama población. Pocas veces es posible medir a toda la población, por lo que se obtiene o se selecciona una muestra, y desde luego, se pretende que este subconjunto sea un reflejo fiel del conjunto de la población. Todas las muestras bajo un enfoque cuantitativo deben ser representativas (Hernández, Fernandez, & Baptista, 2006). La muestra es la que puede determinar la problemática y le es capaz de generar los datos con los cuales se identifican las fallas dentro del proceso. Según (Tamayo, Tamayo, 1997) afirma que la muestra es el grupo de individuos que se toma en la población, para estudiar un fenómeno estadístico.

Ajustándose a la investigación, a los criterios de inclusión y exclusión y teniendo en cuenta que la población es fluctuante en relación a los adultos, se estableció que el tipo de muestra es no probabilístico; puesto que aborda a la población objeto disponible para el cumplimiento de los objetivos y dar respuesta de manera precisa a la formulación del problema. (Tabla 3).

Tabla 3. Fundación Hoasis el Refugio

<b>Sede</b>	<b>Genero</b>	<b>Edad</b>	<b>Total</b>
María Alejandra	Femenino	20-40 años	12 mujeres.
Roa Landazábal.	Masculino		
María Fernanda	Femenino	20-60 años	18 adultos.
Franco Guerrero.	Masculino		
<b>Total:</b>			<b>30</b>

Fuente: Rojas, T., 2018.

***Tipos de muestra.***

Básicamente categorizamos las muestras en dos grandes ramas: las muestras no probabilísticas y las muestras probabilísticas. En estas últimas todos los elementos de la población tienen la misma posibilidad de ser escogidos y se obtienen definiendo las características de la población y el tamaño de la muestra, y por medio de una selección

aleatoria o mecánica de las unidades de análisis (Hernández, Fernandez, & Baptista, 2006) (p. 241). En las muestras no probabilísticas, la elección de los elementos no depende de la probabilidad, sino de causas relacionadas con las características de la investigación o de quien hace la muestra. Aquí el procedimiento no es mecánico, ni con base en fórmulas de probabilidad, sino que depende del proceso de toma de decisiones de una persona o de un grupo de personas, y desde luego, las muestras seleccionadas obedecen a otros criterios de investigación (Hernández, Fernandez, & Baptista, 2006).

## **Criterios**

### **Criterios de inclusión.**

Son aquellos que permiten definir y caracterizar la población estudio. Generalmente definen sexo, edad y la enfermedad o condición de interés (Morrillo, Ruiz, 2004).

Dentro de la investigación los criterios de inclusión son:

Mujeres mayores de 18 años.

Hombres mayores de 18 años.

Diagnósticos con VIH/SIDA y perteneciente a un grupo poblacional vulnerable, en la cual la fundación ofrece sus servicios.

Pertenecientes a las sedes María Alejandra Roa Landazábal y María Fernanda Franco Guerrero de la fundación Hoasis el Refugio.

Firmar el consentimiento informado al inicio de la ejecución del proyecto de investigación.

### **Criterios de exclusión.**

Son aquellos que indican que quien ya cumplió los criterios de inclusión tendrá que ser excluido por alguna razón. Típicamente se trata de contraindicaciones para el estudio (Hernández, Fernandez, & Baptista, 2006).

Dentro de la investigación los criterios de exclusión son:

Mujeres menores a 18 años.

Hombres menores a 18 años.

Personas que no se alojen a las sedes María Alejandra Roa Landazábal y María Fernanda Franco Guerrero de la fundación Hoasis el Refugio.

Personas que no firmaron el consentimiento informado al inicio de la ejecución del proyecto de investigación.

### **Técnicas**

Los analistas utilizan una variedad de métodos a fin de recopilar los datos sobre una situación existente, como entrevistas, cuestionarios, inspección de registros (revisión en el sitio) y observación. Cada uno tiene ventajas y desventajas. Generalmente, se utilizan dos o tres para complementar el trabajo de cada una y ayudar a asegurar una investigación completa (Cerdeira, H, 1991).

Las técnicas a utilizar dentro del proceso de la investigación son:

#### **Técnica primaria.**

**Recopilación de la información:** Según Sampieri (2013) define como “compilaciones, resúmenes y listados de referencias publicadas en un área de conocimiento en particular (son listados de fuentes primarias). Es decir, procesan información de primera mano.

Para dar aplicación a esta técnica, se tuvo en cuenta la revisión y recopilación exhaustiva de diferentes bibliografías a través de autores que dan a conocer el objetivo de la terapia ocupacional con este tipo de población, así como la relación que existe entre la causalidad personal y desempeño ocupacional y cómo influye en las personas que se encuentran diagnósticas con VIH/SIDA y las que viven y conviven con esta enfermedad.

#### **Técnica secundaria**

**Observación:** Referido por Hernández, Fernández, & Baptista (2006) “la observación consiste en la indagación sistemática, dirigida a estudiar los aspectos más significativos de los objetos, hechos, situaciones sociales o personas en el contexto donde se desarrollan normalmente; permitiendo la comprensión de la verdadera realidad del fenómeno”. Dentro

de la observación existen dos tipos; la primera como la observación participante y la segunda como no participante; dentro del proyecto de investigación se llevará a cabo la observación participante.

***Observación participante:*** Según Taylor & Bogda (1984) es “la investigación que involucra la interacción social entre el investigador y los informantes en el milieu (escenario social, ambiente o contexto) de los últimos y durante la cual se recogen datos de modo sistemático y no intrusivo. Implica la selección del escenario social, el acceso a ese escenario, normalmente una organización o institución”. Durante esta observación, se involucrará por completo con la población objeto de estudio, al dirigirse hacia la Fundación Hoasis el Refugio y presentar un contacto más directo con cada persona, observando las características como la motivación y formas de actuar durante la ejecución de una ocupación, de igual modo, se podrá detectar el ambiente físico y características del ambiente en cada sede de la fundación.

### **Técnica terciaria**

#### ***Instrumentos de valoración***

Son el soporte físico que se emplea para recoger información entre la población a estudiar, todo recurso que nos brinda información sobre las variables dependiente, independiente y ajena a evaluar. Un instrumento de valoración sirve para recoger información que se requiere en función de las características que se pretenden evaluar y de las condiciones en que habrá de aplicarse (Hernández, Fernandez, & Baptista, 2006).

Dentro de los instrumentos de valoración para el presente proyecto de investigación se llevará a cabo por medio de la ficha sociodemográfica realizada de acuerdo a los datos generales de la población y el Perfil Ocupacional inicial del Modelo de Ocupación Humana (MOHOST), retomando las secciones de motivación por la ocupación y patrón de ocupación, en relación a las variables a investigar (causalidad personal y desempeño ocupacional).

#### **Ficha sociodemográfica.**

Según (Martínez, 2006) define la ficha sociodemográfica como el estudio estadístico de las características sociales de una población.

Así mismo, para la recolección de datos se elaboró la ficha sociodemográfica que consta de cinco preguntas de acuerdo a datos generales basados en las características principales de la población objeto de estudio, el cual presenta relación en cuanto a: edad, género, identidad sexual, ocupación anterior y formación académica. (Ver Apéndice B).

### **Perfil Ocupacional inicial del modelo de Ocupación Humana (MOHOST).**

El MOHOST (Sue Parkinson, Kirsty Forsyth, Gary Kielhofner) se basa en los conceptos del modelo de ocupación humana que aborda la motivación, el desempeño y la organización de la participación ocupacional en la vida diaria. El modelo se basa en la premisa de que el desempeño ocupacional es una fuerza central de la salud, del bienestar, y del cambio evolutivo. Visualiza a los seres humanos como sistemas dinámicos, auto-organizados que siempre evolucionan y cambian en el tiempo y a la participación ocupacional continua como la base de esta autoorganización.

Eso significa que ser humano al participar en tareas de trabajo, tiempo libre, y de la vida diaria, mantienen, reafirman, forman y cambian sus capacidades, creencias, y disposiciones. Con base a lo anterior, el MOHOST proporciona a la presente investigación el análisis de la motivación por la ocupación que pueden presentar cada una de las personas que viven y conviven con VIH/SIDA, específicamente en la apreciación de habilidades y la creencia del sentido de capacidad al ejecutar tareas significativas, la expectativa de éxito, intereses y elecciones que puedan tener cada persona ante el desempeño ocupacional óptimo. El MOHOST mide la participación ocupacional del cliente, la cual se ha definido como la participación en actividades de la vida diaria (AVD), en actividades productivas, y en actividades de tiempo libre/juego.

### ***Registro del MOHOST.***

Este registro permite la evaluación de los 24 ítems-20 relacionados a la persona y 4 relacionados con el ambiente. Es el registro del MOHOST que se recomienda, permitiendo al terapeuta ocupacional documentar las habilidades y demás aspectos ocupacionales de la persona en relación con sus ambientes.

El instrumento presenta una escala de puntajes de 4 puntos, asignar un puntaje requiere que el Terapéutica Ocupacional utilice la información reunida para realizar un juicio profesional acerca del ítem que está siendo evaluado. Este juicio profesional requiere que el terapeuta comprenda claramente el ítem que está siendo puntuado, el sistema de puntuación e información reunida.

Sistema de puntuación:

El sistema de puntuación de 4 puntos:

F: Facilita la participación ocupacional.

P: Permite la participación ocupacional.

R: Restringe la participación ocupacional.

I: Inhibe la participación ocupacional.

Para cada ítem, el terapeuta debe asignar un puntaje de F, P, R, o I como indicador de cómo el cliente participa en ocupaciones y cuan bien el ambiente apoya su participación. Para cada sistema el puntaje es el mismo en todos los ítems evaluados. Por ejemplo, un puntaje “F” indica una participación apropiada y satisfactoria, en donde la participación ocupacional de la persona refleja un funcionamiento aceptable en su cultura/contexto. Un puntaje “P” indica que hay veces en que el cliente presenta algunas dificultades en su participación ocupacional debido a detalles inapropiados o que la participación ocupacional se pone en riesgo y/o el cliente permanece vulnerable dado al impacto de este ítem. Un puntaje “R” indica que el cliente se encuentra experimentando dificultades en un área que tienen un impacto mayor en su participación ocupacional. Además, un puntaje “R” indica que la persona presenta una dificultad significativa en cumplir con las demandas de su cultura y contexto ambiental. Un puntaje “I” refleja un aspecto de la persona o del ambiente que imposibilita/inhibe/impide su participación ocupacional.

Las secciones a utilizar contemplan los siguientes ítems:

**Motivación por la ocupación:**

Apreciación De Habilidades.

Expectativas de Éxito.

Intereses.

Elecciones

**Patrón de ocupación**

Rutina

Adaptabilidad

Roles

Responsabilidad

***Confiabilidad.***

La confiabilidad de un instrumento de medición se refiere al grado en que su aplicación repetida a mismo individuo u objeto produce resultados iguales (Sampieri, 2005, p.200).

El MOHOST puede tomar 40 minutos completar el registro de un paciente con necesidades complejas. Es un formato que supera debilidades de escritura de informes, permitiéndonos ser confiables en el juicio profesional; se debe conocer al paciente a través de la observación formal en contextos de grupo o uno a uno - Observación informal en lugares abiertos - Discusión con los pacientes en relación a su motivación, roles, y rutinas, en relación a sus observaciones - Lectura de la ficha clínica - Información de otros instrumentos formales.

Se ofrecen cuatro opciones de registros de la evaluación 1. El registro del MOHOST (recomendado), 2. El registro múltiple del MOHOST (para monitorear cambios en un periodo largo), 3. El registro de observación única (de un momento con comentarios parciales, puede realizarlo el personal permanente con instrucción y firma acompañante del TO) y 4. El registro de observaciones múltiples (información rápida del personal durante cinco días.

Durante la aplicación del instrumento en el proyecto de investigación se retoma específicamente las secciones de motivación por la ocupación, la cual permite valorar la

causalidad personal y la sección de patrón de ocupación que valora el desempeño ocupacional.

***Validez.***

“La validez de contenido consiste en qué tan adecuado es el muestreo que hace una prueba del universo de posibles conductas, de acuerdo con lo que se pretende medir” Cohen, & Swerdik, 2001) citado por (Escobar & Cuevo, 2008).

Esta validez se basa en los puntajes que se proveen de una evaluación objetiva, basada en la teoría, y sucinta. Esto puede contribuir a la tomar decisiones por parte del terapeuta ocupacional y del equipo interdisciplinario en relación al tratamiento, al alta, derivación a otros lugares, y otras decisiones (Ver Apéndice C.)

## Capítulo IV

### Resultados

A partir de la aplicación del diseño metodológico del proceso investigativo se logró obtener la información deseada para describir cada una de las variables (independiente-dependiente-ajena), realizando un análisis estadístico y estableciendo una base de datos a través de un formulario de Google Drive, el cual contiene la ficha sociodemográfica y el instrumento de valoración MOHOST en sus secciones de “motivación por la ocupación” y “patrón de ocupación”. Obteniendo de esta manera, valores numéricos a través del manejo de las frecuencias, lo cual permitió realizar un histograma buscando establecer el número de repetición de cada uno de ellos.

Seguidamente se realizó de forma cuantitativa y cualitativa mediante el programa Microsoft Excel la sumatoria total de resultados, arrojando un promedio que permitió establecer tablas con los valores absolutos y el porcentaje correspondiente a los datos de la ficha sociodemográfica, posterior a ello se elabora tablas de correlación con valores estadísticos descriptivos entre los datos sociodemográficos más significativos como: género, identidad sexual y formación académica con cada una de las variables de investigación, arrojando los porcentajes más relevantes de acuerdo a la calificación del instrumento el cual se establece que: 1 (inhibe), 2 (restringe), 3 (permite) y 4 (facilita), de acuerdo a lo anterior se realizan gráficas de dispersión pudiendo observar la correlación establecida por los porcentajes significativos.

Finalmente se utilizó la fórmula de K. Pearson con la que se pudo lograr el coeficiente de correlación entre las variables de causalidad personal (V.I) y desempeño ocupacional (V.D), en el que se puede arrojar una oscilación entre -1 y +1.

-1 indica una perfecta correlación negativa (si una variable aumenta, la otra disminuye).

+1 indica una perfecta correlación positiva (si una variable aumenta, la otra también aumenta).

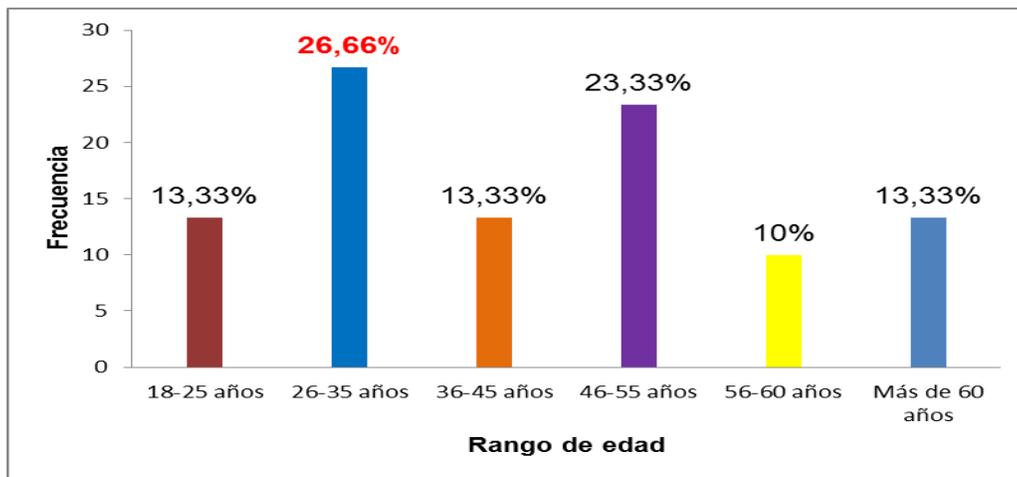
### **Análisis frecuencia sociodemográfica**

Tabla 4. Edad

Rango de edad	Frecuencia	%
18-25 años	4	13,33
26-35 años	8	26,66
36-45 años	4	13,33
46-55 años	7	23,33
56-60 años	3	10
Más de 60 años	4	13,33
TOTAL:	30	100

Fuente. Rojas, T. 2018

Figura 2. Edad



Fuente. Rojas, T. 2018

Analizando los resultados en relación a la edad cronológica del 100% de la población objeto de estudio, el rango de edad que presenta mayor prevalencia es de 26 a 35 años, equivalente al 26,66%, según el Savigila (Sistema de Vigilancia en Salud Pública) en el año 2016 se reportaron más de la mitad de casos notificados de VIH/SIDA en edades de 20 a 39 años. Según (Kielhofner, 2011), la adultez habitualmente se alcanza por un deseo creciente de logro y trabajo en forma autónoma. En la mayoría de las personas, esto se acompaña de un mayor sentido de eficacia; de igual forma, establece que los valores suelen volverse cada vez más importantes como fuerza motivadora y fuente de autoevaluación.

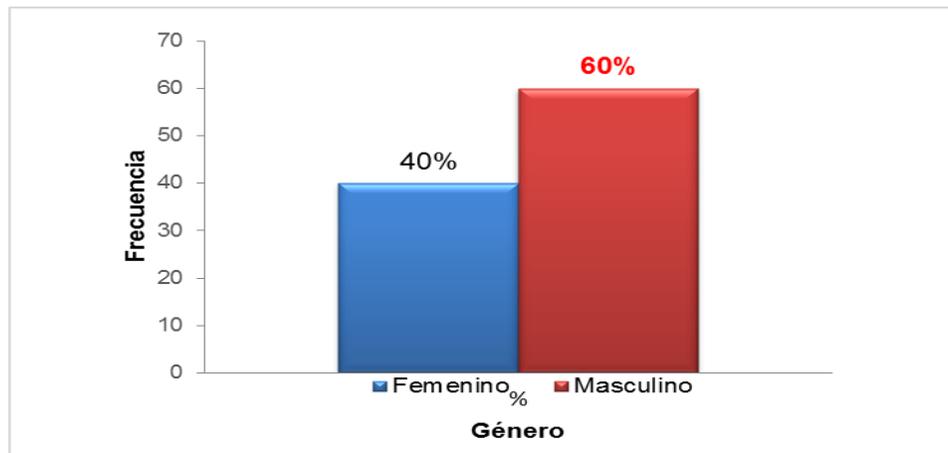
Según lo anterior, se puede determinar que las edades entre 26 a 35 años es la más prevalente en presentar el diagnóstico de VIH/SIDA, y de igual manera es el ciclo vital donde se ve afectado el desempeño ocupacional debido a factores circunstanciales que acompañan su desarrollo, así como, la limitación en la participación ocupacional y el sentido de eficacia y autoeficiencia para el uso de las capacidades y valores personales relacionados con la ocupación que conllevan a la ejecución de roles significativos.

Tabla 5. Género

Género	Frecuencia	%
Femenino	12	40
Masculino	18	60
TOTAL	30	100

Fuente. Rojas, T. 2018

Figura 3. Género



Fuente. Rojas, T. 2018

Según los resultados obtenidos, se presenta mayor prevalencia en el género masculino, equivalente al 60% de la población objeto de estudio; esto concuerda con el último Boletín Epidemiológico del Ministerio de Salud y Protección Social, el cual reporta más casos de VIH/SIDA a nivel nacional en los hombres que en mujeres (MinSalud,2013). Así mismo, la Organización de las Naciones Unidas del Sida (ONUSIDA, 2008), define la masculinidad como el género que inicia la conquista sexual, las múltiples parejas y el control

de las interacciones sexuales. De tal modo, que estos factores contribuyen al riesgo de infección de enfermedades de transmisión sexual tanto en hombres como en mujeres.

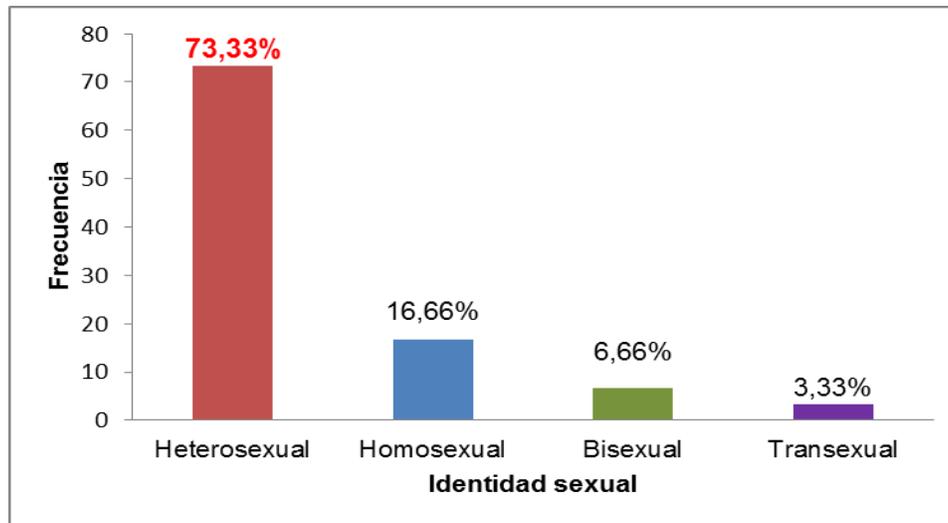
De acuerdo a lo anterior, se puede determinar que los hombres son más promiscuos y menos competentes e ineficaces al desempeñar el rol sexual, el cual conlleva a una pérdida de capacidades que impide la autorrealización de las actividades; esta autoeficacia puede verse limitada por aquellos factores importantes que pueden hacer desaparecer el control personal en la ejecución de una ocupación.

Tabla 6. Identidad sexual

Identidad sexual	Frecuencia	%
Heterosexual	22	73,33
Homosexual	5	16,66
Bisexual	2	6,66
Transexual	1	3,33
TOTAL:	30	100

Fuente. Rojas, T. 2018

Figura 4. Identidad sexual



Fuente. Rojas, T. 2018

Obteniendo un análisis sobre la identidad sexual, indica la heterosexualidad con mayor prevalencia, equivalente al 73,33% de la población objeto de estudio, seguido por la identidad homosexual con un 16,66%. Lo anterior, concuerda, con el último Boletín

Epidemiológico del Ministerio de Salud y Protección Social en el 2013, en donde el mayor índice de casos reportados de VIH/SIDA era proveniente de relaciones heterosexuales, seguido por las relaciones homosexuales. No obstante, el mayor reporte de casos heterosexuales tiene que ver con asunciones equívocas que se realizan por parte de los profesionales de la salud la orientación sexual de las personas y a confusión entre la forma como las personas se autoidentifican en relación con su comportamiento sexual.

Según (Luborsky M, 1993) en cada cultura, el patrón de desarrollo se encuentra estructurado narrativamente; es decir, la cultura transporta una narrativa dominante que descubre el ciclo vital. Abandonar la escuela, cambiar las elecciones de una carrera o divorciarse presenta variaciones en la historia del curso vital contra las cuales las personas luchan al formar su identidad. Más dramáticamente ser homosexual, tener una discapacidad, o querer vivir por fuera de la narrativa culturalmente definida, presenta desafíos importantes para el logro de la identidad.

Con base en lo anterior la población heterosexual, como la homosexual presenta afectaciones en la identidad ocupacional especialmente en aspectos como: la autoeficacia, autoimagen, autoconcepto, creencia en habilidades, autocontrol y sentido de capacidad personal, en el cual se ve afectado la volición hacia la ejecución de actividades ocupacionales.

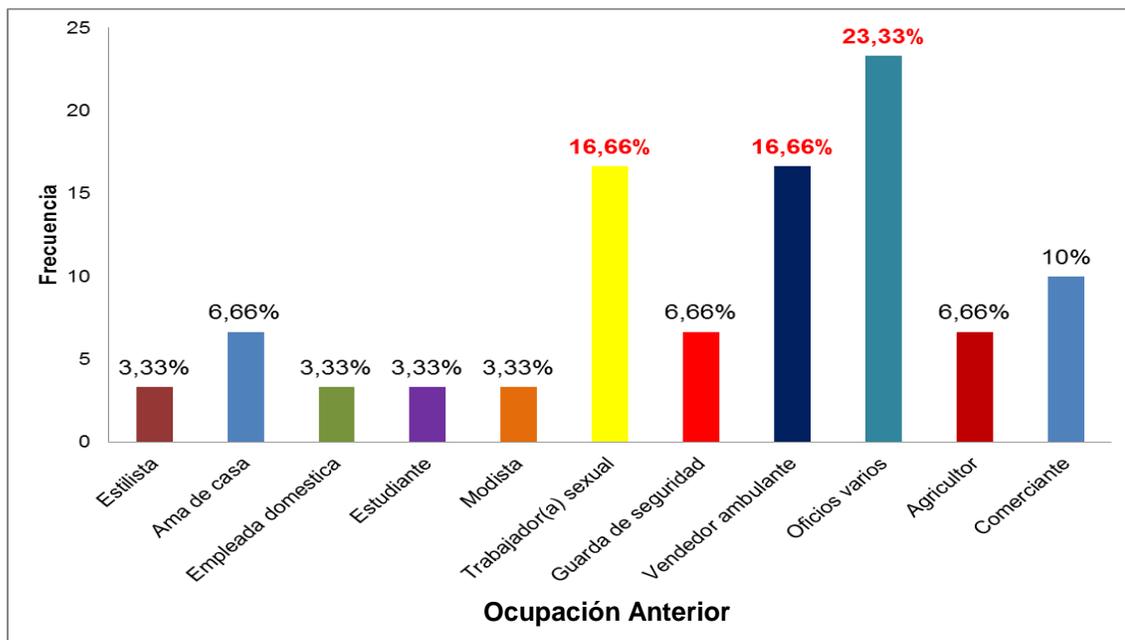
Tabla 7. Ocupación anterior

Ocupación anterior	Frecuencia	%
Estilista	1	3,33
Ama de casa	2	6,66
Empleada domestica	1	3,33
Estudiante	1	3,33

Modista	1	3,33
Trabajador(a) sexual	5	16,66
Guarda de seguridad	2	6,66
Vendedor ambulante	5	16,66
Oficios varios	7	23,33
Agricultor	2	6,66
Comerciante	3	10
<b>TOTAL:</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

Fuente. Rojas, T. 2018

Figura 5. Ocupación anterior



Fuente. Rojas, T. 2018

Analizando en relación a la ocupación anterior, se evidencia un porcentaje del 23,33% en la población objeto de estudio en la ocupación de oficios varios, en los cuales corresponde a las actividades de servicio doméstico, ayudante de construcción u otra actividad que no requiera cumplir horario ni un contrato laboral; seguido por las ocupaciones de trabajador(a) sexual con un porcentaje del 16,66% y vendedor ambulante equivalente al 16,66%. Según el Departamento Administrativo Nacional de Estadístico (DANE) en el 2018, en su último boletín en relación al empleo informal y seguridad social, en el trimestre de diciembre 2017 a febrero 2018 la población ocupada fue el trabajo informal donde estuvo principalmente compuesta por trabajadores por cuenta propia entre ellos los independientes, oficios varios, entre otros.

Expuesto por (Kielhofner, 2011) el comienzo de la etapa adulta está asociado, tradicionalmente, con la entrada en el rol de trabajador; los trabajos de media jornada y el trabajo voluntario exponen a muchos adultos al mundo laboral y les brindan la oportunidad de desarrollar habilidades para obtener y mantener trabajos, administrar el tiempo, el dinero y estar orgullosos de los logros. Así mismo, (Markks, 1977; Seiber, 1974; Spreitzer, Snyder y Larson, 1979, 2011) sugieren que la participación en muy pocos roles tiene aún más probabilidades de perjudicar el bienestar psicosocial que el hecho de tener demasiadas demandas de roles. Sin suficientes roles, la persona pierde identidad, propósitos y estructura en la vida cotidiana.

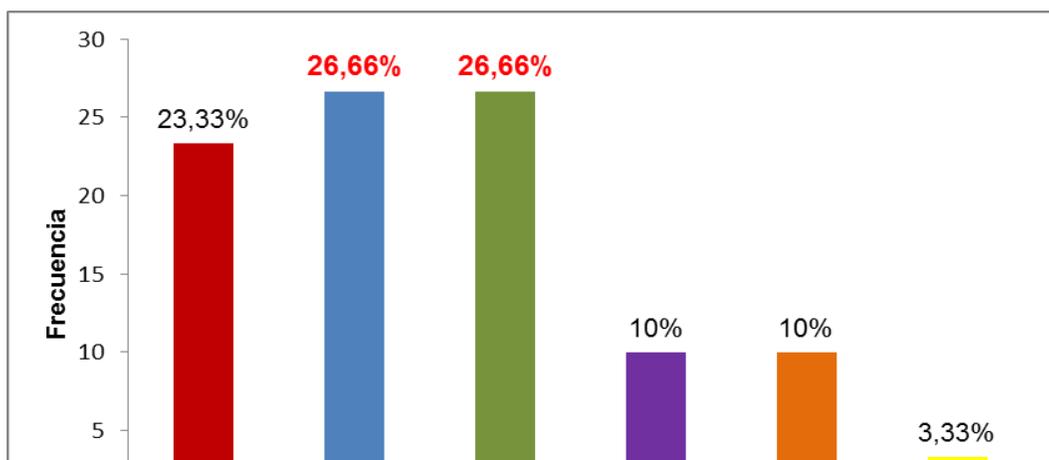
De acuerdo a lo anterior, se evidencia una disfuncionalidad en la ocupación, debido a que la población objeto de estudio ejecuta trabajos informales e ilegales, afectando de esta manera los roles ocupacionales al cambiar frecuentemente o realizar un abandono de los mismos.

Tabla 8. Formación académica

<b>Formación académica</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Primaria completa	7	23,33
Primaria incompleta	8	26,66
Secundaria completa	8	26,66
Secundaria incompleta	3	10
Técnico	3	10
Universitario	1	3,33
<b>TOTAL</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

Fuente. Rojas, T. 2018

Figura 6. Formación académica



Fuente. Rojas, T. 2018

En relación a la formación académica, se evidencia un porcentaje del 26,66% de la población que realizó la primaria incompleta, como también el 26,66% cursaron la secundaria completa. Entre los niveles de escolaridad, el (DANE, 2008) en el tema estratégico de acceso a la educación de la población vulnerable, revela que la población colombiana más vulnerable apenas llega a educación secundaria, son muy pocos los que avanzan hacia el nivel profesional y logran realizar una especialización, maestría o doctorado.

Así mismo, (Kielhofner, 2011) refiere que el inicio de la adultez esta asociado tradicionalmente con la entrada en el rol de trabajador, pero el ingreso laboral puede diferir de modo radical, dependiendo si la persona trabaja directamente después de la escuela secundaria, asiste a la universidad u obtiene una educación de posgrado, de igual manera (Bonder, 1994) menciona que los adultos jóvenes y de mediana edad, se encuentran adquiriendo nuevas capacidades, mientras que la adultez tardía se caracteriza por cierta disminución de la capacidad, afectando el desempeño ocupacional.

Por consiguiente, el nivel de formación académica afecta los valores personales durante la etapa adulta, puesto que el nivel de escolaridad influye en la adquisición de una ocupación significativa que genera un vivir satisfactorio; por lo tanto entre más niveles de estudio tenga la persona más oportunidades laborales pueden tener y el desarrollo de intereses personales; proporcionando una identidad ocupacional. En relación a lo anterior, la población objeto de estudio que no presentan niveles educativos superiores se encuentran en una disfuncionalidad en el desempeño ocupacional, puesto que existe limitación en la

participación ocupacional al evidenciarse menos oportunidades debido a la exigencia por el nivel de escolaridad requerido para un rol laboral que genere una calidad de vida adecuada.

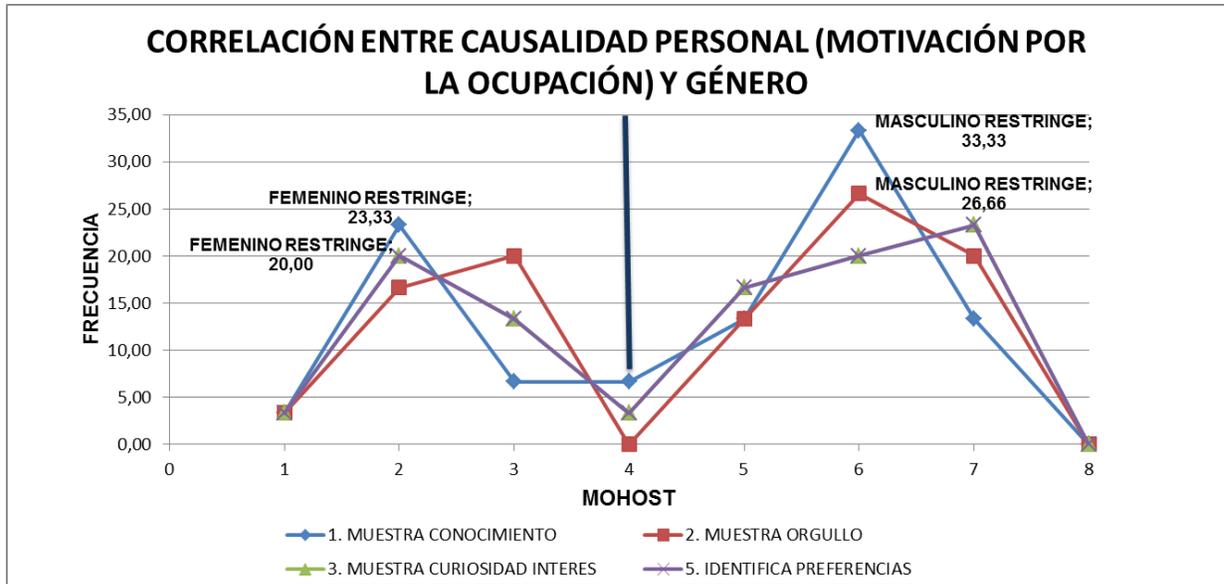
**Correlación entre datos sociodemograficos y variables de investigación (causalidad perspnal-Desempeño Ocupacional).**

Tabla 7. Correlación entre Causalidad Personal (motivación por la ocupación) y género

CALIFICACIÓN  MOTIVACIÓN POR LA OCUPACIÓN	4- FACILITA		3- PERMITE		2- RESTRINGE		1- INHIBE		TOTAL								
	FEMENINO		MASCULINO		FEMENINO		MASCULINO										
	F	%	F	%	F	%	F	%									
MUESTRA CONOCIMIENTO	2	6.66	0	0	2	6.66	4	13.33	7	23.33	10	33.33	1	3.33	4	13.33	30
MUESTRA ORGULLO/DESAFIOS	0	0	0	0	6	20	6	20	5	16.66	8	26.66	1	3.33	4	13.33	
MUESTRA CURIOSIDAD/INTERES	1	3.33	0	0	4	13.33	7	23.33	6	20	6	20	1	3.33	5	16.66	
IDENTIFICAS PREFERENCIAS	1	3.33	0	0	4	13.33	7	23.33	6	20	6	20	1	3.33	5	16.66	

Fuente. Rojas, T. 2018

Figura 5. Correlación entre Causalidad Personal (motivación por la ocupación) y género.



Fuente. Rojas, T. 2018

En la población objeto de estudio, a nivel de la motivación por la ocupación, el cual permite valorar la causalidad personal, se evidencia mayor porcentaje tanto en género femenino como masculino. Los porcentajes del género femenino representan un 23,33% en el ítem de muestra conocimiento y un 20,00% en muestra curiosidad interés e identifica preferencias; y en el género masculino se evidencian porcentajes de: 33,33% en muestra conocimiento y un 26,66% en muestra orgullo, obteniendo una calificación según el instrumento de valoración de 2 (Restringe), el cual las personas se encuentran experimentando dificultades en las áreas de: apreciación de habilidades (sentido de capacidad, creencia y evaluación de habilidades), expectativas de éxito (sentido de eficacia, control, esperanza y optimismo), intereses (goce expresado, satisfacción, curiosidad y participación) y elecciones (disposición al cambio, meta, sentido de compromiso y propósito), presentando un impacto mayor en la participación ocupacional.

Esto demuestra que a nivel del desempeño ocupacional según los resultados del MOHOST y expuestos por los autores del instrumento (Parkinson, Forsyth & Kielhofner) se vio afectado más en el género masculino en un 33,33% a nivel de restricción en la participación ocupacional al evidenciarse un desempeño inefectivo en cuanto a la causalidad personal puesto que las personas se le dificulta la comprensión de fortalezas y limitaciones si no se le apoya; así como en mantener la confianza para superar aquellas limitaciones u

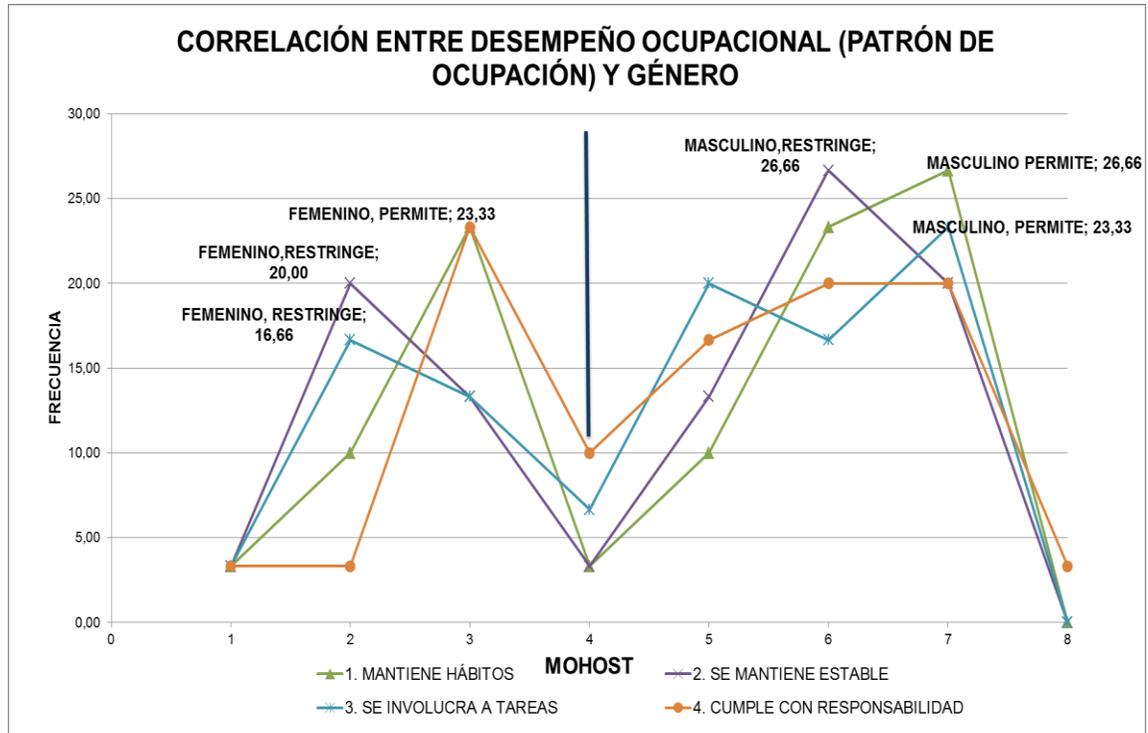
obstáculos bajo el sentido de eficacia; no identifican intereses ni establecen metas personales para la elección y ejecución de actividades ocupacionales, conllevando a resultados no deseados, observándose un déficit de leve a moderado en el desempeño ocupacional.

Tabla 8. Correlación entre Desempeño Ocupacional (patrón de ocupación) y género.

CALIFICACIÓN  PATRÓN DE OCUPACIÓN	4- FACILITA				3- PERMITE				2- RESTRINGE				1- INHIBE				TOTAL
	FEMENINO		MASCULINO		FEMENINO		MASCULINO		FEMENINO		MASCULINO		FEMENINO		MASCULINO		
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	
MANTIENE HÁBITOS	1	3.33	0	0	7	23.33	8	26.66	3	10	7	23.33	1	3.33	3	10	30
SE MANTIENE ESTABLE	1	3.33	0	0	4	13.33	6	20	6	20	8	26.66	1	3.33	4	13.33	
SE INVOLUCRA A TAREAS	2	6.66	0	0	4	13.33	7	23.33	5	16.66	5	16.66	1	3.33	6	20	
CUMPLE CON RESPONSABILIDAD	3	10	1	3.33	7	23.33	6	20	1	3.33	6	20	1	3.33	5	16.66	

Fuente. Rojas, T. 2018

Figura 6. Correlación entre Desempeño Ocupacional (patrón de ocupación) y Género



Fuente. Rojas, T. 2018

Según la correlación entre el género y desempeño ocupacional en la población objeto de estudio, a nivel de patrón de ocupación, se evidencian mayores porcentajes tanto en género femenino y masculino. En cuanto al femenino, se obtienen datos del 20,00% en se mantiene estable y 16,66% en se involucra en tareas con una calificación de 2 (restringe), sin embargo se muestra un resultado del 23,33% en mantiene hábitos y cumple con responsabilidad con una calificación de acuerdo con el instrumento de valoración de 3 (permite); por lo tanto, en el género masculino se evidencian porcentajes de: 26,66% en cuanto a: se mantiene estable con una calificación de 2 (restringe) y en los ítems de mantiene hábitos con un 26,66% y se involucra en tareas con un 23,33% presentando una calificación de 3 (permite).

De acuerdo a lo anterior y según los autores (Parkinson, Forsyth y Kielhofner) que rigen los parámetros para la calificación por medio del instrumento de valoración, se evidencia mayor prevalencia en el género masculino con un porcentaje del (26,66%), obteniendo una calificación 2 (restringe) en el desempeño ocupacional, en el cual las personas se encuentran experimentando dificultades en las áreas de: rutinas (equilibrio, estructura y productividad), adaptabilidad (anticipación, flexibilidad y respuesta al cambio), roles (participación,

pertenencia y respuestas a las demandas de acuerdo a la variedad de roles) y responsabilidad (reconocimiento, manejo, aceptación y cumplimiento de obligaciones) presentando un impacto mayor en la participación ocupacional.

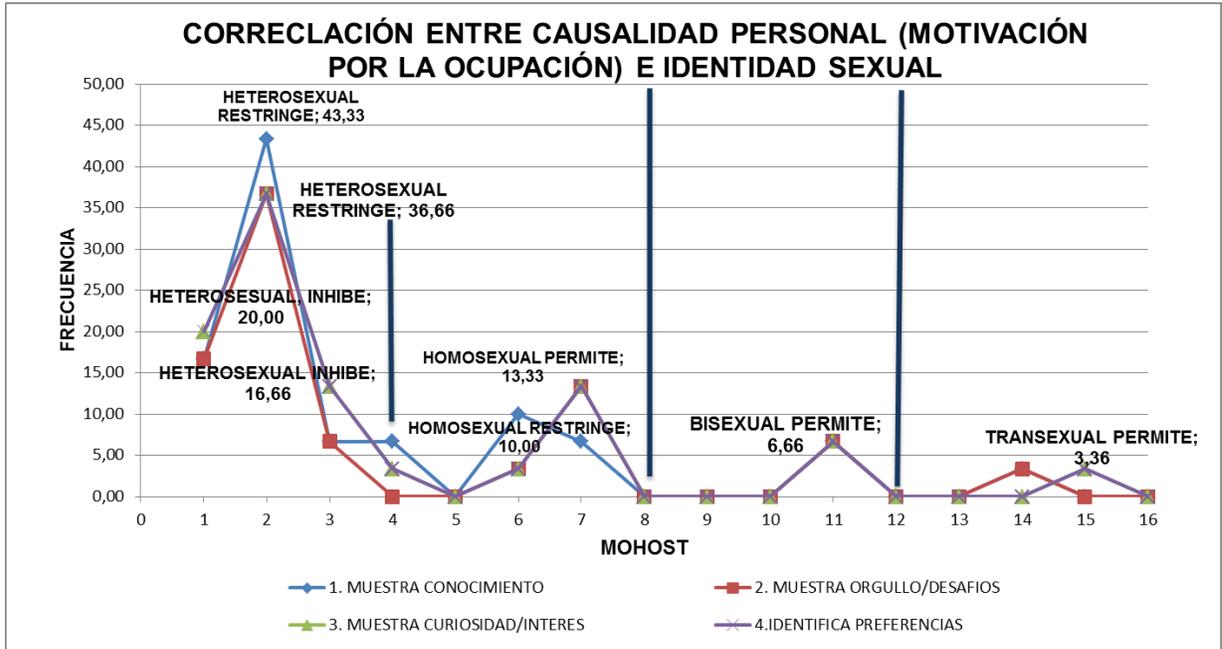
Esto demuestra que a nivel del desempeño ocupacional según el MOHOST los hombres adultos que se encuentran en la fundación Hoasis el Refugio presenta mayor restricción en la participación ocupacional al evidenciarse un desempeño inefectivo puesto que presentan dificultad en la organización de rutinas equilibradas en cuanto a las actividades productivas y de la vida diaria, no ser flexibles para la adaptación a cambios que se puedan generar, presentan limitación en la identificación de roles, bajo sentido de pertenencia y no cumplir con las expectativas y obligaciones del rol impuesto, llevando a resultados no deseados, observándose un déficit de leve a moderado en el desempeño ocupacional, requiriendo apoyo, asistencia y/o ánimo para mantener la participación ocupacional.

Tabla 9. Correlación entre Causalidad Personal (motivación por la ocupación) e identidad sexual.

MOTIVACIÓN POR LA OCUPACIÓN		CALIFICACIÓN	MUESTRA CONOCIMIENTO	MUESTRA ORGULLO/DESAFIOS	MUESTRA CURIOSIDAD/INTERES	IDENTIFICA PREFERENCIAS
4- FACILITA	HETEROSEXUAL	FRECUENCIA	2	0	1	1
		%	6.66	0	3.33	3.33
	HOMOSEXUAL	FRECUENCIA	0	0	0	0
		%	0	0	0	0
	BISEXUAL	FRECUENCIA	0	0	0	0
		%	0	0	0	0
	TRANSGENERO	FRECUENCIA	0	0	0	0
		%	0	0	0	0
3- PERMITE	HETEROSEXUAL	FRECUENCIA	2	6	4	4
		%	6.66	6.66	13.33	13.33
	HOMOSEXUAL	FRECUENCIA	2	4	4	4
		%	6.66	13.33	13.33	13.33
	BISEXUAL	FRECUENCIA	2	2	2	2
		%	6.66	6.66	6.66	6.66
	TRANSGENERO	FRECUENCIA	0	0	1	1
		%	0	0	3.33	3.33
2- RESTRINGE	HETEROSEXUAL	FRECUENCIA	<b>13</b>	<b>11</b>	<b>11</b>	<b>11</b>
		%	<b>43.33</b>	<b>36.66</b>	<b>36.66</b>	<b>36.66</b>
	HOMOSEXUAL	FRECUENCIA	3	1	1	1
		%	10	3.33	3.33	3.33
	BISEXUAL	FRECUENCIA	0	0	0	0
		%	0	0	0	0
	TRANSGENERO	FRECUENCIA	1	1	0	0
		%	3.33	3.33	0	0
1- INHIBE	HETEROSEXUAL	FRECUENCIA	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>6</b>
		%	<b>16.66</b>	<b>16.66</b>	<b>20</b>	<b>20</b>
	HOMOSEXUAL	FRECUENCIA	0	0	0	0
		%	0	0	0	0
	BISEXUAL	FRECUENCIA	0	0	0	0
		%	0	0	0	0
	TRANSGENERO	FRECUENCIA	0	0	0	0
		%	0	0	0	0
TOTAL			30			

Fuente. Rojas, T. 2018

Figura 7. Correlación entre Causalidad Personal (motivación por la ocupación) e identidad sexual.



Fuente. Rojas, T. 2018

Analizando la correlación entre identidad sexual y causalidad personal en la población objeto de estudio, a nivel de motivación por la ocupación, se evidencia un mayor porcentaje con un 43,33% en la población heterosexual en el ítem de muestra conocimiento, así como en los ítems de muestra orgullos/desafíos y curiosidad/interés con un porcentaje del 36,66% cada uno, obteniendo una calificación de 2 (restringe), que según los autores del instrumento de valoración (Parkinson, Forsyth & Kielhofner) refieren que las personas se encuentran experimentando dificultades en las áreas de: apreciación de habilidades (sentido de capacidad, creencia y evaluación de habilidades), expectativas de éxito (sentido de eficacia, control, esperanza y optimismo), intereses (goce expresado, satisfacción, curiosidad y participación) y elecciones (disposición al cambio, meta, sentido de compromiso y propósito), presentando un impacto mayor en la participación ocupacional.

Esto demuestra que la causalidad personal afecta los niveles del desempeño ocupacional, según estos resultados observados por el MOHOST; los adultos heterosexuales que se encuentran en la fundación Hoasis el Refugio, presentan una restricción en la participación ocupacional con un desempeño inefectivo que interfiere con el funcionamiento ocupacional

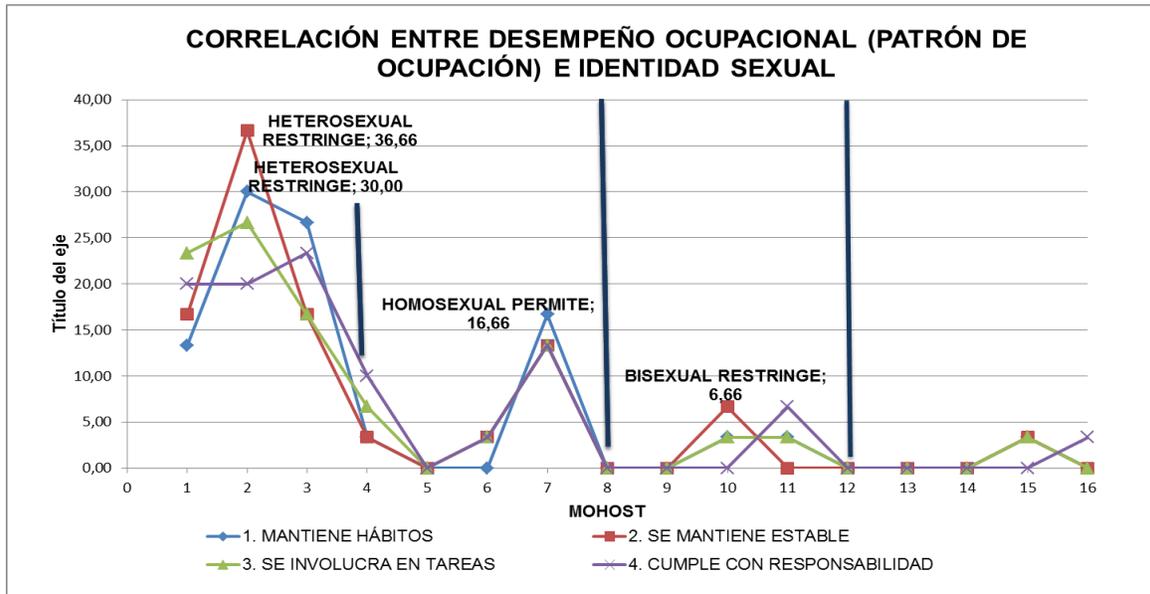
y lleva a resultados no deseados, observándose un déficit de leve a moderado en el desempeño ocupacional. De igual forma, se evidencia un porcentaje significativo del 20,00% en identifica preferencias y muestra curiosidad/interés y un 16,66% en muestra orgullo/desafíos de la población heterosexual en los mismos ítems anteriores, el cual arroja una calificación de 1 (inhibe) que imposibilita, inhibe/impide su participación. Esto indica que existe un desempeño deficitario al no reflexionar sobre sus habilidades, limitaciones, no establecer metas e identificar intereses, que impide el funcionamiento ocupacional y lleva a resultados inaceptables.

Tabla 10. Correlación entre Desempeño Ocupacional (patrón de ocupación) e identidad sexual.

CALIFICACIÓN		PATRÓN DE OCUPACIÓN		MANTIENE HÁBITOS	SE MANTIENE ESTABLE	SE INVOLUCRA A TAREAS	CUMPLE CON RESPONSABILIDAD
		FRECUENCIA	%				
4- FACILITA	HETEROSEXUAL	FRECUENCIA		1	1	2	3
		%		3.33	3.33	6.66	10
	HOMOSEXUAL	FRECUENCIA		0	0	0	0
		%		0	0	0	0
	BISEXUAL	FRECUENCIA		0	0	0	0
%			0	0	0	0	
TRANSGENERO	FRECUENCIA		0	0	0	1	
	%		0	0	0	3.33	
3- PERMITE	HETEROSEXUAL	FRECUENCIA		8	5	5	7
		%		26.66	16.66	16.66	23.33
	HOMOSEXUAL	FRECUENCIA		5	4	4	4
		%		16.66	13.33	13.33	13.33
	BISEXUAL	FRECUENCIA		1	0	1	2
%			3.33	0	3.33	6.66	
TRANSGENERO	FRECUENCIA		1	1	1	0	
	%		3.33	3.33	3.33	0	
2- RESTRINGE	HETEROSEXUAL	FRECUENCIA		<b>9</b>	<b>11</b>	<b>8</b>	<b>6</b>
		%		<b>30</b>	<b>36.66</b>	<b>26.66</b>	<b>20</b>
	HOMOSEXUAL	FRECUENCIA		0	1	1	1
		%		0	3.33	3.33	3.33
	BISEXUAL	FRECUENCIA		1	2	1	0
%			3.33	6.66	3.33	0	
TRANSGENERO	FRECUENCIA		0	0	0	0	
	%		0	0	0	0	
1- INHIBE	HETEROSEXUAL	FRECUENCIA		4	5	7	6
		%		13.33	16.66	23.33	20
	HOMOSEXUAL	FRECUENCIA		0	0	0	0
		%		0	0	0	0
	BISEXUAL	FRECUENCIA		0	0	0	0
%			0	0	0	0	
TRANSGENERO	FRECUENCIA		0	0	0	0	
	%		0	0	0	0	
TOTAL				30			

Fuente. Rojas, T. 2018

Figura 8. . Correlación entre Desempeño Ocupacional (patrón de ocupación) e identidad sexual.



Fuente. Rojas, T. 2018

Según la correlación entre identidad sexual y desempeño ocupacional en la población objeto de estudio, a nivel de patrón de ocupación el mayor porcentaje del 36,66% se evidencio en la población heterosexual en el ítem de se mantiene estable, así mismo, se observa un porcentaje del 30,00% en mantiene hábitos; de acuerdo con la calificación otorgada por los autores del instrumento de valoración (Parkinson, Forsyth & Kielhofner) estos porcentajes presentan una calificación de 2 (restringe) en la cual las personas se encuentran experimentando dificultades en las áreas de: rutinas (equilibrio, estructura y productividad), adaptabilidad (anticipación, flexibilidad y respuesta al cambio), roles (participación, pertenencia y respuestas a las demandas de acuerdo a la variedad de roles) y responsabilidad (reconocimiento, manejo, aceptación y cumplimiento de obligaciones), presentando un impacto mayor en la participación ocupacional.

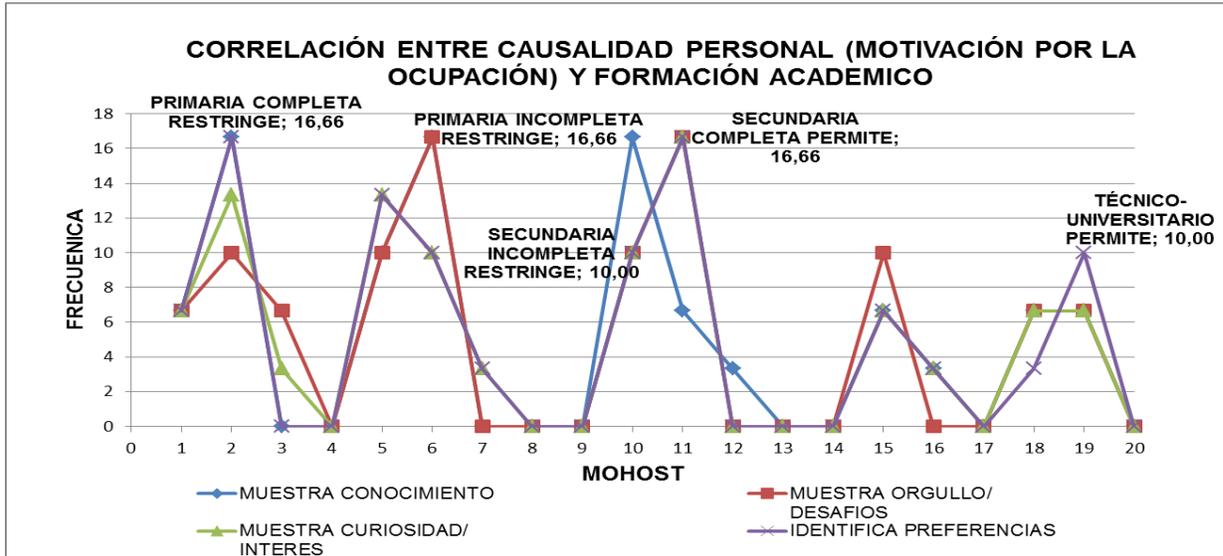
Esto demuestra que a nivel del desempeño ocupacional según el MOHOST, los adultos heterosexuales que se encuentran en la fundación Hoasis el Refugio presentan restricción en la participación ocupacional al evidenciarse un desempeño inefectivo que interfiere con el funcionamiento de la ocupación y lleva a resultados no deseados, observándose un déficit de leve a moderado en el desempeño ocupacional, al presentarse dificultades en la organización

de rutinas equilibradas en cuanto a las actividades productivas y de la vida diaria, no ser flexibles para la adaptación a cambios que se puedan generar, presentan limitación en la identificación de roles, bajo sentido de pertenencia y no cumplir con las expectativas y obligaciones del rol impuesto, llevando a resultados no deseados, observándose un déficit de leve a moderado en el desempeño ocupacional, requiriendo apoyo, asistencia y/o ánimo para mantener la participación ocupacional.

Tabla 11. Correlación entre Causalidad Personal (motivación por la ocupación) y formación académica.

CALIFICACIÓN		MOTIVACIÓN POR LA OCUPACIÓN		MUESTRA CONOCIMIENTO	MUESTRA ORGULLO/ DESAFÍOS	MUESTRA CURIOSIDAD/ INTERES	IDENTIFICA PREFERENCIAS
4- FACILITA	PRIMARIA COMPLETA	FRECUENCIA	0	0	0	0	0
		%	0	0	0	0	0
	PRIMARIA INCOMPLETA	FRECUENCIA	0	0	0	0	0
		%	0	0	0	0	0
	SECUNDARIA COMPLETA	FRECUENCIA	1	0	0	0	0
		%	3.33	0	0	0	0
3- PERMITE	SECUNDARIA INCOMPLETA	FRECUENCIA	1	0	1	1	1
		%	3.33	0	3.33	3.33	3.33
	TÉCNICO-UNIVERSITARIO	FRECUENCIA	0	0	0	0	0
		%	0	0	0	0	0
	PRIMARIA COMPLETA	FRECUENCIA	0	2	1	0	0
		%	0	6.66	3.33	0	0
2- RESTRINGE	PRIMARIA INCOMPLETA	FRECUENCIA	0	0	1	1	1
		%	0	0	3	3	3
	SECUNDARIA COMPLETA	FRECUENCIA	2	5	5	5	5
		%	6.66	16.66	16.66	16.66	16.66
	SECUNDARIA INCOMPLETA	FRECUENCIA	2	3	2	2	2
		%	6.66	10	6.66	6.66	6.66
1- INHIBE	TÉCNICO-UNIVERSITARIO	FRECUENCIA	2	2	2	3	3
		%	6.66	6.66	6.66	10	10
	PRIMARIA COMPLETA	FRECUENCIA	5	3	4	5	5
		%	16.66	10	13.33	16.66	16.66
	PRIMARIA INCOMPLETA	FRECUENCIA	5	5	3	3	3
		%	16.66	16.66	10	10	10
TOTAL	SECUNDARIA COMPLETA	FRECUENCIA	5	3	3	3	3
		%	16.66	10	10	10	10
	SECUNDARIA INCOMPLETA	FRECUENCIA	0	0	0	0	0
		%	0	0	0	0	0
	TÉCNICO-UNIVERSITARIO	FRECUENCIA	2	2	2	1	1
		%	6.66	6.66	6.66	3.33	3.33
TOTAL	PRIMARIA COMPLETA	FRECUENCIA	2	2	2	2	2
		%	6.66	6.66	6.66	6.66	6.66
	PRIMARIA INCOMPLETA	FRECUENCIA	3	3	4	4	4
		%	10	10	13.33	13.33	13.33
	SECUNDARIA COMPLETA	FRECUENCIA	0	0	0	0	0
		%	0	0	0	0	0
TOTAL	SECUNDARIA INCOMPLETA	FRECUENCIA	0	0	0	0	0
		%	0	0	0	0	0
	TÉCNICO-UNIVERSITARIO	FRECUENCIA	0	0	0	0	0
		%	0	0	0	0	0
	TOTAL			30			

Figura 9. Correlación entre Causalidad Personal (motivación por la ocupación) y formación académica.



Fuente. Rojas, T. 2018

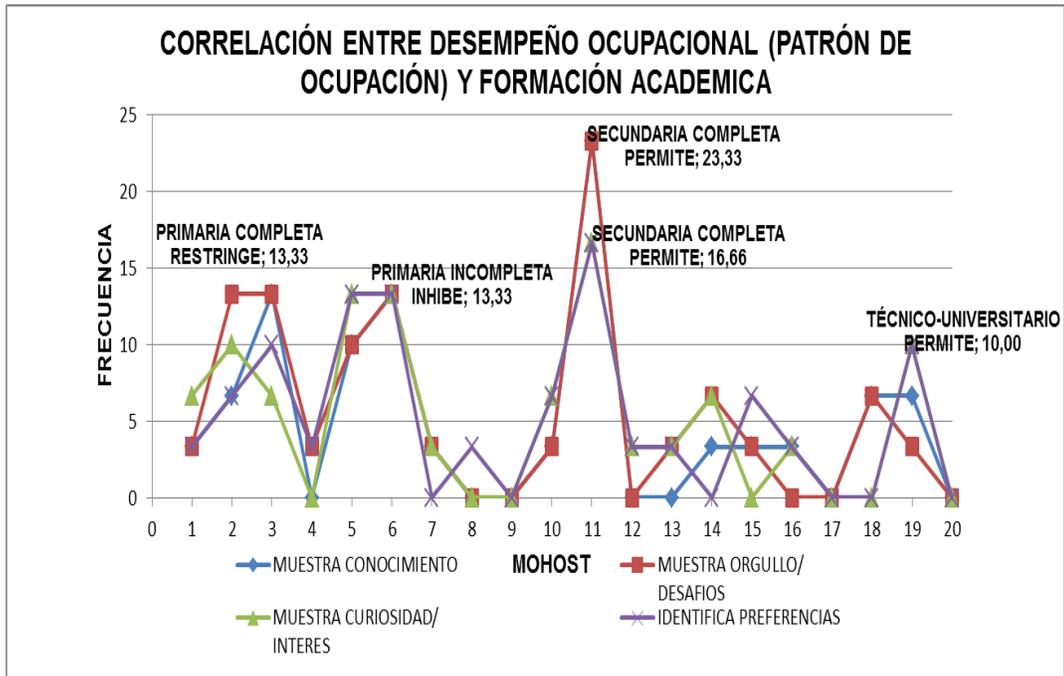
Analizando la correlación entre formación académica y causalidad personal en la población objeto de estudio, a nivel de motivación por la ocupación, se evidenció mayor porcentaje del 16,66% por igual en la formación académica de primaria completa, incompleta y un 10,00% en secundaria incompleta evidenciándose niveles educativos bajos, especialmente en los ítems de: muestra conocimiento, orgullos/desafíos e identificación de preferencias, de acuerdo con la calificación otorgada por los autores del instrumento de valoración (Parkinson, Forsyth & Kielhofner), se obtiene una calificación de 2 (restringe), debido a que las personas adultas que no culminaron un nivel educativo superior pertenecientes a la fundación Hoasis el Refugio se encuentran experimentando dificultades en las áreas de: apreciación de habilidades (sentido de capacidad, creencia y evaluación de habilidades), expectativas de éxito (sentido de eficacia, control, esperanza y optimismo), intereses (goce expresado, satisfacción, curiosidad y participación) y elecciones (disposición al cambio, meta, sentido de compromiso y propósito), presentando un impacto mayor en la participación ocupacional. Esto demuestra que a nivel del desempeño ocupacional y formación académica según el MOHOST, hay restricción en la participación ocupacional al evidenciarse un desempeño inefectivo que interfiere con el funcionamiento ocupacional y lleva a resultados no deseados, observándose un déficit de leve a moderado en el desempeño

ocupacional. Cabe resaltar la observación de un porcentaje significativo en la formación académica de secundaria completa con un 16,66%, otorgando una calificación de 3 (permite) en los ítems de muestra orgullo/desafíos, interés/curiosidad e identifica preferencias, permitiendo a las personas adultas que alcanzaron este nivel educativo el funcionamiento ocupacional, sin embargo, presentan algunas dificultades debido a detalles inapropiados o que la participación ocupacional se muestra en riesgo y/o permanecer vulnerable, en este caso se puede evidenciar específicamente en las personas que se encuentran en la fundación Hoasis el Refugio puesto que a pesar de completar la secundaria, no se le ofrecen oportunidades significativas para la ejecución de un rol laboral.

Tabla 12. Correlación entre Desempeño Ocupacional (patrón de ocupación) y formación académica.

CALIFICACIÓN		PATRÓN DE OCUPACIÓN		MANTIENE HABITOS	SE MANTIENE ESTABLE	SE INVOLUCRA EN TAREAS	CUMPLE CON RESPONSABILIDAD
4- FACILITA	PRIMARIA COMPLETA	FRECUENCIA	0	1	0	1	
		%	0	3.33	0	3.33	
	PRIMARIA INCOMPLETA	FRECUENCIA	0	0	0	1	
		%	0	0	0	3.33	
	SECUNDARIA COMPLETA	FRECUENCIA	0	0	1	1	
		%	0	0	3.33	3.33	
SECUNDARIA INCOMPLETA	FRECUENCIA	1	0	1	1		
	%	3.33	0	3.33	3.33		
3- PERMITE	TÉCNICO- UNIVERSITARIO	FRECUENCIA	0	0	0	0	
		%	0	0	0	0	
	PRIMARIA COMPLETA	FRECUENCIA	4	1	2	3	
		%	13.33	3.33	6.66	10	
	PRIMARIA INCOMPLETA	FRECUENCIA	1	1	1	0	
		%	3.33	3.33	3.33	0	
SECUNDARIA COMPLETA	FRECUENCIA	7	7	5	5		
	%	23.33	23.33	16.66	16.66		
SECUNDARIA INCOMPLETA	FRECUENCIA	1	1	0	2		
	%	3.33	3.33	0	6.66		
TÉCNICO- UNIVERSITARIO	FRECUENCIA	2	1	3	3		
	%	6.66	3.33	10	10		
2- RESTRINGE	PRIMARIA COMPLETA	FRECUENCIA	2	4	3	2	
		%	6.66	13.33	10	6.66	
	PRIMARIA INCOMPLETA	FRECUENCIA	4	4	3	3	
		%	13.33	13.33	13.33	13.33	
	SECUNDARIA COMPLETA	FRECUENCIA	1	1	2	2	
		%	3.33	3.33	6.66	6.66	
SECUNDARIA INCOMPLETA	FRECUENCIA	1	2	2	0		
	%	3.33	6.66	6.66	0		
TÉCNICO- UNIVERSITARIO	FRECUENCIA	2	2	0	0		
	%	6.66	6.66	0	0		
1- INHIBE	PRIMARIA COMPLETA	FRECUENCIA	1	1	2	1	
		%	3.33	3.33	6.66	3.33	
	PRIMARIA INCOMPLETA	FRECUENCIA	3	3	4	4	
		%	10	10	13.33	13.33	
	SECUNDARIA COMPLETA	FRECUENCIA	0	0	0	0	
		%	0	0	0	0	
SECUNDARIA INCOMPLETA	FRECUENCIA	0	0	0	0		
	%	0	0	0	0		
TÉCNICO- UNIVERSITARIO	FRECUENCIA	0	1	1	1		
	%	0	3.33	3.33	3.33		
TOTAL			30				

Figura 10. Correlación entre Desempeño Ocupacional (patrón de ocupación) y formación académica.



Fuente. Rojas, T. 2018

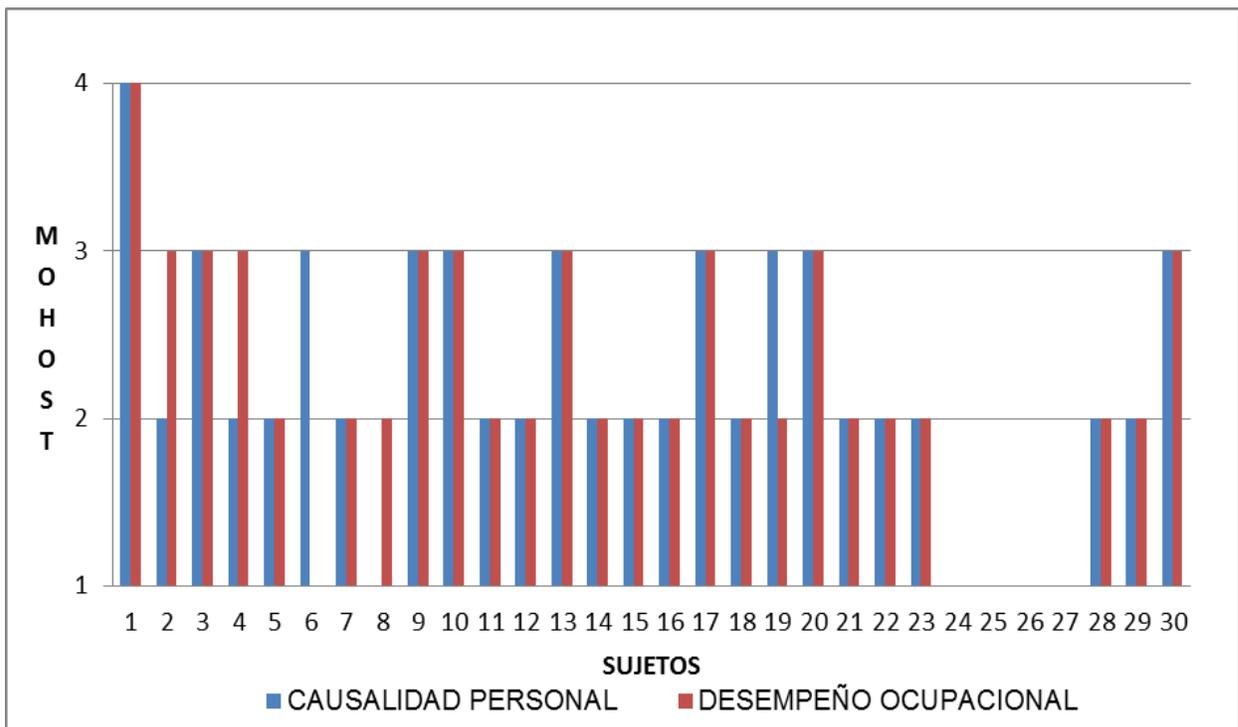
En la población objeto de estudio a nivel de patrón de ocupación el mayor porcentaje (23,33%) de calificación en relación a la formación académica se encuentra en secundaria completa, en los siguientes ítems: mantiene hábitos, se mantiene estable, se involucra en tareas y cumple con responsabilidad, con una calificación de 3(permite), donde las personas que viven y conviven con VIH/SIDA presentan algunas dificultades en las áreas de: rutinas (estructura-productividad), adaptabilidad (anticipación y respuesta al cambio), roles (participación-pertenencia) y responsabilidad (aceptación y cumplimiento de obligaciones), debido a detalles inapropiados, o que la participación ocupacional se pone en riesgo y/o que los usuarios permanecen vulnerables, indicando que el desempeño genera apoyo al funcionamiento ocupacionales y algunas veces lleva a resultados inciertos.

Seguidamente se obtiene un puntaje de 2 (restringe) en primaria incompleta con un 13,33%, lo cual indica que restringe la participación ocupacional al evidenciarse un desempeño inefectivo que interfiere con el funcionamiento ocupacional y lleva a resultados no deseados, observándose un déficit de leve a moderado en el desempeño ocupacional, al

presentarse dificultad en cumplir con expectativas, identificación de roles, adaptarse a cambios y organizar rutinas equilibradas, por lo tanto, requieren de apoyo, asistencia y/o ánimo, para mantener la participación ocupacional.

Y por último, se obtiene una calificación de 1 (inhibe) en primaria incompleta con un 13,33%, dando a conocer que: se reflejan aspectos en las personas que imposibilita, inhibe/impide su participación. Esto indica que existe un desempeño deficitario al no reflexionar sobre sus habilidades, limitaciones, no establecer metas e identificar intereses, que impide el funcionamiento ocupacional y lleva a resultados inaceptables.

Figura 11. Correlación entre variable independiente (Causalidad Personal) y variable dependiente (Desempeño Ocupacional)



Fuente. Rojas, T. 2018

Analizando la gráfica 15, se obtiene la cantidad total de la población objeto de estudio de la fundación Hoasis el Refugio, en el que se observan los resultados arrojados durante la valoración por medio del instrumento MOHOST, determinando las siguientes puntuaciones: 1 (inhibe), 2 (restringen), 3 (permiten) y 4 (facilitan) que fueron otorgados de manera precisa a las variables de investigación causalidad personal (V.I.) y desempeño ocupacional (V.D.).

De acuerdo a lo anterior se evidencia un mayor número de calificación 2 (restringe), el cual hace referencia a la restricción de la causalidad personal así como el desempeño ocupacional, indicando dificultades en áreas específicas que implican la causalidad personal como el sentido de capacidad de sus habilidades (apreciación de habilidades-expectativas de éxito-intereses-elecciones) y autoeficacia de las mismas, conllevando a un desempeño inefectivo que interfiere en la participación ocupacional (organizar rutinas-adaptación al cambio-identificación y ejecución de roles-cumplimiento de responsabilidades).

De esta manera, se estableció el grado de correlación con el fin de determinar la influencia de la causalidad personal en el desempeño ocupacional, de cómo se relacionan aspectos importantes de la persona en cuanto a capacidades y creencia de sí mismo y ejecutar una ocupación.

### **Coefficiente de correlación**

Según (Pearson, K, 1930), el coeficiente de correlación es una medida del grado entre dos (o más) variables. También se conoce como coeficiente de correlación cruzada. Puede oscilar entre -1 y +1. -1 indica una perfecta correlación negativa (si una variable aumenta, la otra disminuye) y +1 indica una perfecta correlación positiva (si una variable aumenta, la otra también aumenta).

A continuación se muestra la formula estadística de Pearson utilizada para el establecer coeficiente de correlación entre las variables de investigación:

$$r_{xy} = \frac{n \sum X_i Y_i - (\sum X_i)(\sum Y_i)}{\sqrt{n \sum X_i^2 - (\sum X_i)^2} \sqrt{n \sum Y_i^2 - (\sum Y_i)^2}}$$

*Fuente: K. Pearson, 1898*

**Coefficiente de correlación (r) = 1,0**

Tamaño de la muestra: 4

Media  $x$  ( $\bar{x}$ ): 6

Media  $y$  ( $\bar{y}$ ): 6

Interceptar (a): 0

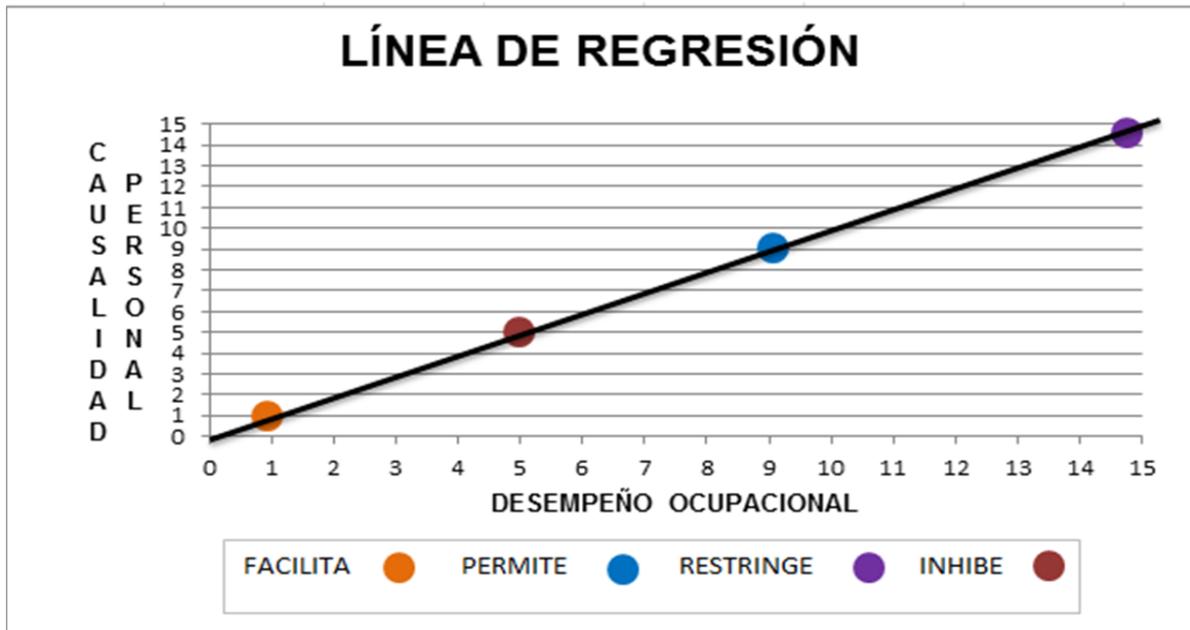
Pendiente (b): 1

Ecuación de la recta de regresión:  $y = x$

Según (Pearson, 1930), el valor absoluto que dio como resultado entre la correlación de variables indica una correlación lineal perfecta (1,0), lo que demuestra que la causalidad personal influye sobre el desempeño ocupacional de las personas que viven y conviven con VIH/SIDA. En este caso, la causalidad personal presenta una restricción, debido a que las personas experimentan una serie de dificultades en la apreciación de sus habilidades, la expectativa de éxito, satisfacción de intereses, elecciones de metas y compromisos, que conllevan a un desempeño ocupacional ineficiente para la organización de rutinas equilibradas, actividades productivas y de la vida diaria, presentando un conflicto de la pertenencia, participación y cumplimiento de los roles ocupacionales, limitando el sentido de identidad y compatibilidad que emana la variedad de roles.

Así mismo, las personas presentan desafíos al no identificar los límites de su capacidad y la forma única de sí mismos en cuanto al sentido de eficacia y eficiencia para el uso de sus capacidades. Estos desafíos se relacionan con sus impedimentos particulares que limitan las capacidades para el hacer de una ocupación. De igual manera el concepto que presentan las personas al sentirse menos capaces que otros o de lo que una vez fueron, este sentimiento puede ser una fuente de considerable dolor emocional y por esta razón, algunas personas hacen todo lo que pueden para evadir situaciones que le ocasionan el fracaso, en este caso aquellas responsabilidades y cumplimientos que le demandan los roles ocupacionales establecidos por la sociedad.

Figura 13.1 Línea de Regresión



Fuente. Rojas, T. 2018

Expuesto por Sir Francis Galton, (1911), la línea de regresión es un modelo matemático usado para aproximar la relación de dependencia entre una variable dependiente ( $Y$ ), la variable independiente ( $X$ ) y un término aleatorio. Se debe cumplir con el siguiente supuesto: Que la relación entre las variables sea lineal.

Con base en lo anterior, el coeficiente de correlación 1,0 que indica una correlación positiva perfecta, demuestra que los puntos en el cual se refieren a las frecuencias por cada calificación (4- facilita, 3-permite, 2-restringe y 1-inhíbe) obtenido por el instrumento de valoración MOHOST están cerca a la línea de regresión, recreando una línea recta diagonal entre los puntos de frecuencia de menor a mayor índice. Esto significa que existe un aumento hacia la restricción (2) de la causalidad personal y por ende aumenta hacia la restricción del desempeño ocupacional. La anterior gráfica permite observar que existe un mínimo índice de la calificación facilita (4) en la causalidad personal y desempeño ocupacional con un total de uno en la población objeto de estudio; seguidamente se evidencia en la calificación de inhíbe (1) un total de cinco en cada variable de investigación de la población; posteriormente la calificación permite (3), obtiene una una frecuencia de nueve; y por último se demuestra

mayor índice en la calificación de restringe (2) con un total de 15 en las variables de causalidad personal y desempeño ocupacional en la población objeto de estudio, demostrando el nivel de aumento por calificación en las variables de investigación.

### **Discusión de resultados**

Si bien algunos autores (Pinzón, 2009) publican que “la diseminación de las Infecciones de transmisión sexual (ITS) y el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) se asocia con pobreza y bajo nivel educativo. La mayoría de las personas que habitan en zonas marginadas viven en condiciones precarias y de hacinamiento, características que favorecen la adquisición de estas infecciones. El limitado conocimiento que las personas tienen sobre el VIH y el sida se relaciona con la vulnerabilidad, determinada especialmente por las condiciones de vida, el contexto sociocultural, los hábitos, la experiencia sexual, las relaciones de género, las composiciones étnicas, la edad, el desempleo, la falta de oportunidades, las prácticas sexuales y la presencia de otras ITS, estas últimas por compartir la misma puerta de entrada del VIH”, los cuales en contraste con los resultados de la presente investigación se encuentra cierta similitud en las variables sociodemográficas analizadas, donde se estableció que el promedio de edad se encuentran entre los 26 a 35 años de edad, con bajos niveles educativos principalmente en el género masculino que han experimentado una serie de factores que conllevaron a la transmisión del VIH/SIDA. Cabe resaltar que un aspecto importante que difiere entre las dos investigaciones radica en que el mayor índice de contagio se encuentran en las personas heterosexuales, seguido por los homosexuales, puesto que se ven asunciones equivocadas que se realizan acerca de la orientación sexual de las personas y a confusión entre la forma como las personas se autoidentifican en relación con su comportamiento sexual.

Cuando comparamos la información obtenida para la investigación con la teoría sobre la causalidad personal, Kielhofner (2011) la define como: “las capacidades y eficacia de las personas, esta alberga conocimientos sobre qué tipo de capacidades tienen en relación con las demandas y experiencias ambientales para la ejecución de una ocupación”. Con base en lo anterior y basado en la información recolectada se puede establecer que la afirmación dada en una explicación coherente de la causalidad personal, sin embargo en las personas que viven

y conviven con VIH/SIDA este sentido de capacidad personal y autoeficacia que presentan las personas en relación a sus propias capacidades para la ejecución de actividades ocupacionales se encuentra restringido debido a factores que conllevaron a un desequilibrio ocupacional; actualmente esos factores influenciaron negativamente en la apreciación de habilidades, creencias, valores, intereses y motivación que les permita realizar la elección y ejecución de actividades ocupacionales de acuerdo a las demandadas por los roles. De igual manera autores como Begoña López (2003), define el desempeño ocupacional como: “la capacidad para ejecutar aquellas tareas que hacen posible desarrollar los roles ocupacionales de una manera que sea satisfactorio y apropiada con relación a la edad del individuo, la cultura y el entorno”, en relación al proceso de valoración llevado a cabo en la presente investigación, se puede determinar la restricción e inhibición en el desempeño, debido a que las personas presentan un déficit en el desempeño ocupacional actual, puesto que en el pasado realización elecciones negativas que condujeron a que interfiera en el funcionamiento ocupacional, llevando a resultados no deseados como lo es presentar el diagnóstico o pertenecer a los grupos más vulnerables (trabajadores sexuales, LGBTI y consumidores de sustancias psicoactivas).

Cuando se habla de restricción en la participación el cual fue arrojado por el instrumento de valoración MOHOST (Perfil Ocupacional inicial del Modelo de Ocupación Humana), se retomaron las secciones de: motivación por la ocupación que valoró causalidad personal, obteniendo un 56,66% de restricción y la sección patrón de ocupación el cual valoró el desempeño ocupacional con un 66,65% de restricción; identificando un desempeño inefectivo, observándose un déficit de leve a moderado en el desempeño ocupacional. Esto aplica, puesto que las personas que viven y conviven con VIH/SIDA pertenecientes a la fundación Hoasis el Refugio, presentan dificultades en la apreciación de habilidades, expectativas de éxito, intereses y elecciones que limitan la organización de hábitos y rutinas equilibradas en actividades productivas y de la vida diaria, presentan dificultad para adaptarse al cambio, se evidencia conflicto en la identificación y participación de roles, debido al rechazo que presentan por la sociedad, las personas se encuentran en un conflicto interno el cual conlleva a que abandonen sus roles ocupacionales, no cumpliendo con las expectativas y obligaciones que les emana los roles.

En relación a la investigación los datos más relevantes en cuanto a los datos sociodemográficos corresponden a: En cuanto a la edad, el promedio se encuentra entre los 26 a 35 años, haciendo referencia al 26,66%, esto concuerda con el SIVIGILA en el año 2016, al reportar más casos de VIH en personas adultas en edades comprendidas de 20 a 39 años; seguidamente se evidencia mayor prevalencia en las personas del género masculino con una frecuencia de 18 que corresponde al 60%, en cuanto a la identidad sexual, se presentó mayor prevalencia en la heterosexualidad con un 73,33%, seguido por las personas homosexuales que corresponden al 16,66%, esto se debe, puesto que las personas presentan una confusión entre la forma en cómo se autoidentifican en relación con el comportamiento sexual; con respecto a la ocupación anterior la población objeto de estudio se desempeñaron en oficios varios que corresponde al 23,33%, seguido por el trabajo sexual con un 16,66% y vendedor ambulante, haciendo referencia a 16,66%; seguidamente en relación a la formación académica, se presenta mayor prevalencia en primaria incompleta con un 26,66%, seguido por secundaria completa con un 26,66%.

Con la finalidad de dar mayor confiabilidad al proyecto de investigación, fue necesario realizar un análisis de coeficiente de correlación, el cual se cruzaron las variables independiente y dependiente, arrojando un valor de 1.0 (correlación lineal perfecta), indicando que la causalidad personal actual influye sobre el desempeño ocupacional, puesto que si la primera presenta dificultades (en términos estadísticos aumenta o disminuye) , la siguiente presenta los mismos cambios, estas dificultades presentes en la causalidad personal se debe a factores circunstanciales y la calidad de vida que presento la población objeto de estudio en el pasado y tuvieron que afrontar cambios inesperados.

## Capítulo V

### Plan de acción



Fuente. Rojas, T. 2018

### Introducción

El plan de acción “CREHA-CIÓN”, se dirige a la población que viven y conviven con VIH/SIDA de la fundación Hoasis el Refugio de la ciudad de Cúcuta, Norte de Santander, con el objetivo de promover el reconocimiento de las propias capacidades, mediante actividades psicoeducativas y de la vida diaria, favoreciendo el desempeño ocupacional. Según Kielhofner (2011), define la causalidad personal como: “las capacidades y eficacia de las personas que albergan conocimientos sobre qué tipo de capacidades tienen en relación con las demandas y experiencias ambientales para la ejecución de una ocupación”. En cuanto al termino de desempeño ocupacional, la autora Begoña Polonio López (2003), la define como: “la capacidad para ejecutar aquellas tareas que hacen posible desarrollar los roles ocupacionales de una manera que sea satisfactorio y apropiada con relación a la edad del individuo, la cultura y el entorno”.

Con base en lo anterior, se realizó la respectiva valoración de las variables causalidad personal y desempeño ocupacional, obteniendo el grado de funcionalidad o disfuncionalidad presente en la población objeto de estudio, por lo tanto se tuvo en cuenta los resultados en la aplicación del instrumento Perfil Ocupacional Inicial del Modelo de Ocupación (MOHOST) cuyos autores son Sue Parkinson, Kirsty Forsyth y Gary Kielhofner y traducido por Carmen Gloria de las Heras, el cual arroja en el sistema de motivación por la ocupación, disfuncionalidad al experimentar dificultad en mostrar conocimiento de las propias habilidades, mostrar orgullo o desafíos, curiosidad/interés e identificar preferencias para la participación ocupacional, que presentan un impacto mayor en su ocupación. Así mismo, en el sistema de patrón por la ocupación, se encontró igualmente disfuncionalidad al experimentar dificultad en mantener hábitos, mantenerse estable (adaptabilidad, involucrarse en tareas y cumplir con responsabilidades ante la ejecución de una ocupación, de acuerdo a los roles interiorizados.

La metodología de este plan de acción se estableció en dos fases. En la fase I cuyo título corresponde a *“creyendo en mis habilidades, valorando mi motivación”*, pretende el establecimiento del sentido de capacidad y eficiencia ante la creencia y apreciación de las habilidades; la Fase II siendo el título *“ejecutando mi ocupación, fortalezco mi participación”*, se proyectará la ejecución de rutinas y roles ocupacionales que promuevan el desempeño ocupacional.

### **Justificación**

El proceso investigativo posibilitó el conocimiento de las necesidades existentes en la población objeto de estudio, mediante el Perfil Ocupacional Inicial del Modelo de Ocupación (MOHOST) (Parkinson, Forsyth & Kielhofner 2004), el cual determinó el funcionamiento en la participación ocupacional, específicamente en la motivación por la ocupación y patrón de ocupación de la población que viven y conviven con VIH/SIDA de la fundación Hoasis el Refugio en sus sedes María Alejandra Roa Landazábal y María Fernanda Franco Guerrero.

Teniendo en cuenta los resultados arrojados por la valoración realizada a través del instrumento MOHOST se identificó especialmente una restricción en las personas que viven

y conviven con VIH/SIDA de la fundación Hoasis el Refugio en cuanto a la motivación por la ocupación tales como: muestra conocimiento de habilidades y capacidades, muestra orgullo ante las expectativas de éxito, curiosidad en la elección y participación de intereses y la identificación de preferencias, así mismo la relación existente entre el género y la causalidad personal, indicando que existe mayor restricción en los hombre, en cuanto a la relación entre la identidad sexual se observó restricción en los adultos heterosexuales, debido a que existen desafíos importantes ante la identificación de su propia identidad y por último la relación entre la formación académica, obteniendo restricción en los adultos que presentan niveles escolares bajos, conllevando a que se presenten menos oportunidades para la ejecución de un rol laboral; con base en lo anterior y de igual manera se obtuvo una restricción en la participación ocupacional, limitando el desempeño ocupacional de la población objeto de estudio, con mayor prevalencia en los hombres.

Por lo tanto, el plan de acción se diseñó e implementó como respuesta a las necesidades reales encontradas dentro de la población objeto de estudio durante el proceso de valoración, es por eso que se plantearon actividades terapéuticas con el objetivo de promover el sentido de capacidad personal y autoeficacia de las capacidades físicas, mentales y sociales (que se encuentran como dimensión inmersas en la causalidad personal), logrando así el desempeño ocupacional mediante la participación de actividades ocupacionales que les demande los roles significativos.

De acuerdo a lo anterior, la terapeuta ocupacional en formación centra el proceso de intervención en conocimientos científicos y teóricos, abarcando a la población que viven y conviven con VIH/SIDA de la fundación Hoasis el Refugio, siendo los beneficiarios directos del plan de acción “Creyendo en mis habilidades, ejecutando mi ocupación” (CREHACCIÓN) como apoyo al proceso de brindar y mejorar la calidad de vida e inclusión en la sociedad, promoviendo el sentido de capacidad personal-autoeficacia y un adecuado desempeño ocupacional.

## **Objetivos**

### **Objetivo general**

Promover la causalidad personal, a través de modalidad grupal, con actividades psicoeducativas y de la vida diaria, facilitando el desempeño ocupacional de las actividades de la vida diaria.

### **Objetivos específicos**

Favorecer el autoconcepto a través de la autoevaluación y procesos de reconocimiento personal.

Promover el sentido de capacidad personal (valoraciones de las capacidades personales), mediante la participación en actividades psicoeducativas.

Facilitar el proceso de la autoeficacia (sentido personal de efectividad del uso de capacidades), por medio de actividades grupales.

### **Marco Teórico**

Teniendo en cuenta los factores de correlación es necesario tomar como base terminología relacionada con la causalidad personal, desempeño ocupacional y el instrumento de valoración MOHOST. Según Kielhofner, 2011, la causalidad personal consiste en “el sentido personal de la competencia y efectividad sobre las capacidades para la ejecución de una actividad ocupacional”, para la valoración de esta variable se utilizó el instrumento MOHOST en la sección motivación por la ocupación el cual hace referencia al componente volitivo al evaluar la apreciación de habilidades, creencias, expectativas de éxito, intereses, elecciones y el sentido de capacidad para la ejecución de actividades ocupacionales.

De igual manera, se retoma a Begoña López (2003), quien define el desempeño ocupacional como: “la capacidad para ejecutar aquellas tareas que hacen posible desarrollar los roles ocupacionales de una manera que sea satisfactorio y apropiada con relación a la edad del individuo, la cultura y el entorno”. Utilizando la sección de patrón de ocupación para su respectiva valoración en relación a la participación, pertenencia de roles,

reconocimiento de responsabilidades, cumplimiento de obligaciones, equilibrio de rutinas equilibradas y anticipación al cambio necesario para la participación ocupacional.

En relación a los resultados mediante el coeficiente de correlación arrojado por la fórmula de K. Pearson se observó una puntuación de 1.0, haciendo referencia a una correlación lineal perfecta, lo que demuestra que la causalidad personal influye en el desempeño ocupacional de las personas que viven y conviven con VIH/SIDA, permitiendo un análisis detallado sobre la restricción que presenta la causalidad personal al experimentar dificultades en áreas específicas con relación al sentido de capacidad personal y autoeficacia de las propias capacidades (físicas, sociales y emocionales) lo cual interfiere en la anticipación, elección y ejecución de una actividad ocupacional, evidenciándose un déficit en el desempeño ocupacional.

## **Metodología**

El respectivo plan de acción contiene dos fases según los resultados obtenidos por la aplicación del instrumento de valoración, priorizando las necesidades de la población objeto de estudio, cuya descripción se realizará a continuación.

**Fase I** presenta como título “*creyendo en mis habilidades, valorando mi motivación*”, en la cual se realizarán actividades grupales, de tipo psicoeducativas. Donde se pretende abarcar la apreciación de habilidades, mediante el sentido de capacidad y eficiencia, que promueva creencia en sí mismo y conlleve a la participación ocupacional.

**Fase II** siendo el título “*ejecutando mi ocupación, fortalezco mi participación*”, se llevarán a cabo actividades de la vida diaria de forma grupal. Por medio de esta fase se proyectará la ejecución de rutinas y roles ocupacionales que promuevan el desempeño ocupacional.

Dentro del cronograma de actividades a desarrollar propias al rol del terapeuta ocupacional, se planeó y proyectó la ejecución de las actividades mediante abordajes grupales e individuales de forma directa donde se llevaron a cabo actividades psicoeducativas y de la vida diaria, dirigidas a favorecer la causalidad personal como elemento del componente

volitivo y la participación del desempeño ocupacional, según las necesidades observadas mediante la valoración realizada. De acuerdo a lo anterior, al promover la causalidad personal facilitará la participación ocupacional en las actividades que demanda los roles de cada persona que vive y convive con VIH/SIDA, logrando al máximo el sentido de capacidad personal y autoeficacia de sus capacidades.

Para la ejecución del plan de acción, las dos fases planteadas se llevaron a cabo durante las cuatro semanas del mes de mayo, se inició los días lunes con la ejecución de la actividad de la primera fase en la sede María Alejandra Roa Landazábal (Sede niños) en una sesión con las madres que se encuentran refugiadas y los días martes con la misma actividad en la sede María Fernanda Franco Guerreo (sede adultos) en dos sesiones; la primera sesión se llevó a cabo en horas de la mañana con los adultos mayores y la segunda con los adultos de temprana y mediana edad; de igual forma, se continua con la ejecución de la siguiente actividad correspondiente a la primera fase los días jueves en la sede María Alejandra Roa Landazábal en una sola sesión y los días viernes se continua con la misma actividad de la segunda fase en la sede María Fernanda Franco Guerreo en las dos sesiones correspondientes. La ejecución de las actividades se desarrolló en los espacios destinados en cada sede (sala, comedor y patio) contando con una iluminación y ventilación adecuada (artificial y natural) que propiciaron la participación de los usuarios; las actividades se desarrollaron en un tiempo de 45 minutos aproximadamente sin interrupciones, las horas fueron fluctuantes puesto que se tuvo en cuenta la disposición de los usuarios y su tiempo libre.

Se estableció la ejecución de ocho actividades, entre ellas las cuatro primeras corresponden a la I fase (creyendo mis habilidades, valorando mi motivación), encaminadas a promover la causalidad personal y las otras cuatro van dirigidas a la II fase (ejecutando mi ocupación, fortalezco mi participación), esta contiene actividades dirigidas a favorecer el desempeño ocupacional; el número total de intervenciones fue de 24 sesiones, puesto que se llevaron a cabo con las madres adultas refugiadas en la sede de los niños, los adultos jóvenes, de mediana edad y adultos mayores, pertenecientes en la sede de los adultos.

Tabla 13. Número total de intervenciones.

Madres adultas	8 intervenciones
Adultos jóvenes y de mediana edad	8 intervenciones
Adultos mayores	8 intervenciones
<b>Total intervenciones:</b>	<b>24 intervenciones</b>

Fuente. Rojas, T. 2018

### **Procesos Terapéuticos**

Según la Asociación Americana de Terapia Ocupacional (AOTA) en el año 2010, se refiere a aquellos medios que permiten la intervención funcional acorde a los siguientes factores: Los intereses personales, contexto, cultura y participación voluntaria del cliente. Aplicados a la investigación son necesarios a la medida que ofrecen la ejecución de una intervención adecuada, dado que reconoce a la persona como un ser ocupacional, motivará y se dará la participación funcional en pro de la solución a una problemática evidente en el análisis de resultados de acuerdo a la aplicación del instrumento MOHOST.

A continuación, se realizará la definición de los componentes del proceso terapéutico, con énfasis en la investigación.

### **Motivación**

Expuesto por Romero, Dulce, (2006) la motivación es uno de los elementos nucleares de todo tratamiento. Puesto que permite una reflexión y análisis intrínseco de voluntad por querer o no participar en las actividades propuestas en el plan de acción, teniendo en cuenta los gustos, habilidades y limitaciones de la población objeto de estudio, analizadas a través de las diferentes intervenciones en el escenario; y extrínseca, por cuanto cada actividad contó con suficiente material para cada persona adulta de género masculino y femenino, con una muestra total de 30 usuarios.

Así mismo, la manera en que la terapeuta ocupacional en formación, dio a conocer la socialización de las instrucciones manejando terminología comprensiva de acuerdo al contexto de intervención.

### Medios de intervención

Tabla 14. Medios de intervención

<b>Medios de intervención</b>	
<b>Ambiente terapéutico</b>	<p><b>Ambiente Físico:</b> Son aquellos aspectos del contexto físico (AOTA, 2010).</p> <p><b>Ambiente cerrado:</b> Las actividades psicoeducativas grupales se realizaron en un ambiente cerrado, el cual corresponde a la sala o patio de las sedes de la fundación Hoasis “María Alejandra Roa Landazábal Y María Fernanda Franco Guerrero”. Cabe resaltar que es una fundación para personas que viven y conviven con VIH/SIDA y la estructura física se encuentra un poco limitada por el espacio de las casas.</p> <p><b>Ambiente abierto:</b> Las actividades psicoeducativas grupales se ejecutaron en el patio de cada sede, el cual presenta una iluminación natural, ventilación, espacio libre de humo y contaminación auditiva, siendo un espacio amplio que pudo abarcar el total de la población.</p> <p><b>Ambiente Humano:</b> Estuvo conformado por los adultos pertenecientes a la fundación Hoasis el Refugio en los siguientes grupos poblacionales: VIH positivo, trabajadores(as) sexuales, habitantes de calle, consumidores de sustancias psicoactivas, personas con alteraciones mentales, desplazados, población LGBTI; y la Terapeuta Ocupacional en formación.</p> <p><b>Temporo-espacial:</b> Las actividades se desarrollaron en los días hábiles de las cinco semanas que contempla el mes de mayo y el día viernes 1 de junio, en el tiempo establecido de 9:00 am a 4:00 pm donde los</p>

	<p>participantes se encontraron a disposición para la ejecución de las mismas, cada actividad tuvo un tiempo de 40 a 50 minutos aproximadamente; esta vario de acuerdo a la disposición de la población. De las ocho actividades que se ejecutaron cada una se realizó en una sesión, con un total de 24 intervenciones al mes.</p>
<p><b>Relación Terapéutica</b></p>	<p>Según (Ann Mosey, 1986), la relación terapéutica implica la interacción terapeuta-paciente, que lleva a la mejoría del segundo, mediante la disminución de la ansiedad y miedos ante su situación ofreciéndole seguridad, información y conocimiento.</p> <p>Durante la ejecución de las actividades propuesta en el plan de acción, la relación terapéutica estuvo basada en el respeto mutuo entre los adultos y terapeuta ocupacional en formación, así mismo la empatía, seguridad y confianza que facilitaron la comunicación y el logro de los objetivos, esto favoreció la creatividad, participación y ejecución de las actividades. De igual modo, se tuvo en cuenta la figura de autoridad para el seguimiento de instrucciones y aceptación de normas. De igual manera la terapeuta ocupacional manejo los niveles de frustración en la ejecución de las actividades, dado que el objetivo es promover la motivación, creencias en sus habilidades, eficacias y sentido de capacidad personal de sus capacidades.</p>

<p><b>Proceso enseñanza-Aprendizaje</b></p>	<p>De acuerdo con (Kathelyn Reed, 2005), el proceso de aprendizaje es un aspecto esencial en el proceso terapéutico y se refiere a la forma en que el terapeuta comunica las metas y objetivos que se quiere lograr, es un medio que debe ser graduado para la consecución de las metas. Implica conocer y explorar diversos métodos de realizar las actividades.</p> <p><b>Verbal:</b> La Terapeuta Ocupacional en formación dio a conocer las instrucciones de manera oral, explicando de manera sencilla y clara para que sean de fácil entendimiento y poder ejecutar la actividad de manera correcta, por parte de los adultos de la fundación Hoasis.</p> <p><b>Demostrativa:</b> Los pasos fueron ejecutados por la terapeuta ocupacional en formación, posteriormente, los adultos realizaron los pasos de la actividad, de igual manera se utilizó diferentes materiales de fácil manipulación, donde las instrucciones sean captadas y comprendidas fácilmente. Se brindó una demostración clara y precisa paso por paso al ejecutar la actividad con los adultos mayores que presenten dificultades físicas de acuerdo a la edad.</p>
	<p><b>Semi-Estructurada:</b> Según (Crepeau, Cohn &amp; Schell, 2005) es aquella que dentro de su estructura y proceso contiene pasos establecidos y otros donde se promueve la creatividad del paciente.</p> <p>Por medio de las actividades semi-estructuradas se permitió en los usuarios desarrollar un nivel de motivación alto al expresar con creatividad aquellos sentimientos positivos que presentaron, como la elección de intereses, previniendo la frustración ante los cambios no deseados.</p> <p><b>Actividad grupal:</b> La práctica del trabajo grupal en Terapia Ocupacional comprende, la observación, la interacción, así como los procedimientos de determinación, diseño, planificación y evaluación. El análisis y la respuesta y documentación. El auténtico uso del proceso grupal, en</p>

<b>Modalidad de intervención</b>	<p>Terapia Ocupacional es una perspectiva interactiva basada en la ocupación. En el razonamiento y la práctica, el profesional siempre debe considerar las relaciones de dinámica de grupo entre persona, ocupación y ambiente. (Spackman, 2011, p.36-37).</p> <p>Dentro del plan de acción, se tiene en cuenta este tipo de actividad dado a que los usuarios trabajaron en conjunto, utilizando materiales en común; favoreciendo la interacción y una comunicación asertiva que promueva la ejecución óptima de la actividad.</p>
----------------------------------	--

Fuente. Rojas, T. 2018

### **Tipo de actividad**

Las actividades a desarrollar dentro del plan de acción, se realizaron bajo la modalidad grupal e individual, según lo corresponda cada actividad, se tuvo en cuenta los intereses y habilidades de los usuarios, así mismo, los objetivos planteados de acuerdo a los resultados encontrados en el proceso de valoración a través del instrumento MOHOST; con la implementación de las actividades terapéuticas, se buscó promover la causalidad personal, para la participación ocupacional en las actividades de la vida diaria en los usuarios de la fundación Hoasis el Refugio.

### **Clase de actividad**

#### **Actividades psicoeducativas**

Proporcionan un aprendizaje experiencial acerca de si mismo, del proceso o trastorno que se padece y la mejor forma de afrontar las consecuencias. Se trabajan componentes ocupacionales como equilibrio de actividades, de roles, manejo de tiempo libre, hábitos y rutinas y solución de problemas cotidianos.

A partir de estas actividades, se concienció y oriento a los usuarios sobre la importancia de la creencia en sus propias capacidades y habilidades, así como el sentido de eficacia para la ejecución y participación ocupacional, así mismo, generar espacios de comunicación activa y reconocimiento de estas habilidades en los participantes.

### **Actividades de la vida diaria**

Según (Christiansen, 1991), estas actividades son las que capacitan para el desempeño de roles. Abarcan las tareas de cuidado personal o actividades de autocuidado, cuidado del hogar e instrumentales.

Por medio de estas actividades se orientó hacia la apropiación de roles y ejecución de los mismos de acuerdo a las demandas que le proporcionan los medios para cada persona dentro de la fundación, así como lograr la independencia en relación al uso de las capacidades para la participación ocupacional, estas actividades se relacionaron con las demandadas por cada sede, en la cual la población debe cumplir con algunas responsabilidades dentro y fuera de la fundación.

Tabla 15. Programa de intervención.

Programa de actividades					
Fases	Actividad	Fecha	Descripción	Objetivo	Recursos
I Fase Creyendo en mis habilidades, valorando mi motivación	“Elegiendo mis intereses”	7 y 8 de mayo.	La terapeuta ocupacional en formación le facilitará a cada usuario una hoja de block con un lápiz o lapicero, el cual deben empezar por realizar un listado de pequeñas cosas agradables que pueden realizar por ellos mismos en el día a día, esas cosas debe implicar el “mimarse” y “consentirse” a sí mismos. Se recomendará que la lista debe ser lo más extensa posible, una vez hayan terminado la lista, la terapeuta ocupacional facilitará otra hoja de block con los días de la semana. Seguidamente cada usuario pasara al frente y le dará la lista a la terapeuta, la terapeuta escogerá las cinco actividades que crea más conveniente sin que cada usuario lo sepa, después de esto la terapeuta pedirá al usuario que diga un número del uno al	Promover el autoconcepto en las personas que viven y conviven con VIH/SIDA pertenecientes a la fundación Hoasis el Refugio, mediante la actividad “eligiendo mis intereses”	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hojas de block.</li> <li>• Lápiz.</li> <li>• Lapicero.</li> </ul>

cinco, una vez el usuario indique el número la terapeuta dará a conocer que actividad le corresponderá realizar para el día lunes. Este procedimiento se repetirá hasta distribuir una actividad pro día. Finalmente quedará como compromiso la ejecución de las actividades que los usuarios creen agradables y de esta manera poder brindarse un espacio de fortalecimiento de su autoconcepto.

I Fase Creyendo en mis habilidades, valorando mi motivación	“Comprendo mis habilidades”	15 y 16 de mayo	Se ubicará en la pared dos pliegos de cartulina “A” y “B”, la cual contienen dibujada una silueta del cuerpo humano. Sobre la cartulina “A” el dibujo tendrá como título “creencias de habilidades” y la cartulina “B” tendrá titulado “mis actividades”; a cada participante de forma progresiva se le hará entrega de dos pequeños papeles de colores (verde y azul) en los cuales deberán escribir sobre el papel color verde todas las habilidades que crean	Favorecer el reconocimiento de las propias habilidades en las personas que viven y conviven con VIH/SIDA, pertenecientes a la fundación Hoasis el Refugio, a través de la actividad comprendo mis habilidades.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2 pliegos de cartulina.</li> <li>• 1 Cinta transparente</li> <li>• Colores de papel (verde y azul).</li> </ul>
---	-----------------------------------	--------------------	--	--	---

tener y sobre el papel azul las actividades que han deseado realizar (ya sean en el hogar o trabajo). A medida que cada usuario le corresponda su turno, tendrá la oportunidad de exponer sus habilidades y las actividades que más desean realizar o si se les ha presentado la oportunidad de llevarlas a cabo. Una vez finalizada la actividad, se realizara una autoevaluación sobre los aspectos positivos que les proporcionan el uso de sus habilidades.

I Fase Creyendo en mis habilidades, valorando mi motivación	“Anticipando mi éxito”	21 y 22 de mayo.	Se ubicarán a los usuarios sobre sillas y frente a mesas ubicadas en el patio o sala en cada una de las sedes, la terapeuta ocupacional entregará a cada participante un cuarto de cartulina el cual contiene un árbol dibujado, la terapeuta ocupacional dará a conocer las siguientes indicaciones:  Inicialmente sobre las ramas más altas, deberán plasmar aquellas metas que desean llevar a cabo, sobre las raíces del árbol	Fomentar al autoconocimiento y reconocimiento personal en las personas que viven y conviven con VIH/SIDA pertenecientes a la fundación Hoasis el Refugio, a través de la	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 30 cuartos de cartulina.</li> <li>• Lápiz.</li> </ul>
---	---------------------------	---------------------	--	--	--

plasmarán aquellas situaciones del pasado actividad anticipando que interfirieron durante su proyecto de mi éxito. vida, sobre las ramas que inician el árbol escribirán el primer paso que realizaron para afrontar aquellas situaciones negativas (raíces), sobre las ramas siguientes plasmarán las personas que han llegado a su vida y en la cual le dieron un rumbo diferente y por último en las ramas próximas colocarán los actos y compromisos que presentan para poder cumplir con sus expectativas de vida (ramas más altas). Para finalizar la actividad, cada participante dará a conocer aquellos factores importantes de su vida según lo indican sobre el árbol y poder resaltar las metas y propósitos que desean en un futuro.

I Fase Creando en mis	“Elecciones de cambio”	28 y 29 de mayo.	Se realizará una división sobre la pared con tiza, la primera división tendrá como título “pasado” y la segunda “presente”, se	Incentivar a la elección dentro de valores aceptados en las	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 tiza.</li> <li>• Bombas de colores.</li> </ul>
-----------------------------	---------------------------	---------------------	--	---	---

habilidades, valorando mi motivación			ubicará sobre la pared en cada división bombas pequeñas de diferentes colores. La terapeuta ocupacional pedirá a cada usuario que escoja una bomba en el lado del pasado, una vez la persona tenga la bomba la explotará; dentro de esta se encontrará un papel con una situación en relación a acontecimientos que pasan en la vida diaria, una vez el usuario lea la respectiva situación deberá dar a conocer cuál sería la elección que realizaría en el pasado, así mismo se realizará con obtener una bomba en la división del presente.	personas que viven y conviven con VIH/SIDA pertenecientes a la fundación Hoasis el Refugio, a través de la actividad elecciones de cambio.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Papel block.</li> </ul>
II Fase Ejecutando mi ocupación, fortalezcami participación.	“Rutinas equilibradas”	3 y 4 de mayo	La terapeuta ocupacional en formación llevará una ruleta en icopor la cual contiene la división del día por horas en la mañana, tarde y noche, así mismo imágenes alusivas al día a día. Se le pedirá a cada usuario que gire la ruleta, una vez girada la ruleta se pausará en algunas de las divisiones (mañana, tarde o noche), el usuario deberá	Orientar hacia la estructuración y cumplimiento de rutinas, en las personas que viven y conviven con VIH/SIDA pertenecientes en la fundación Hoasis el	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ruleta en icopor.</li> <li>• Imágenes alusivas a situaciones del día a día.</li> <li>• Cinta transparente</li> </ul>

escoger las diferentes imágenes que el Refugio, por medio de  
 terapeuta le proporciona en relación a la la actividad rutinas  
 división que le correspondió. Con estas equilibradas.  
 imágenes el participante dará a conocer las  
 actividades que contemplan su diario vivir  
 ya sea las ejecutadas dentro de la fundación  
 o por fuera de ella, así como la organización  
 y ejecución de rutinas establecidas.

<p>II Fase Ejecutando mi ocupación, fortalezco mi participación. n.</p>	<p>“Participación de roles”</p>	<p>10 y 11 de mayo.</p>	<p>Para dar inicio a la actividad se formarán dos grupos, la terapeuta ocupacional en formación dará un guio con una situación a cada uno de ellos y con ésta harán una dramatización, dichas situaciones corresponderán a “un día en mi trabajo” y “un día en mi casa”, esto con el fin de propiciar una reflexión en cuanto al reconocimiento que presenta cada usuario en relación a los roles demandados por la sociedad y en la cual deben ejecutar de manera satisfactoria, la terapeuta ocupacional evidenciará el sentido de</p>	<p>Facilitar el sentido de pertenencia en la ejecución de roles, en las personas que viven y conviven con VIH/SIDA pertenecientes a la fundación Hoasis el Refugio, por medio de la actividad participación de roles.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hojas de block con redacción del guion.</li> </ul>
---	-------------------------------------	-----------------------------	--	---	---

			pertenencia que presentan los usuarios en relación con cada rol.			
II Fase Ejecutando mi ocupación, fortalezco mi participación. n.	“Trabajemos en equipo, cuidemos nuestro refugio”	24 y 25 de mayo.	Para la ejecución de la actividad la terapeuta ocupacional dará a conocer las responsabilidades que se llevarán a cabo durante el día para el mantenimiento de la sede de la fundación respectivamente. Los usuarios se conformarán en pareja, una vez estén compuestas la terapeuta indicará la responsabilidad de las tareas del hogar que deben ejecutar (barrer, trapear, preparación de alimentos, cuidado de otros), una vez se repartan las responsabilidades, la terapeuta ocupacional realizará constante supervisión durante el día en como los usuarios cumplen con sus responsabilidades y se adaptan a posibles cambios que pueden suceder. Finalizada la tarde, se realizará la retroalimentación de como fue el proceso y que sentimientos albergaron al trabajar en equipo.	Promover el cumplimiento de responsabilidad y tolerancia al cambio en las personas que viven y conviven con VIH/SIDA pertenecientes a la fundación Hoasis el Refugio, por medio de la actividad trabajemos en equipo, cuidemos nuestro refugio.		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Útiles de aseo que se encuentren en cada sede de la fundación.</li> </ul>

<p>II Fase Ejecutando mi ocupación, fortalezco mi participación. n.</p>	<p>“Cumpliendo con hábitos”</p>	<p>31 de mayo y 1 junio.</p>	<p>Para la ejecución de la actividad, la terapeuta ocupacional entregará a cada usuario una hoja de block en la cual los adultos deberán describir los hábitos que creen ser saludables para sí mismos. En el costado de la hoja darán a conocer los hábitos perjudiciales que ellos ejecutan en su presente o ejecutaron en el pasado. Estos hábitos se deben relacionar con el autocuidado, alimentación, rutina medicamentosa y actividades de ocio. Para finalizar la actividad cada usuario socializará sus puntos de vista en relación a la actividad, así como el compromiso de mejorar aquellos hábitos que son perjudiciales para su bienestar.</p>	<p>Favorecer el cumplimiento de hábitos, en las personas que viven y conviven con VIH/SIDA pertenecientes a la fundación Hoasis el Refugio, mediante la actividad cumpliendo con mis hábitos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hojas de block.</li> <li>• Lápiz.</li> <li>• Lapiceros.</li> </ul>
---	---	--	--	---	---

Fuente. Rojas, T. 2018

**Cronograma de Actividades**

Mayo						
Lu.	Ma.	Mi.	Ju.	Vi.	Sá.	Do.
	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30	31	1	2	3

■ Días festivos.    
 ■ Fin de semana.    
 ■ Actividades académicas.

Tabla 16. Cronograma de actividades

Mayo-1 Junio					
I Fase	1 Semana	2 Semana	3 Semana	4 Semana	5 Semana
II Fase	1 Semana	2 Semana	3 Semana	4 Semana	5 Semana
					1 de junio

Fuente. Rojas, T. 2018

La I fase “*creyendo en mis habilidades, valorando mi motivación*” se realizó durante las cinco semanas del mes de mayo los días lunes en la sede María Alejandra Roa Landazábal y los días martes en la sede María Fernanda Franco Guerrero.

Tabla 17. Actividades I fase

Duración	Lunes	Martes	Miércoles
I Fase Eligiendo mis intereses. (7 y 8 de mayo)	Sede María Alejandra Roa Landazábal.	Sede María Fernanda Franco Guerrero.	Sustentación II entrega
I Fase Comprendo mis habilidades. (15 y 16 de mayo)	Lunes festivo 14 de mayo	Sede María Alejandra Roa Landazábal.	Sede María Fernanda Franco Guerrero.
I Fase Anticipando mi éxito. (21 y 22 de mayo)	Sede María Alejandra Roa Landazábal.	Sede María Fernanda Franco Guerrero.	Asesoría Metodológica y científica en Pamplona
I Fase Elecciones de cambio. (28 y 29 de mayo)	Sede María Alejandra Roa Landazábal.	Sede María Fernanda Franco Guerrero.	Asesoría Metodológica y científica en Pamplona

Fuente. Rojas, T. 2018

La II fase “*Ejecutando mi ocupación, fortalezco mi participación*” se desarrolló durante las cinco semanas del mes de mayo los días jueves en la sede María Alejandra Roa Landazábal y los viernes en la sede María Fernanda Franco Guerrero.

Tabla 18. Actividades II fase

Duración	Jueves	Viernes
II Fase Rutinas equilibradas (3 y 4 de mayo)	Sede María Alejandra Roa Landazábal.	Sede María Fernanda Franco Guerrero.
II Fase Participación de roles (10 y 11 de mayo)	Sede María Alejandra Roa Landazábal.	Sede María Fernanda Franco Guerrero.
(17 y 18 de mayo)	VII Congreso internacional de investigación en salud	VII Congreso internacional de investigación en salud
II Fase Trabajemos en equipo, cuidemos nuestro hogar (24 y 25 de mayo)	Sede María Alejandra Roa Landazábal.	Sede María Fernanda Franco Guerrero.
II Fase Cumpliendo con mis hábitos. (31 de mayo y 1 de junio)	Sede María Alejandra Roa Landazábal.	Sede María Fernanda Franco Guerrero.

Fuente. Rojas, T. 2018

Tabla 19. Sustentación por Modelos y Marcos de Referencia propios de Terapia Ocupacional.

<b>Modelo de Ocupación Humana (MOHO) (Gary Kielhofner)</b>
<p>El modelo de ocupación humana concibe al ser humano como un ser ocupacional conformado por tres componentes: volición, habituación y capacidad de desempeño, éstas operan armoniosamente y forman un todo coherente.</p> <p>De acuerdo con la investigación solo se dará el abordaje al componente de volición, puesto que la causalidad personal comprende aquellos pensamientos y sentimientos volitivos, que a su vez incluye las dimensiones de sentido de capacidad personal y eficiencia de las propias capacidades para la ejecución de una actividad ocupacional, proceso por el cual las personas son motivadas hacia lo que hacen y deciden que hacer”.</p> <p>En el centro de la volición están los pensamientos y sentimientos de la dimensión del hacer, también en disfrutar, valorar y sentirse competente. Los pensamientos y sentimientos que las personas tienen sobre realizar cosas finalmente, se vinculan con cuestiones de destreza, goce y valoración de lo que han hecho. En consecuencia, los pensamientos y sentimientos se relacionan con: la eficacia de una persona para actuar en el mundo, lo que la persona considere importante, agradable y satisfactorio.</p>

Este modelo sustenta teóricamente el presente plan de acción, pues determina directrices y bases para conocer como la variable de causalidad personal interfiere en el comportamiento de las personas, al evidenciarse un déficit en los sentimientos volitivos sobre la elección, planeación y ejecución de actividades ocupacionales significativas, desequilibrando el desempeño ocupacional.

**Modelo de desempeño ocupacional (MDO)  
(Begoña Polonio López)**

El modelo de desempeño ocupacional da a conocer unos supuestos básicos el cual interpretan el desempeño ocupacional. Los supuestos que sustenta teóricamente la presente investigación son los siguientes:

1. El desempeño ocupacional está supeditado a la realización satisfactoria de los roles ocupacionales.
2. El desempeño ocupacional humano puede clasificarse en tres áreas: actividades de la vida diaria, trabajo/escolaridad y ocio y de tiempo libre.
3. El desarrollo, la ejecución y el mantenimiento del desempeño ocupacional dependen de elementos intrapersonales y extrapersonales. Los elementos intrapersonales incluyen aspectos temporales de los contextos de la ejecución, como por ejemplo la edad, características neuropsicológicas y factores patológicos. Los elementos extrapersonales incluyen el entorno físico, las herramientas, los objetos y elementos familiares, sociales y culturales.

Este modelo sustenta teóricamente el presente plan de acción, puesto que da a conocer el equilibrio que debe presentar el desempeño ocupacional en las personas al ejecutar de manera satisfactoria las actividades ocupacionales. Estas actividades corresponden a las de la vida diaria, trabajo/escolaridad y ocio/tiempo libre. De igual manera da a conocer los factores que engloban a la persona facilitando o limitando un desempeño ocupacional adecuado. De acuerdo a lo anterior, durante el proceso de intervención se promoverá la ejecución de actividades que emana los roles ocupacionales y de esta manera la población objeto de estudio pueda cumplir con las rutinas, hábitos, responsabilidades y demandas establecidas por la ocupacionales.

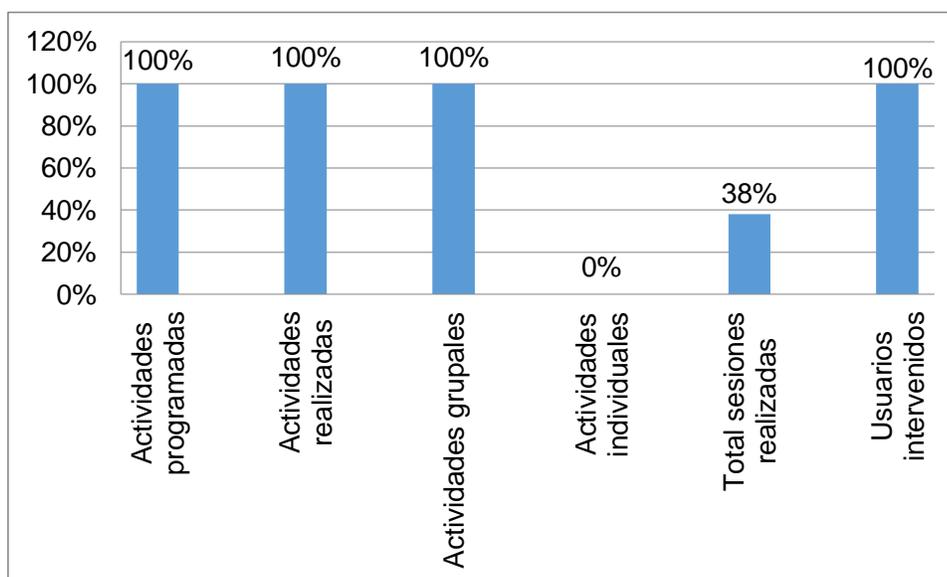
Resultados del plan de acción.

Tabla 20. Actividades programadas dentro del plan de acción.

Actividades	Número de actividades	%
Actividades programadas	8	100
Actividades realizadas	8	100
Actividades grupales	8	100
Actividades individuales	0	0
Total sesiones realizadas	15	38
Usuarios intervenidos	24	100

Fuente. Rojas, T. 2018

Figura 14. Actividades programadas dentro del plan de acción.



Fuente. Rojas, T. 2018

Durante el desarrollo del plan de acción se programaron ocho actividades grupales las cuales fueron ejecutadas con la población objeto de estudio; dichas actividades equivalen al 100% de las planteadas al inicio, a su vez, estas se convierten en 32 sesiones, de las cuales se lograron realizar de manera satisfactoria 15 sesiones, correspondiente al 38% donde participaron 24 personas que viven y conviven con VIH/SIDA de la muestra total.

## **Capítulo VI**

### **Producto Final**

Como producto final del proceso investigativo, se implementó para la universidad de Pamplona, el programa de Terapia Ocupacional y la Fundación Hoasis el Refugio un documental del inicio de la fundación e historias de vida ocupacional de las personas que viven y conviven con VIH/SIDA, elegidas por la terapeuta ocupacional en formación, según criterios como eventos críticos de la vida que conllevaron a ser portadores del virus o pertenecer a los diferentes grupos poblacionales vulnerables como trabajadores sexuales, personas que pertenecen al grupo LGBTI (lesbiana, gay, bisexual, transexual e intersexual), habitante de calle, consumidores de sustancias psicoactivas y desplazados; este documental cuenta además con las narrativas de vida de cada historia, evidenciando de esta manera el impacto de factores extrapersonales e interpersonales que influyeron de forma negativa en la causalidad personal en relación al sentido de capacidad y autoeficacia que limitan el desempeño ocupacional en cuanto a la elección de intereses y roles ocupacionales (Ver Apéndice D). Además del documental, se elaboró una revista titulada “Narrativas de vida ocupacional en personas que viven y conviven con VIH/SIDA” por medio físico (impreso) y magnético (Ver Apéndice E).

Para la elaboración del documental de las narrativas de vida ocupacional, se contó con la autorización de las madres sustitutas y biológicas de los niños que pertenecen a la fundación para el uso de la imagen y voz en productos audiovisuales, puesto que se realizaron tomas de apoyo, evidenciándose el día a día de las personas que viven y conviven con VIH/SIDA en cada una de las sedes (Ver Apéndice F).

De igual forma, se elaboró un artículo científico dirigido para la Universidad de Pamplona y el programa de Terapia Ocupacional en el que se evidencia de forma precisa y objetivamente el contenido de la investigación, de manera resumida señalando el lugar, tiempo, población, instrumentos de valoración aplicados, resultados obtenidos correlacionados con la influencia de la causalidad personal sobre el desempeño ocupacional de la población objeto de estudio y la discusión de los mismos (Ver Apéndice G).

## Metodología

Para la ejecución del documental cinematográfico y revista de las “Narrativas de vida ocupacional de las personas que viven y conviven con VIH/SIDA”, inicialmente se dio a conocer y solicitó la participación de la población acerca del desarrollo del documental; una vez ya obtenida la población (tres usuarios) se realizó una reunión general con los estudiantes de comunicación social, los coordinadores de las sedes y las personas que viven y conviven con VIH/SIDA que iban a ser partícipes del mismo, en la cual los estudiantes se presentaron y dieron a conocer los parámetros y el proceso para el documental. Seguidamente se elabora el guion sobre las posibles preguntas o la forma en que los usuarios darían a conocer los eventos críticos de su vida, así como la historia de la fundación y la organización en cada sede. Una vez obtenido el guion se destinó a programar los días para las respectivas grabaciones, durante las mismas, no se dio a conocer un límite de tiempo, pues era libre para cada participante, así como el contar sobre los eventos críticos de cada persona y su proceso de superación a lo que son hoy en día.

1. El primer día de grabación se contó con la participación del director de la fundación Ricardo Villamizar, en la cual dio a conocer la historia de la fundación y aquellas anécdotas que marcaron sus vidas y dieron posibilidad a que se legalizara la institución. Seguidamente, el coordinador Marco Antonio Méndez, expuso sobre el proceso que el lleva a cargo y las actividades que la fundación realiza.
2. Para el segundo día, se llevó a cabo las grabaciones de los cuatros participantes. En la jornada de la mañana se realizaron las grabaciones en la sede de los niños, contando con la participación de la coordinadora Karen Meza y el usuario Jhoan “chiqui”. En las horas de la tarde se contó con la participación de los usuarios Reny y Michel Contreras. Durante las grabaciones se realizaron tomas de apoyo dirigidos hacia el proceso del día a día que se lleva a cabo en cada sede de la fundación Hoasis el Refugio.

Una vez se obtiene el material, los estudiantes de comunicación se disponen a realizar la edición y de esta manera obtener el producto final del documental cinematográfico. Durante las grabaciones, se realizaron sesiones fotográficas para la elaboración de la revista. Una vez realizadas las grabaciones y tomas, los estudiantes de comunicación facilitaron el audio y las fotos para la elaboración de la revista, en la cual se incluye a la participante Alba Luz, quien grabada en la sede de los niños.

## Conclusiones

Al finalizar la investigación se concluyó los siguientes aspectos:

Con relación a la ficha sociodemográfica, para la *edad cronológica*, el rango de edad con mayor prevalencia se presenta entre los 26 a 35 años, equivalentes al 26,66%, afirmando lo anterior, el Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA) reportaron más casos nuevos en las edades de 20 a 39 años. Referente al *género*, se observa mayor prevalencia en el género masculino con un 60%, según el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) la masculinidad indica la conquista sexual, las múltiples parejas y el control de las interacciones sexuales, esto contribuye al riesgo de infección de enfermedades de transmisión sexual tanto para hombres como mujeres. De acuerdo a la *identidad sexual*, se evidenció mayor prevalencia en las relaciones heterosexuales con un porcentaje del 73,33, seguido por las relaciones homosexuales con un 16,66%, esto concuerda con el último Boletín Epidemiológico del Ministerio de Salud y Protección Social en el año 2013, en donde el mayor índice reportados de VIH/SIDA fue provenientes de relaciones heterosexuales, seguido por las relaciones homosexuales. En cuanto a la *ocupación anterior*, se contó con mayor prevalencia en oficios varios con un 23,33%, seguido por el trabajo sexual con un 16,66% y vendedor ambulante con un 16,66%; establecido por Marks, Seiber, Spreitzer, Snyder & Larson, 1979; sugieren que la participación en muy pocos roles tiene aún más probabilidades de perjudicar el bienestar psicosocial que el hecho de presentar demasiadas demandas de roles ocupacionales. Por último, estableciendo la relación en cuanto a la *formación académica*, se contó con mayor prevalencia en la primaria incompleta y secundaria completa con un 26,66% cada una; esto hace referencia y concuerda con el (DANE, 2008) al referir que la población colombiana más vulnerable apenas llega a educación secundaria, y son muy pocos los que avanzan hacia el nivel profesional y logran realizar una especialización, maestría o doctorado.

Con base en lo anterior, estos datos sociodemográficos inciden de manera negativa en la causalidad personal, puesto que diversos factores conllevaron al diagnóstico y por lo tanto al abandono de roles ocupacionales y un desequilibrio del desempeño ocupacional.

A través de la aplicación del instrumento de valoración MOHOST se logró concluir que existe un conflicto en la comprensión de fortalezas al subestimar y no poder evaluar e identificar las habilidades personales, el sentido de capacidad personal, la confianza para superar los obstáculos, el sentido de eficacia-control, la satisfacción de intereses y el sentido de compromiso en las elecciones con propósito; así mismo, la población objeto de estudio presenta dificultad en organizar rutinas y hábitos equilibrados de actividades productivas y de la vida diaria, adaptarse a los cambios y participar con responsabilidad en las demandas de los roles ocupacionales, esto interfiere con el desempeño ocupacional al ser seres ocupacionales.

Al analizar la relación entre los datos sociodemográficos más relevantes con las variables de investigación, se pudo concluir que a nivel de la identidad sexual las relaciones heterosexuales presentan mayor incidencia al ser diagnosticados con el virus del VIH, esto se debe a que existe cierta confusión entre la forma en como las personas se autoidentifican en relación con su comportamiento sexual, viéndose afectado aspectos fundamentales como la autoeficacia, autoimagen, autoconcepto, creencias en habilidades, autocontrol y sentido de capacidad personal.

De lo anterior, se puede recalcar el conflicto de la identidad puesto que un número de personas que viven y conviven con VIH/SIDA de la fundación Hoasis el Refugio, contaron en el pasado con una pareja heterosexual e incluso tienen hijos; sin embargo, en la actualidad, estas personas se encuentran en convivencia con una pareja del mismo género que le concibe una estabilidad emocional.

De acuerdo a la correlación de las variables de *causalidad personal* y el *desempeño ocupacional*, se puede concluir que existe un coeficiente de correlación positiva perfecta (1,0); según K. Pearson indica que mientras la variable independiente aumenta, la variable dependiente también aumenta. Esto hace referencia a que la *causalidad personal* influye sobre el desempeño ocupacional, puesto que la causalidad personal presenta una restricción, debido a que las personas experimentan una serie de dificultades en la apreciación de sus habilidades, la expectativa de éxito, satisfacción de intereses, elecciones de metas y compromisos, que conllevan a un desempeño ocupacional ineficiente al presentar restricción en la organización de rutinas equilibradas,

actividades productivas y de la vida diaria, experimentando un conflicto de la pertenencia, participación y cumplimiento de los roles ocupacionales, limitando la participación ocupacional.

Al finalizar el proceso terapéutico mediante las actividades de intervención establecidas en el plan de acción, se pudo concluir que durante la ejecución de las mismas, los usuarios se mostraron receptivos, atentos y curiosos; sin embargo, se requiere de motivación constante, puesto que se les dificulta identificarlas y organizarlas para la ejecución de actividades ocupacionales, de igual forma, se evidencia la poca proyección hacia metas y futuros, pues refieren mantener el estilo de vida que llevan en la actualidad, así como las actividades que realizan a diario.

## **Recomendaciones**

**A la Universidad de Pamplona:**

Hacerse más visible en la fundación, mediante intervenciones de los programas como: Terapia Ocupacional, Fisioterapia, Psicología, Nutrición, medicina y enfermería que puedan fomentar el desarrollo integral de las personas que viven y conviven con VIH/SIDA; dando respuesta a las necesidades de la población y al llamado que realiza la fundación que fortalezca sus servicios de refugio.

**Al programa de Terapia Ocupacional:**

Se recomienda dar continuidad con el convenio docencia servicio en la fundación Hoasis el refugio, puesto que las personas que viven y conviven con VIH/SIDA presentan diferentes necesidades en relación al desempeño ocupacional, así como incentivar a los estudiantes de Terapia Ocupacional de semestres próximos por el interés de llevar a cabo un proceso de investigación con esta población.

**A la fundación Hoasis el Refugio:**

Se recomienda difundir el documental y libro de las narrativas de vida ocupacional de las personas que viven y conviven con VIH/SIDA a nivel nacional e internacional y de esta manera generar un impacto de sensibilización y empatía en la sociedad, puesto que se da a conocer el proceso de convivencia con los adultos y niños, además de los eventos críticos que interfieren en la participación ocupacional a nivel familiar, social y productivo.

Implementar y ejecutar actividades que promuevan la productividad, con el fin de crear oportunidades e interés para desempeñarse en un rol productivo.

**A las personas que viven y conviven con VIH/SIDA:**

Queda más que como recomendación, el consejo de no subestimar las habilidades propias y de esta manera poder identificar las actividades ocupacionales de su interés, a partir desde ese ser ocupacional en el que se han convertido, una fuente de cambio en donde participen en diferentes roles ocupacionales y entornos de interacción que provean experiencias significativas.

### Referentes bibliográficos

- Aota. (2010). *Modelo de Desempeño Ocupacional*.
- AOTA. (s.f.). *Marco de Trabajo Para La Practica De Terapia Ocupacional*.
- Asociación Colombiana de Terapia Ocupacional. (1998). Terapia Ocupacional conocimiento y práctica en Colombia. En A. T. Rojas, *Terapia Ocupacional conocimiento y práctica en Colombia* (1 ed., pág. 35). Bogota: Colección sede.
- Asociación Médica Mundial. (Octubre de 2008). *Declaración de Helsinkin de la asociación médica mundial*. Obtenido de Declaración de Helsinkin de la asociación médica mundial: [www.ces.edu.co/index.php/component/joomdoc/...DeclaracionHelsinki.pdf/download](http://www.ces.edu.co/index.php/component/joomdoc/...DeclaracionHelsinki.pdf/download)
- Burish & Bradley, 1., & Trieschmann, 1. (2011). Modelo de Ocupación Humana. En G. Kielhofner, *Modelo de Ocupación Humana* (Cuarta ed., pág. 38). Panamericana.
- Burke, 1., DeCharms, 1., & Goodman, 1. (s.f.). Modelo de ocupaicon humana. en G. Kielhofner. Panamericana.
- Camilioni. (2003). *SlideShare*. Recuperado el 17 de 09 de 2017, de SlideShare: <https://es.slideshare.net/marilinana/presentacin-confiabilidad-y-validez-de-los-instrumentos>
- Cerda, H. (1991). *Recolección de datos*. Obtenido de Recolección de datos: <http://recodatos.blogspot.com.co/2009/05/tecnicas-de-recoleccion-de-datos.html>
- Clark, F. &. (1990). *Terapia Ocupacional en el cuidado de la Salud*. Nuew York.
- Polonio, B; Duarte, P & Noya B. (2001). Conceptos fundamentales de terapia ocupacional. (s.f.). Panemricana, primera edición, Madrid, España.
- Connel, 1., Fiske y Taylor, 1., Lefcourt, 1., & Skinner, C. y. (2011). Modelo de Ocupación Humana. En G. Kielhogner, *Modelo de Ocupación Humana* (pág. 36). Panamericana.
- Connel, Fiske, & Taylor. (1985). Autoeficacia. En G. Kielhofner, *Modelo de Ocupación Humana*. Panamericana.
- costo, F. C. (2014-2015). *Situación del VIH/SIDA en Colombia 2014. 2015*. Obtenido de Situación del VIH/SIDA en Colombia 2014. 2015: <https://cuentadealtocosto.org/site/index.php/publicaciones#vih>
- Crepeau, & Schell, C. &. (2011). *Willard & Spackman Terapia Ocupacional* (11 ed.). Buenos Àires: Panamericana.

- cuantitativo-positivismo, E. (13 de 05 de 2013). *Enfoque cuantitativo-positivismo*. Obtenido de <http://enfoquecuantitativopositivismo.blogspot.com.co/2013/05/enfoque-cuantitativo-de-la-investigacion.html>
- DeCharms. (1968). Personal Causation. En G. Kielhofner, *Modelo de Ocupación Humana* (4 ed., pág. 35). Buenos Aires: Panamericana.
- Escobar, P. J., & Cuevo, M. Á. (2008). Una aproximación a su utilización. (U. e. Bosque, Ed.) *Avances en Medicina*, 6(27).
- Galeano. (2004). *Eumed*. Recuperado el 15 de 09 de 2017, de Eumed: [http://www.eumed.net/tesis-doctorales/2012/mirm/cualitativo\\_cuantitativo\\_mixto.html](http://www.eumed.net/tesis-doctorales/2012/mirm/cualitativo_cuantitativo_mixto.html)
- Grinnel. (1997). Metodología de la investigación. En S. R. Hernández, C. C. Fernandez, & L. P. Baptista, *Metodología de la investigación* (4 ed., pág. 8). México: Mc Graw hill.
- Grinnell. (1997). Metodología en la investigación. En R. H. Sampieri, C. F. Collado, & P. B. Lucio, *Metodología en la investigación* (pág. 597). Ciudad de México: Mc Graw Hill.
- Harter, I. I., & Harter y Connel, I. (2011). Modelo de Ocupación Humana. En G. Kielhofner, *Modelo de Ocupación Humana* (pág. 35). Panamericana.
- Harter, S. &. (2011). El desarrollo del logro motivado. En G. Kielhofner, *Modelo de Ocupación Humana* (4 ed.). Buenos Aires: Panamericana.
- Hernández, S. R., Fernandez, C. C., & Baptista, L. P. (04 de 2006). *Metodología de la investigación* (4 ed.). México: Mc Graw Hill.
- Instituto Colombiano para el Fomento de la Educación Superior. (2002). Terapia Ocupacional conocimiento y práctica en Colombia. En A. T. Rojas, *Terapia Ocupacional conocimiento y práctica en Colombia* (1 ed., pág. 35). Bogotá: Colección sede.
- Janesick. (1998). Metodología de la investigación. En R. H. Sampieri, *Metodología de la investigación* (pág. 597). México: Mac Grall.
- Kielhofner, G. (1980). Modelo de Ocupación Humana. En G. Kielhofner. Panamericana.
- Kielhofner, G. (2011). *Modelo de Ocupación Humana* (4 ed.). Buenos Aires, Argentina: Panamericana.
- Kielhofner, G. (s.f.). *Modelo de la ocupación humana*. Panamericana.
- Lefcourt, & Rotter. (1981). Modelo de Ocupación Humana. En G. Kielhofner. Panamericana.
- López, B. P. (2003). *Conceptos fundamentales de Terapia Ocupacional* (1 ed.). España: Panamericana.

- López, B. P. (2003). Modelo de Desempeño Ocupacional. En B. P. López, *Conceptos fundamentales de Terapia Ocupacional* (1 ed., pág. 104). Panamericana.
- Meyer. (1922). *Modelo de Ocupacion Humana*. Panamericana.
- Ministerio de salud y protección social . (2014). *Situación de VIH en Colombia*. Recuperado el 15 de 03 de 2017, de <https://www.minsalud.gov.co/>
- Molnar, 1., & Wright, 1. (s.f.). Modelo de Ocupación Humana. En G. Kielhofner, *Modelo de Ocupación Humana* (pág. 37). Panamericana.
- Morrillo, Ruiz. (2004). *Tipòs de estudios*. Obtenido de <http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Tipos-de-Estudio--Diseños-OPS-2.pdf>
- Murphy. (1987). Modelo de Ocupación Humana. En G. Kielhofner, *Modelo de Ocupación Humana* (4 ed., pág. 37). Panamericana.
- Nelsón. (1988). Modelo de Ocupación Humana. En G. Kielhofner, *Modelo de Ocupación Humana* (4 ed., pág. 103). Panamericana.
- Nih, National Institute On Drug Abuse. (07 de 2006). *NIH*. Recuperado el 15 de 03 de 2017, de NIH: [www.drugabuse.gov](http://www.drugabuse.gov)
- Observatori Bioètica i Dret. (18 de Abril de 1979). *Informe Belmont*. Obtenido de Observatori Bioètica i Dret: <http://www.bioeticayderecho.ub.edu/archivos/norm/InformeBelmont.pdf>
- Ocupacional, A. a. (2010). *Marco de trabajo para la práctica de Terapia Ocupacional* (2 ed.).
- Ocupacional, A. A. (2012). *Marco de trabajo para la práctica de Terapia Ocupacional: Dominio y procedo*. Recuperado el 12 de 03 de 2018, de Marco de trabajo para la práctica de Terapia Ocupacional: Dominio y procedo.
- OMS. (2010). *Organización Mundial de la Salud*. Recuperado el 15 de 03 de 2017, de <http://www.who.int/whr/2010/es/>
- OMS. (07 de 2016). Recuperado el 15 de 03 de 2017, de <http://www.who.int/es/>
- ONUSIDA. (2014). ONUSIDA.
- ONUSIDA Latina. (06 de 2014). *ONUSIDA*. Obtenido de ONUSIDA: <http://www.unaids.org/es>
- Parra, T. &. (2006). Diseño de investigación. En T. &. Parra, *Diseño de investigación* (pág. 136).
- Polonio, B. (2003). *CONCEPTOS FUNDAMENTALES DE TERAPIA OCUPACIONAL*. PANAMERICANA.

- Polonio, B. (s.f.). Modelo de Desempeño Ocupacional . En Aota. PANAMERICANA.
- Reed & Sanderson. (1992). Terapia Ocupacional Conocimiento y práctica en Colombia. En A. T. Rojas, *Terapia Ocupacional Conocimiento y práctica en Colombia* (1 ed., Vol. 1, pág. 38). Bogota: Colección sede.
- Rojas, A. T. (2002). *Terapia Ocupacional conocimiento y práctica en Colombia* (1 ed.). Bogota: Colección sede.
- Rotter, I. (s.f.). MODELO DE OCUPACION HUMANA. En G. KIELHOFNER. PANAMERICANA.
- Rusque. (2003). *Eumed.net*. Recuperado el 17 de 09 de 2017, de Eumed.net: <http://www.eumed.net/libros-gratis/2008b/402/Validez%20y%20confiabilidad%20de%20los%20Instrumentos%20de%20Recoleccion%20de%20Datos.htm>
- Sampieri, R. H. (2013). *Métodología de la investigación* (6 ed.). Ciudad de México: Mc Graw Hill.
- Schell, B. B., Gillen, G., & Scaffa, M. E. (1998). *Willard & Spackman Terapia Ocupacional* (8 ed.). Argentina: Panamericana.
- Schell, B. B., Gillen, G., & Scaffa, M. E. (2011). *Willard & Spackman Terapia Ocupacional* (8 ed.). España: Panamericana.
- Schell, B. B., Gillen, G., & Scaffa, M. E. (2016). *Willard & Spackman Terapia Ocupacional* (12 ed.). México: Panamericana.
- Schkade y Schultz, I. (1992). WILLARD & SPACKMAN. PANAMERICANA.
- SEN. (2000).
- Tamayo, Tamayo. (1997). *Tesis de investigación*. Recuperado el 17 de 09 de 2017, de Tesis de investigación: <http://tesisdeinvestig.blogspot.com.co/2011/06/poblacion-y-muestra-tamayo-y-tamayo.html>
- Taylor & Bogda. (17 de 03 de 1984). *Observación participante*. Obtenido de Observación participante: [http://www.ujaen.es/investiga/tics\\_tfg/pdf/cualitativa/recogida\\_datos/recogida\\_observacion.pdf](http://www.ujaen.es/investiga/tics_tfg/pdf/cualitativa/recogida_datos/recogida_observacion.pdf)
- Urbanowski. (1997). Terapia Ocupacional, conocimiento y práctica en Colombia. En A. T. Rojas, *Terapia Ocupacional, conocimiento y práctica en Colombia* (1 ed., Vol. 1, pág. 43). Bogota: Colección sede.

## **Apéndices**

Apéndice A. Consentimiento informado

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

En el marco de la ley y de la Constitución Nacional, yo \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ como participante, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, hago constar que **Tania Carolina Rojas Vargas**

estudiante de Terapia Ocupacional de la Universidad de Pamplona, en calidad de investigador principal me informó sobre el objetivo principal del proyecto titulado: **“Influencia de la causalidad personal en el desempeño ocupacional en personas que viven y conviven con VIH/SIDA”** en la fundación Hoasis el Refugio en sus sedes María Alejandra Roa Landazábal y María Fernanda Franco Guerrero, en el cual aceptó participar voluntariamente, por lo tanto:

- He recibido la información de las actividades del proyecto de manera clara y precisa, las cuales son:

1. Caracterización de la población objeto de estudio a través de una ficha sociodemográfica, valoración de la población a través del instrumento MOHOST y aplicación del plan de acción por medio de actividades terapéuticas con la población objeto de estudio.

2. la población objeto de esta contemplada en las dos sedes María Alejandra Roa Landazábal y María Fernanda Franco Guerrero, por un total de 30 participantes.

- Que el uso de los datos recopilados en el proyecto será netamente con fines de investigación y académicos y nunca se revelará mi identidad y toda información será confidencial.

- Así mismo, podré hacer todas las preguntas que considere necesarias, al teléfono 3012002884 y correo electrónico taniak9409@gmail.com

Nombre del participante \_\_\_\_\_ C.C. N° \_\_\_\_\_  
Firma del participante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Apéndice B. Ficha sociodemográfica

## CAUSALIDAD PERSONAL EN EL DESEMPEÑO OCUPACIONAL

### Población que viven y conviven con VIH/SIDA

1. SUJETO: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_

20\_\_\_\_ 26\_\_\_\_ 32\_\_\_\_ 39\_\_\_\_ 45\_\_\_\_ 51\_\_\_\_ 57\_\_\_\_

21\_\_\_\_ 27\_\_\_\_ 33\_\_\_\_ 40\_\_\_\_ 46\_\_\_\_ 52\_\_\_\_ 58\_\_\_\_

22\_\_\_\_ 28\_\_\_\_ 34\_\_\_\_ 41\_\_\_\_ 47\_\_\_\_ 53\_\_\_\_ 59\_\_\_\_

23\_\_\_\_ 29\_\_\_\_ 35\_\_\_\_ 42\_\_\_\_ 48\_\_\_\_ 54\_\_\_\_ 60\_\_\_\_

24\_\_\_\_ 30\_\_\_\_ 37\_\_\_\_ 43\_\_\_\_ 49\_\_\_\_ 55\_\_\_\_

25\_\_\_\_ 31\_\_\_\_ 38\_\_\_\_ 44\_\_\_\_ 50\_\_\_\_ 56\_\_\_\_

2. GENERO

FEMENINO\_\_\_\_\_

MASCULINO\_\_\_\_\_

3. IDENTIDAD SEXUAL

HETEROSEXUAL \_\_\_\_\_

HOMOSEXUAL \_\_\_\_\_

LESBIANISMO \_\_\_\_\_

TRANSEXUAL \_\_\_\_\_

INTERSEXUAL \_\_\_\_\_

BISEXUAL \_\_\_\_\_

OTROS \_\_\_\_\_

4. OCUPACIÓN ANTERIOR

---

5. FORMACIÓN ACADÉMICA

1 PRIMARIA \_\_\_\_

2 PRIMARIA \_\_\_\_

3 PRIMARIA \_\_\_\_

4 PRIMARIA \_\_\_\_

5 PRIMARIA \_\_\_\_

6 BACHILLERATO \_\_\_\_

7 BACHILLERATO \_\_\_\_

8 BACHILLERATO \_\_\_\_

9 BACHILLERATO \_\_\_\_

10 BACHILLERATO \_\_\_\_

11 BACHILLERATO \_\_\_\_

TÉCNICO \_\_\_\_

TECNOLOGO \_\_\_\_

UNIVERSITARIO \_\_\_\_

**PERFIL OCUPACIONAL INICIAL DEL MODELO DE OCUPACIÓN HUMANA  
(MOHOST)**

Nombre: _____		Evaluador: _____	
Edad: ____ Fecha nacimiento: _____		Firma: _____	
Género: Masculino _____ Femenino _____		Fecha de valoración: _____	
		Lugar de valoración: _____	
Escala de puntaje	<b>F= Facilita</b> la participación ocupacional	Desempeño competente que apoya el funcionamiento ocupacional y lleva a resultados positivos.	
	<b>P= Permite</b> la participación ocupacional	Desempeño que generalmente apoya el funcionamiento ocupacional y algunas veces lleva a resultados inciertos.	
	<b>R=Restringe</b> la participación ocupacional	Desempeño inefectivo que interfiere con el funcionamiento ocupacional y lleva a resultados o deseados. El T.O. observa un déficit de leve a moderado en el desempeño ocupacional.	
	<b>I= Inhibe</b> la participación ocupacional	Desempeño deficitario que impide el funcionamiento ocupacional y lleva resultados inaceptables. El T.O. observa un déficit severo en el desempeño ocupacional.	

Resumen de puntajes

Motivación por la Ocupación				Patrón de ocupación			
Apreciación de habilidades	Anticipación de éxito	Intereses	Elección	Rutinas	Adaptabilidad	Responsabilidad	Roles
<b>F</b>	<b>F</b>	<b>F</b>	<b>F</b>	<b>F</b>	<b>F</b>	<b>F</b>	<b>F</b>
<b>P</b>	<b>P</b>	<b>P</b>	<b>P</b>	<b>P</b>	<b>P</b>	<b>P</b>	<b>P</b>
<b>R</b>	<b>R</b>	<b>R</b>	<b>R</b>	<b>R</b>	<b>R</b>	<b>R</b>	<b>R</b>
<b>I</b>	<b>I</b>	<b>I</b>	<b>I</b>	<b>I</b>	<b>I</b>	<b>I</b>	<b>I</b>

**REGISTRÓ DE PUNTUACIÓN MOHOST**

<b>MOTIVACIÓN POR LA OCUPACIÓN</b>		
<b>Apreciación de habilidades</b>  Evalúa habilidades. Creencia en habilidades Sentido de capacidad.	<b>F</b>  <b>P</b>  <b>R</b>  <b>I</b>	Evalúa en forma realista la propia capacidad, reconoce fortalezas y se da cuenta de limitaciones.  Tendencia razonable a sobre/subestimar habilidades personales, reconoce algunas limitaciones.  Dificultad en comprensión de fortalezas y limitaciones si no se le apoya.  No puede reflexionar sobre habilidades, limitaciones, incapaz de apreciar habilidades propias.
<b>Expectativas de Éxito</b>  Sentido de eficacia. Sentido de control. Esperanza. Optimismo.	<b>F</b>  <b>P</b>  <b>R</b>  <b>I</b>	Anticipa éxito, busca desafíos, positivo en relación a superar obstáculos.  Tiene alguna esperanza se éxito confianza adecuada, pero tiene algunas dudas (podría necesitar aliento).  Dificultad en mantener la confianza para superar las limitaciones/obstáculos, bajo sentido de eficacia (requiere apoyo).  Pesimista, desesperanzado o altamente sobre-valorado, se da por vencido ante las dificultades, ausencia de control personal.
<b>Intereses</b>  Goce expresado Satisfacción Curiosidad Participación	<b>F</b>  <b>P</b>  <b>R</b>  <b>I</b>	Agudo, curioso, intenta nuevas actividades, expresa placer, persevera, se muestra contento.  Presenta intereses adecuados que guían sus elecciones.  Dificultad en la identificación de intereses, el interés no prevalece, ambivalencia en la elección de actividad.  Se aburre fácilmente, incapaz de identificar interés, apático, ausencia de curiosidad.
<b>Elecciones</b>  Disposición al cambio Intereses y metas Sentido de compromiso Propósito	<b>F</b>  <b>P</b>  <b>R</b>  <b>I</b>	Preferencia y valores claros, motivado a establecer y trabajar en metas ocupacionales, los objetivos son congruentes con fortalezas y limitaciones.  La mayoría de las veces se muestra capaz de tomar decisiones. Puede necesitar apoyo para establecer y trabajar en sus metas.  Tiene dificultad para identificar lo que es importantes o establecer y trabajar en metas personales, inconsistente.  No puede establecer metas, impulsivo caótico o falta de compromiso con las metas o las metas son inalcanzables o basados en valores.

<b>PATRÓN DE OCUPACIÓN</b>
----------------------------

<p><b>Rutinas</b></p> <p>Equilibrio. Estructura. Productividad. Actividad.</p>	<p><b>F</b></p> <p><b>P</b></p> <p><b>R</b></p> <p><b>I</b></p>	<p>Habilidad para organizar una rutina equilibrada que apoya responsabilidades y metas (estable).</p> <p>Generalmente capaz de seguir una rutina organizada y productiva.</p> <p>Dificultad para organizar rutinas equilibradas de actividades productivas y de actividades diarias que cumplan con las responsabilidades de las metas ocupacionales (requiere apoyo).</p> <p>Rutina caótica o vacía que no apoya responsabilidades y metas (errática/desequilibrada).</p>
<p><b>Adaptabilidad.</b></p> <p>Anticipación al cambio. Flexibilidad. Respuesta al cambio. Tolerancia al cambio.</p>	<p><b>F</b></p> <p><b>P</b></p> <p><b>R</b></p> <p><b>I</b></p>	<p>Anticipa el cambio, cambia acciones y rutinas para cumplir con demandas (flexible).</p> <p>Generalmente capaz de cambiar acciones, puede necesitar tiempo para acomodarse, dudoso.</p> <p>Dificultad para adaptarse al cambio, reciente, pasivo, o sobre reacciona al cambio.</p> <p>Rígido, incapaz de adaptar rutinas o tolerar el cambio.</p>
<p><b>Roles</b></p> <p>Participación. Pertenencia. Respuestas a las demandas. Variedad de roles.</p>	<p><b>F</b></p> <p><b>P</b></p> <p><b>R</b></p> <p><b>I</b></p>	<p>Tienen un sentido de identidad que emana de una variedad de roles, está comprometido con sus roles y es compatible con ellos.</p> <p>Generalmente se identifica con uno o más roles y tiene algún sentido de pertenencia con ellos.</p> <p>Identificación con roles limitado, conflicto o superposición de roles, bajo sentido de pertenencia.</p> <p>No se identifica con ningún rol, presenta negligencia ante las demandas de los roles, no hay sentido de pertenencia.</p>
<p><b>Responsabilidad</b></p> <p>Reconocimiento de responsabilidades. Manejo de expectativas. Cumplimiento de obligaciones. Aceptación.</p>	<p><b>F</b></p> <p><b>P</b></p> <p><b>R</b></p> <p><b>I</b></p>	<p>Asume responsabilidades con voluntad, cumple con expectativas (confiable).</p> <p>Se adapta a la mayoría de responsabilidades, cumple con la mayoría de expectativas, capaz de completar la mayoría de obligaciones.</p> <p>Dificultad de ser capaz de cumplir con expectativas y completar las obligaciones del rol si no cuenta con apoyo.</p> <p>Incapaz de cumplir con las demandas o actividades del rol.</p>



Apéndice E. Revista narrativas de vida ocupacional de personas que viven y conviven con VIH - SIDA

**NARRATIVAS DE VIDA  
OCUPACIONAL  
DE PERSONAS QUE VIVEN Y  
CONVIVEN CON VIH/SIDA.**

## PROLOGO

Pese a la universalidad del estigma y la discriminación en relación con el VIH, así como su efecto perjudicial para la salud pública y de los derechos humanos, una alternativa frente a esto es sensibilizar a la sociedad sobre las graves situaciones que experimentan las personas que viven y conviven con VIH/SIDA, al tiempo que se elaboran herramientas dirigidas a la población en general.

Las narrativas de vida ocupacional es un ejercicio también para romper silencios que matan, de la misma manera esa estigmatización y discriminación que socialmente abundan. Es por eso que en las siguientes páginas se verán reflejadas las narrativas de vida ocupacional en relación a eventos críticos que transmiten mensajes y pensamientos de superación al experimentar situaciones adversas que le restringe la participación ocupacional ante la ejecución de cada uno de los roles en los participantes..

Sin más preámbulos, les presento a Reny, Michel, Jhoan y Alba, quienes sumaron sus voces para contarle a una universidad el mundo entero que el estigma y la discriminación parte de la desinformación y que solo se vence cuando nos damos cuenta que sus vida son tan preciadas a las nuestras, así como, la vida ocupacional que se ve limitada desde la niñez y al pasar por situaciones conllevaron a la disfunción ocupacional por el abandono de sus roles, pero que a pesar de esas situaciones se encuentran en un proceso de superación y expectativa de éxito.

*Tania Carolina Rojas Vargas*

## AGRADECIMIENTOS

Gracias Dios santo, pues tú pusiste en mi camino el deseo de poder compartir y ejecutar el proyecto de investigación con las personas que viven y conviven con VIH/SIDA de la Fundación Hoasis el Refugio, así mismo gracias a ti, por permitir la orientación de personas tan maravillosas como la docente supervisora Adriana Torres Contreras, quien me guio en este proceso y me impulso para indagar sobre las narrativas de vida ocupacional en esta población y de esta manera poder sensibilizar a cada una de las personas que puedan obtener esta revista sobre la situación que se puede llevar por malas decisiones o no presentar las mismas oportunidades, pero que a pesar de eso se sale adelante y se alcanza el éxito a nivel personal, familiar, social y laboral. De igual manera dar gracias a los docentes y jurados del programa de Terapia Ocupacional que creyó que este proyecto pudo ser posible.

# NARRATIVAS DE VIDA OCUPACIONAL.

RENY JOSE

MICHEL CONTRERAS

ELVER JHOAN

ALBA ARENAS



## SUMA TU HISTORIA.

NARRATIVA DE VIDA  
OCUPACIONAL DE **RENY JOSE**.

¡Me siento feliz por lo que soy!

## Narrativa de vida ocupacional de Reny José

Hola me llamo Reny Jose, tengo 33 años, soy una persona muy creativa, soy hiperactivo, me gusta reírme mucho , hacer reír a la gente, que sean alegres, no dejar que las personas bajen el autoestima, porque muchas veces me paso y es lo peor. Actualmente ejerzo mi profesión el cual es ser estilista profesional, muy agradecido con dios, con mi familia y amigos por todo lo que me han ayudado.

Mi infancia fue lo más lindo que me ha pasado en la vida, bueno, pues no empezó tan bien, pero después mejoro (entre sonrisas) no tuve mi madre propia porque sufría de una enfermedad, así que el bienestar familiar me dio en adopción, tuve maltrato por parte de paterna, donde llegue a una familia muy pudiente que me ayudo demasiado, pero desgraciadamente darle todo a los hijos sin decirle que las cosas se deben ganar, eso también influye a que sea una persona malcriada.

En mi adolescencia empecé a identificarme como soy, mi orientación sexual e inclinación se vio hacia



los hombres, mi familia no me apoyo mucho en el momento, por miedo, discriminación, por muchas cosas hacia la parte gay... Después fui donde mi mamá propia, ellos me llevaron, y tiempo después, al ver que no podían asumir



los gastos con los que yo venía desde mi niñez, de ver que ella no me podría brindar lo mejor que me pudo brindar la familia anterior, yo decidí irme para Bogotá y empecé a prostituirme, conseguir el dinero fácil para poder solventar mis gastos y costear todas mis necesidades, también empecé a consumir drogas que me llevaron a un estado crítico del que pensé que nunca iba a salir, físicamente estaba destruido, perdí mucho peso, estaba todo el tiempo sucio, mal oliente y solo pensaba en el consumo de la droga en que en el día tuviera esa droga para no pensar en mi pasado y lo que fui.

En cuanto a las parejas sexuales, las experiencias que tuve fueron muy bonitas en mi vida, como también tuve algo muy duro en mi vida que fue lo que me marco, que fue la persona que me contagio, me dejo cero positivo, porque el murió ya. Cuando el muere, fue cuando decidí la prostitución, yo pensé que se podría tapar el sol con el dedo y quise tomar otra identidad, que fue cuando decidí transformarme y empecé una nueva vida, creyendo que eso me podría solucionar todo, pero al contrario, entre la droga, el alcohol, entre toda esa vida, cada día me iba deteriorando más.

Con la persona que me marco la vida... bueno, al comienzo de una relación usted no va a preguntar y la persona no le va a contar que es cero positivo, por miedo a que la otra persona lo deje, pero fue algo muy bonito, con esa persona viví muchas experiencias, muchas locuras y no, fue algo que me atrae muchos recuerdos buenos, pero la verdad, también tuve muchas tristezas, porque la plata no lo

es todo en la vida, muchas veces cambiamos nuestra felicidad por plata, cambiamos muchas cosas, creyendo que la plata lo es todo y no, primero estamos nosotros.

Cuando yo conocí mi diagnóstico, eso me impulso más a la prostitución y empecé a consumir sustancias psicoactivas, llegué a consumir químicos, empecé a darme cuenta que mi salud se deterioraba porque no me tomaba los retrovirales que son los medicamentos que me da el gobierno. Después de eso, llegué aquí, a Cúcuta, llegué con las defensas muy bajitas y el virus muy alto, llegué a la fundación Hoasis donde me brindaron el apoyo tanto psicológicamente como físico y me sacaron adelante, el señor Ricardo Villamizar fue el apoyo mío... fue como el padre que nunca había tenido, a pesar de que tuve una familia ejemplar, pero él siempre fue mi apoyo, para mi Hoasis ha sido gran parte de mi vida y gran parte de mi familia también.

Actualmente la vida me dio un giro rotundo, porque no hay que esperar a que pase algo grave para tomar conciencia, mi madre biológica falleció y fue ahí donde fue que empecé a recapacitar, donde inicié el tratamiento completo, mi madre falleció hace siete meses... También llevo ese tiempo sin consumir, estoy bajo un régimen de medicina, de tratamiento psicológico, estoy luchando... no es fácil, pero tampoco es imposible y demostrarme a mí mismo, todas mis capacidades porque al igual, ya estoy trabajando en lo que me apasiona, volví a tener una buena clientela en mi pueblo, mi familia volvió a creer en mí, mis amigos me apoyan, todos me ayudan (sonriendo), todos me quieren muchísimo.

Actualmente no tengo pareja por muchos motivos, puede ser por miedo a la discriminación, de pronto muchas personas creen que por el tocarte, el hablarte se pueden contagiar, pero no, falta de información, falta de madurez y entender de pronto que todos somos seres humanos, sea la enfermedad que sea,

porque algún día yo también lo pensé, que nunca me va a pasar, pero esto es una prueba de que si me puede pasar. En cuanto a mi orientación sexual, me siento muy bien, esta parte me ha enseñado a ser fuerte, a pesar que en la niñez siempre era la burla, de pronto también me enseñó a poder superar mis miedos.

Hoy puedo decir, que soy completamente feliz, por lo que soy, lo que tengo y por las personas que siempre confiaron en mí.



## SUMA TU HISTORIA.

NARRATIVA DE VIDA  
OCUPACIONAL DE MICHEL  
CONTRERAS.

¡Lo que más aspiro en mi vida es  
trabajar como estilista y sentirme  
viva!



## Narrativa de vida ocupacional de Michel Contreras

Me llamo Michel contreras, tengo 39 años, nací en el campo soy una persona alegre, extrovertida, pero también me gustan que las cosas sean correctas.

Yo desde muy pequeña siempre supe para donde iba y que quería, desde los 10 años siempre supe que no quería jugar con niños, no me gustaban los carros ni balones, las cosas de niños no me gustaban. Cuando estaba estudiando tampoco me gustaba hacer deporte, me la pasaba con las niñas jugando lazo y boleivol, entonces desde muy pequeña yo sabía que era lo que quería y para donde iba. Mi primera relación sexual fue a los trece años, de momentos que se dieron y ya...

Después de eso, tuvo que pasar mucho tiempo para tener otra pareja, pues desde muy pequeña me salí de la casa porque no me querían ni aceptaban como soy, a esa edad lo único que hacía era trabajar ejerciendo

la prostitución y eso también me llevo a vivir en la calle y consumir drogas que me llevaron a un estancamiento de mi vida.

No es fácil trabajar en la calle, no es fácil acostarse con personas que vienen llenas de sudor, que lo quieren besar a uno, eso me daba fastidio, el tener que soportar que le hagan a uno cosas por plata y pues esa es la realidad, por plata y necesidad tuve que soportar todo ese tipo de cosas, no es fácil, pero pues era la única fuente para solventar mis necesidades que podía obtener. Cuando supe mi diagnóstico, siempre fue difícil, porque aunque tuve una pareja que era estable, que yo sabía que esa persona era cero positivo, porque el ya murió, pues con él yo me cuidaba muchísimo, pero mi error fue con otra persona, porque me infecte por otro lado con otro hombre, con él no...

Mi proceso muy relajado al inicio, pero después me dio muy duro, todavía no lo asimilaba, hasta que tuve un recaída muy fuerte, casi mes y medio estuve en cama, baje 26 kilos, no quería salir a la calle, mi

autoestima se me bajo mucho, pero gracias a dios con mis amistades, con el señor Ricardo que me quiere mucho poco a poco empezaron a hablarme y pude salir adelante. Actualmente mi gran sueño es tener una peluquería otra vez, eso me hace sentir viva, tener mi clientela, aunque es muy difícil por mi situación, primero porque no tengo documentos y porque he sufrido mucha discriminación, no puedo trabajar en una peluquería por el centro u otra parte, porque todos saben que yo tengo el VIH y que hago parte de la fundación, entonces todo eso me ha cerrado las puertas y no he tenido oportunidades de trabajar, lo que más deseo es tener mi propia peluquería, con la clientela que me acepta tal cual como soy sin importar mi condición.

El proceso en Hoasis ha sido un proceso suave, pero con mucho amor y paciencia, decidí quedarme en esta casa pues para alejarme de la prostitución y del consumo de drogas, porque últimamente me había entregado muchísimo al consumo de sustancias,

entonces me aferre a esta casa y a ayudar a las personas que necesitan de ella.



# SUMA TU HISTORIA.

NARRATIVA DE VIDA OCUPACIONAL DE  
ELVER JHOAN

¡Me gusta ser feliz y hacer reír a la gente!

Narrativa de vida ocupacional de Jhoan  
"Chiqui".

Me llamo Elver Jhoan, más conocido como "chiqui", tengo 29 años, vivo en la fundación Hoasis hace diez años, soy un chico alegre, no me gusta la violencia, odio las personas que quieren ser violentas, me gusta sonreír y alegrar la vida a los demás.

Tengo 10 años de estar con el virus, soy portador, soy positivo... pero vivo feliz. Mi niñez, es un recuerdo no tan agradable, fui producto de una violación que sufrió mi mamá a los 14 años, yo crecí en un ambiente sin amor, a los cuatro años empecé a jugar un juego, que se llamaba el gato y el ratón que consistía en que el gato se comía al ratón pero yo no sabía que era bajarle los pantalones al ratoncito para comérselo y ahí era que me violaba, cuando tenía siete años, los vecinos seguían haciendo lo mismo conmigo. Después de un tiempo, mi nona fue la que se dio cuenta porque yo llegaba y me veía sangre en los pantalones. A los doce años, yo me sentía muy extraño porque mi cuerpo empezaba a cambiar de niño a hombre, fue una experiencia muy dura porque

nunca había tocado a otros niños y niñas, solo tenía a mis mascotas, de niño me crié en un ambiente cerrado donde nadie me podía hacer daño, a veces no comprendía mi nona porque me tenía tan sobreprotegido... pero ahora lo entiendo, era para que no me hicieran daño, como me lo hicieron. Cuando empezó mi desarrollo, me daba un poco de vergüenza porque iba creciendo mis vellos púbicos, me empezó a cambiar la voz y empecé a tener atracción por los hombres, las mujeres las miraba como algo angelical, como algo que no se podía tocar y los hombres me pasaba todo lo contrario y me sentía más a gusto al tocar a los hombres.

Mi abuela falleció al lado mío, cuando tenía catorce años de un paro cardíaco, pero yo era inocente

porque empezó a roncar y yo no pare bolas y murió al lado mío y mi mamá me culpo de la muerte de ella,



de ahí me tuve que ir de la casa, porque me echaron por la muerte de mi abuela.

Ya en la calle, tuve que tener otro estilo de vida que nunca pensé tener y tuve que empezar a prostituirme, a los 18 años me diagnosticaron el virus por un disparo de un accidente que tuve, en ese tiempo el médico me dijo que tenía era Sida y que me quedaban seis meses de vida, fue un golpe para mí muy duro, estaba muy chico para morirme tan rápido.

Mi primera relación sexual con consentimiento fue algo traumático, porque quería como todo niño que fuera especial a pesar de no ser virgen, pues ya había sido violado. Pero había algo, y era que no permitía que nadie se me acercara, pero esa primera vez que yo quise tener la relación sexual con mis cinco sentidos fue una experiencia bonita que nunca en mi vida había experimentado.

Actualmente me siento gay, un niño normal, a pesar de que la gente dice que eso no es normal porque Dios hizo al hombre y la mujer para convivir en pareja y no hizo dos hombres, pero yo lo veo normal porque es mi naturaleza y me siento orgulloso de serlo.

# SUMA TU HISTORIA.

NARRATIVA DE VIDA OCUPACIONAL  
DE ALBA ARENAS

¡Lo que más me gusta es trabajar, sentirme  
ocupada!



## Narrativa de vida ocupacional de Alba.

Me llamo Alba Nidia Arenas Ortiz. Tengo 51 años nací en Cartago Valle, pero viví en Bucaramanga. Me gusta trabajar, sentirme activa y poder salir adelante.

De mi infancia que me acuerde. Yo me le escapaba a mi mamá por la parte de atrás del patio, había un Portillo por donde pasaba el perrito y daba a la carretera donde pasaba el tren. Tocaba que pasarla para llegar a la casa de mis abuelitos, yo llegaba y me tiraban la puerta en mi cara y no me veían me decían que con quien venía y yo les hablaba y ellos no me entendían porque estaba muy pequeña cuando eso.

Mi mamá trabajaba en la trilladora y nos dejaba con una muchacha que nos pegaba mucho, nos arañaba y maltrataba todo el tiempo. Toda la infancia la vivimos de pueblo en pueblo, de ciudad en ciudad, fuimos desplazados tres veces. Ya en la adolescencia decidí escoger la mala vida, pues no quería estar más en un lugar donde me maltrataban y no podía estar tranquila, así que me fui para la calle, yo pensaba que todo era fácil, pero no fue así, allí me desordene, empecé a prostituirme, consumir drogas y tener muchas parejas sexuales. En ese mundo de la calle y el mal se debe entender que se lleva una vida de drogadicción, en mi caso, debido a esos

desplazamiento me sentí sola y me refugie en malas amistades donde me puñalearon para que probará la droga y empecé con el perico, seguí con la marihuana, las pepas, las píldoras y pues eso fue muy duro para mí porque ahí empecé con la adicción hasta que toque fondo con la heroína. Fue ahí, donde decidí parar y dije que no quería seguir esta vida, había perdido todo, mi familia y mis hijos.

Ahorita en este momento estoy aquí en Cúcuta gozando de la bendición del señor estoy en el Evangelio. Hace año y medio esto es lo único positivo que me ha podido pasar en la vida, pues me llena de felicidad estar en la Fundación. Anteriormente yo vendía mi cuerpo para poder ingerir mis drogas, como había aprendido eso; cuando estaba en el inicio de la rehabilitación, seguía vendiendo mi cuerpo para tener disque una mejor calidad de vida. Pero me enferme, me enfermaron fui contagiada del VIH hace casi 15 años y pues esto ha sido muy duro para mí porque cuando me dieron la noticia no tuve una dirección ni tuve un psicólogo para que me comprendiera y yo me iba a tirar del hospital de Bucaramanga y bendito sea mi Dios que me atajaron y me empezaron a decir las cosas que esto no era para morirse que esto era como una enfermedad cualquiera y que me fuera para

la casa y que viviera bien que estuviera estable que trabajará que si tenía hijos pensarán mucho en ellos y que buscarán de Dios. Quede embarazada poco después de mi diagnóstico, tuve al niño sin complicaciones, pero cuando mi hijo tenía año y medio mi mamá se me lo trajo de Bucaramanga porque yo fui a que lo conociera Me traje a mi hijo para la Fundación él está acá desde 4 hasta los 10 años.

Entonces como volvía y recaía, volvía y recaía me estaba 8 meses y me iba. En la calle estaba unos dos tres meses y volvía y me estaba cuatro meses y me le iba a don Ricardo porque la Adicción era mucha. Salirse de las drogas es para fuertes y para valientes. Los que puedan leer este libro en las universidades que así su mamá los eche, que así tenga la depre no se pongan a tomar a consumir esto la vida es muy linda y hay que valorarla.



¡Suma tu voz!, Narrativas de vida ocupacional de personas que viven y conviven con VIH/SIDA.



Apéndice F. Autorización uso de la imagen y voz en productos audiovisuales para menores de edad



UNIVERSIDAD DE PAMPLONA  
FACULTAD DE SALUD  
DEPARTAMENTO DE TERAPIA OCUPACIONAL



### USO DE LA IMAGEN Y VOZ EN PRODUCTOS AUDIOVISUALES PARA MENORES DE EDAD

YO, \_\_\_\_\_ con cedula de ciudadanía c.c. N° \_\_\_\_\_ padre o tutor responsable del niño menor de edad \_\_\_\_\_ autorizo a la estudiante de Terapia Ocupacional Tania Carolina Rojas Vargas, responsable del proyecto de investigación que tiene como nombre: "Influencia de la causalidad personal en el desempeño ocupacional en las personas que viven y conviven con VIH/SIDA", llevado a cabo en la Fundación Hoasis el Refugio, así como a terceros (estudiantes de comunicación social de la Universidad de Pamplona que cursan la asignatura Televisión II), utilizar la imagen (del/de la) menor en los medios de comunicación electrónicos (documentales, televisión y videos) el cual serán utilizados para la elaboración del documental de narrativas de vida.

Me siento satisfecho(a) con las explicaciones dadas y las he comprendido.

En su constancia

\_\_\_\_\_  
Firma  
Ciudad y Fecha: \_\_\_\_\_

Firma Terapeuta Ocupacional en formación: \_\_\_\_\_

INFLUENCIA DE LA CAUSALIDAD PERSONAL EN EL DESEMPEÑO OCUPACIONAL DE LAS PERSONAS QUE VIVEN CONVIVEN CON VIH/SIDA.

TANIA CAROLINA ROJAS VARGAS\*  
Estudiante X Semestre Terapia Ocupacional.  
Universidad de Pamplona.  
Correo: taniak9409@gmail.com

ADRIANA EDELMIRA TORRES CONTRERAS\*\*  
Profesora de la Universidad de Pamplona.  
Terapeuta Ocupacional.  
Especialista en DIIo Infantil y Procesos de Aprendizaje  
Mg. En Educación.  
Correo: adriana.torres@unipamplona.edu.co

BENITO CONTRERAS EUGENIO\*\*  
Profesor de la Universidad de Pamplona.  
Lic. Educación física, recreación y deporte.  
Mg. En Docencia e investigación universitaria  
Correo: benitocontreras@unipamplona.edu.co

**RESUMEN**

La causalidad personal se refiere al sentido de eficacia en las personas la cual alberga conocimientos sobre qué tipos de capacidades presentan para la ejecución de una ocupación en relación con las demandas y experiencias ambientales; de igual forma el desempeño ocupacional es la capacidad para ejecutar aquellas tareas que hacen posible desarrollar roles ocupacionales. Son muchos los factores que pueden influir negativamente en la causalidad personal en las personas que viven y conviven con VIH/SIDA como población vulnerable y de esta manera interferir en el desempeño ocupacional, puesto que se evidencia la falta de autoeficacia y sentido de capacidad de las habilidades que permiten el desarrollo de un desempeño ocupacional óptimo; puesto que estas personas son sometidas a un alto índice de estigmatización, discriminación social, desigualdad y perjuicios.

En la presente investigación se estableció como objetivo determinar la relación de la causalidad personal en el desempeño ocupacional de las personas que viven y conviven con VIH/SIDA; se cuenta con un diseño metodológico cuantitativo de alcances exploratorio, descriptivo explicativo y correlacional, con una muestra no probabilística de 30 personas en edades comprendidas de 18 a 65 años, debido a la vulnerabilidad y fluctuación de la población que se encuentran refugiadas en la fundación. Inicialmente se dio a conocer el consentimiento informado en que los usuarios aceptaron ser partícipes del proceso investigativo, seguidamente se aplicó la ficha sociodemográfica realizada en un formulario de Google Drive con datos generales relevantes, posterior a ello se utilizó el instrumento de valoración "perfil ocupacional inicial del modelo de ocupación humana" (MOHOST), el cual fue recopilado del paquete de instrumentos del modelo de ocupación humana (MOHO); por último se realizó la correlación entre las variables independiente y dependiente mediante el coeficiente de correlación de K. Pearson, permitiendo arrojar resultados y conclusiones del proyecto de investigación.

**Palabras clave:** Causalidad personal, desempeño ocupacional, sentido de capacidad personal, autoeficacia, personas que viven y conviven con VIH/SIDA.

**INFLUENCE OF THE PERSONAL CAUSALITY IN THE OCCUPATIONAL PERFORMANCE OF THE PERSONS WHO LIVE THEY COEXIST WITH HIV / AIDS**

## ABSTRACT

The personal causality refers to the sense of efficiency in the persons which shelters knowledge on what types of capacities they present for the execution of an occupation in relation with the demands and environmental experiences; of equal form the occupational performance is the aptitude to execute those tasks that make possible to develop occupational roles. There are great the factors that can influence negatively the personal causality the persons who live and coexist with HIV / AIDS as vulnerable population and hereby interfere in the occupational performance, since there is demonstrated the lack of autoefficiency and sense of capacity of the skills that allow the development of an occupational ideal performance; since these persons are submitted to a high index of estigmatización, social discrimination, inequality and prejudices.

In the present investigation it was established as aim to determine the relation of the personal causality in the occupational performance of the persons who live and coexist with HIV / AIDS; one possesses a methodological quantitative exploratory, descriptive explanatory design of scopes and correlational, a sample not probabilistic of 30 persons in included ages from 18 to 65 years, due to the vulnerability and fluctuation of the population that are sheltered in the foundation. Initially there was announced the informed assent in which the users agreed to be participants of the process investigative, immediately afterwards the card was applied sociodemographic realized in Google Drive's form by general relevant information, later to it the instrument of valuation was in use " occupational initial profile of the model of occupation humanizes " (MOHOST), which was compiled of the package of instruments of the model of human occupation (MILDEW); finally the correlation was realized between the variables independently and dependently by means of the coefficient of correlation of K. Pearson, allowing to throw results and conclusions of the project of investigation.

**Keywords:** Personal Causality, occupational performance, sense of personal ability, self-efficacy, people who live and coexist with HIV/AIDS.

## 1. INTRODUCCIÓN

El proyecto de investigación cuenta como título "influencia de la causalidad personal en el desempeño ocupacional en personas que viven y conviven con VIH/SIDA" el cual se llevó a cabo en una fundación no gubernamental que alberga a estas personas de la ciudad de Cúcuta, Norte de Santander. Durante este proceso, se aplicó el Perfil Ocupacional inicial del Modelo de Ocupación Humana (MOHOST), especialmente en las secciones de motivación por la ocupación y roles de ocupación; el primer aspecto abarca la apreciación de habilidades, expectativas de éxito, intereses y elecciones, y el segundo aspecto menciona la rutina, adaptabilidad, roles y responsabilidad como elementos esenciales para el proceso de ejecución en actividades ocupacionales que le brinden eficacia y eficiencia a las personas.

Según Kielhofner (2011), define causalidad personal como: "las capacidades y eficacia de las personas, esta alberga conocimientos sobre qué tipo de capacidades tienen las personas en relación con las demandas y experiencias ambientales para la ejecución de una ocupación". De acuerdo a lo anterior, el sentido de capacidad y eficacia proporciona a las personas el nivel de confianza al realizar una actividad específica, de esta manera existirá un sentido de pertenencia al quehacer de las cosas reflejando hasta qué punto puede llegar y que tan eficaces son sus habilidades en una ocupación, involucrando pensamientos y sentimientos a lo que la persona considera importante, buscando oportunidades para modificar el desempeño mediante juicios sobre aquellas capacidades físicas, intelectuales y sociales importante para la ejecución de aquellas actividades que le generen satisfacción

En cuanto al termino de desempeño ocupacional, la autora Begoña Polonio López (2003), la define como: “la capacidad para ejecutar aquellas tareas que hacen posible desarrollar los roles ocupacionales de una manera que sea satisfactorio y apropiada con relación a la edad del individuo, la cultura y el entorno”. Así mismo, el desempeño ocupacional proporciona en cada sujeto el desarrollo y la ejecución satisfactoria de actividades ocupacionales, relacionadas con elementos intrapersonales (edad, factores psicológicos) y extrapersonales (entorno físico social, familiar), conllevando a un equilibrio apropiado de su desempeño en relación a su rol ocupacional, proporcionando en el individuo la exploración y el dominio de aquellas necesidades ocupacionales (actividades sociales, productivas y de ocio/tiempo libre) que desea ejecutar con satisfacción para la realización personal y por ende un desempeño ocupacional óptimo.

Con base en lo anterior, el propósito del proyecto investigativo es determinar la relación de la causalidad personal con el desempeño ocupacional de personas que viven y conviven con VIH/SIDA; respecto al sentido de capacidad personal, corresponde a juicios y evaluaciones de las habilidades físicas, intelectuales y sociales al ejecutar una actividad con propósito; y que el sentido de autoeficacia y efectividad para el uso de las habilidades personales logrando resultados deseados en la vida respecto al rol ocupacional ya definido.

La investigación fue de gran impacto, debido a que desde el programa de Terapia Ocupacional no se han realizado investigaciones que den a conocer la relación de la causalidad personal con el desempeño ocupacional con este tipo de población. Así mismo, para la población objeto de estudio, al determinar la funcionalidad que puede presentar cada persona sobre el sentido de capacidad personal y autoeficacia sobre el quehacer de las cosas, ser independientes y ocupacionales con actividades que le sean de interés, de acuerdo al rol establecido y por ende mejorar la calidad de vida y el desempeño ocupacional.

La elaboración de este trabajo de investigación se llevó a cabo dentro del CAP (Campo de acción profesional) del programa de Terapia Ocupacional de la Universidad de Pamplona; por el cual está conformada *I capítulo*, comprende el título, descripción y formulación del problema, objetivos y justificación, permitiendo dar a conocer al lector porque es necesario ejecutar el proyecto de investigación y que

se pretende lograr; el *II capítulo* contempla el marco de referencia, teórico, contextual, conceptual, legal y ético; modelos y paradigmas desde el abordaje de Terapia Ocupacional, dando a conocer las referencias y citas de autores u otras investigaciones que aporte al proyecto de investigación; el *III capítulo* presenta el marco metodológico; el *IV capítulo* comprende el análisis de resultados; el *V capítulo* abarca el plan de acción, por último el *VI capítulo* que especifica el producto final, conclusiones y recomendaciones.

## 2. DESARROLLO METODOLOGICO

Siguiendo a Hernández Sampieri (2006), el presente estudio tiene un enfoque cuantitativo, puesto que la implementación del análisis estadístico fue imprescindible para el cumplimiento de los objetivos propuestos. De acuerdo al alcance, la investigación es de tipo exploratorio, descriptivo explicativo y correlacional, desarrollada bajo la toma de datos en un solo tiempo.

La población objeto de estudio correspondió a 73, entre ellos 43 niños y 30 adultos; en relación a los criterios de inclusión, la cual corresponde a ser mayores de 18 años, se obtiene una muestra no probabilística con un total de 30 personas adultas que viven y conviven con VIH/SIDA de una fundación no gubernamental ubicada en el barrio Ospina Pérez en la Ciudadela Atalaya de la ciudad de Cúcuta, Norte de Santander.

Inicialmente se dio a conocer el consentimiento informado en la cual se explicó detalladamente a cada participante el proceso que se llevaría a cabo para la ejecución del proyecto de investigación, seguidamente se caracterizó la muestra de estudio mediante la aplicación de la ficha sociodemográfica elaborada en un formulario de Google Drive, los datos consistieron en relación a la edad, género, identidad sexual, formación académica y ocupación anterior.

En cuanto al instrumento de valoración, se utilizó el Perfil Ocupacional Inicial del Modelo de Ocupación Humana (MOHOST), extraído del paquete de instrumentos del Modelo de Ocupación Humana (MOHO). Según los autores del instrumento (Sue Parkinson, Kirsty Forsyth y Gary Kielhofner), el instrumento se basa en los conceptos del MOHO que aborda la motivación, el desempeño y la organización de la participación ocupacional en la vida diaria. El instrumento permitió valorar las variables de

investigación; se contó con las secciones de motivación por la ocupación que permitió valorar la causalidad personal en relación a las creencias en habilidades, expectativas, intereses y elecciones, así como la sección de patrón de ocupación que permitió valorar el desempeño ocupacional en relación a la ejecución de rutinas, roles, adaptabilidad a cambios y responsabilidades.

En relación a la calificación expresada por el instrumento de valoración se establece de la siguiente manera:

- 4: Facilita la participación ocupacional.
- 3: Permite la participación ocupacional.
- 2: Restringe la participación ocupacional.
- 1: Inhibe la participación ocupacional.

Una vez se realizó la valoración, se continuó con el análisis de los resultados estadísticos, obteniendo resultados significativos en cuanto a los datos sociodemográficos y la valoración de las variables. Se utilizó el programa de Microsoft Excel, facilitando el diagrama de barras según la frecuencia y porcentaje de los datos sociodemográficos, seguidamente se realiza la correlación mediante tabla y gráfica de dispersión de tres datos sociodemográficos relevantes como el género, identidad sexual y formación académica con las variables causalidad personal y desempeño ocupacional. Por último se lleva a cabo la correlación entre la variable independiente y dependiente mediante la fórmula de K. Pearson, obteniendo de esta manera un coeficiente de correlación de 1,0 siendo está positiva perfecta.

### 3. RESULTADOS

Como primer parámetro a describir se encuentran los datos sociodemográficos de la población objeto de estudio, donde se retoman con los porcentajes más altos para cada ítem analizado.

La población que viven y conviven con VIH/SIDA se encuentran en un rango de edad comprendido entre los 18 a 65 años, las edades con mayor incidencia corresponden a los adultos de 26 a 35 años con un porcentaje del 26,66, el género de mayor incidencia hace referencia a la masculinidad con un porcentaje de 60; esto concuerda con la ONUSIDA, 2008; que define la masculinidad como el género que incita la conquista sexual, las múltiples parejas y el control de

las interacciones sexuales, esto contribuye al riesgo de infección de enfermedades de transmisión sexual tanto en hombre como en mujeres; de igual forma, se puede determinar que los hombres son más promiscuos y menos competentes e ineficaces al desempeñar el rol sexual, conllevando a una pérdida de capacidades que impide la autorrealización de las actividades; en cuanto a la identidad sexual se evidencia mayor prevalencia en las personas heterosexuales con un porcentaje del 73,33; seguido por los homosexuales equivalentes a un porcentaje del 16,66. Con base en lo anterior y corroborando las estadísticas del Boletín epidemiológico del Ministerio de Salud y Protección Social en el año 2013, refiere que el mayor índice de casos reportados era proveniente de relaciones heterosexuales, seguido por las relaciones homosexuales. No obstante el mayor reporte de casos heterosexuales tiene que ver con asunciones equivocadas que se realizan por parte de la sociedad y profesionales de la salud sobre la orientación sexual, puesto que se presenta en estas personas un conflicto de la identidad personal, al verse limitado la autoeficacia, autoimagen, autoconcepto, creencias en habilidades, autocontrol y sentido de capacidad personas, afectando la volición hacia la ejecución de actividades de la vida diaria. En relación a la ocupación anterior se observa mayor índice en la ocupación de oficios varios con un porcentaje del 23,33, trabajador sexual con un 16,66 y vendedor ambulante equivalente al porcentaje del 16,66; confirmando con el departamento administrativo nacional de estadística (DANE) en el 2018, en su último boletín en relación al empleo informal y seguridad social, en la población ocupada se desempeña en el trabajo informal donde estuvo principalmente compuesta por trabajadores por cuenta propia, entre ellos los independientes en oficios varios, así mismo, Marks, 1977; Seiber, 1974, Snyder, & Larson, 1979; sugieren que la participación en muy pocos roles tiene aún más probabilidades de perjudicar el bienestar psicosocial que el hecho de tener demasiadas demandas de roles, sin suficientes roles, la persona pierde identidad, propósitos y estructura de la vida diaria. De acuerdo a lo anterior, se evidencia una disfuncionalidad en la ocupación, debido a que la población objeto de estudio ejecuta trabajos informales e ilegales, afectando de esta manera los roles ocupacionales al cambiar frecuentemente a realizar el abandono de los mismos. Referente a la formación académica, se obtiene índices altos en la primaria incompleta y secundaria

completa con un porcentaje del 26,66 cada uno respectivamente; Entre los niveles de escolaridad, el (DANE, 2008) en el tema estratégico de acceso a la educación de la población vulnerable, revela que la población colombiana más vulnerable apenas llega a educación secundaria, son muy pocos los que avanzan hacia el nivel profesional y logran realizar una especialización, maestría o doctorado. Así mismo, (Kielhofner, 2011) refiere que el inicio de la adultez esta asociado tradicionalmente con la entrada en el rol de trabajador, pero el ingreso laboral puede diferir de modo radical, dependiendo si la persona trabaja directamente después de la escuela secundaria, asiste a la universidad u obtiene una educación de posgrado, de igual manera (Bonder, 1994) menciona que los adultos jóvenes y de mediana edad, se encuentran adquiriendo nuevas capacidades, mientras que la adultez tardía se caracteriza por cierta disminución de la capacidad, afectando el desempeño ocupacional. Por consiguiente, el nivel de formación académica afecta los valores personales durante la etapa adulta, puesto que el nivel de escolaridad influye en la adquisición de una ocupación significativa que genera un vivir satisfactorio; por lo tanto entre más niveles de estudio tenga la persona más oportunidades laborales pueden tener y el desarrollo de intereses personales; proporcionando una identidad ocupacional. En relación a lo anterior, la población objeto de estudio que no presentan niveles educativos superiores se encuentran en una disfuncionalidad en el desempeño ocupacional, puesto que existe limitación en la participación ocupacional al evidenciarse menos oportunidades debido a la exigencia por el nivel de escolaridad requerido para un rol laboral que genere una calidad de vida adecuada.

A continuación en la siguiente tabla se muestra de forma detallada los datos sociodemográficos más relevantes:

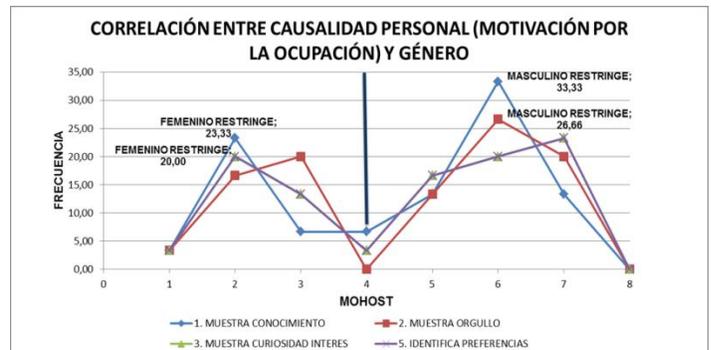
Tabla N.1 Datos sociodemográficos.

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS		FR	%
RANGO DE EDAD	26-35 AÑOS	8	26,66
GÉNERO	MASCULINO	18	60
IDENTIDAD SEXUAL	HETEROSEXUAL	22	73,33
	HOMOSEXUAL	5	16,66
OCUPACIÓN ANTERIOR	OFICIOS VARIOS	7	23,33
	TRABAJADOR SEXUAL	5	16,66
	VENDEDOR AMBULANTE	5	16,66
FORMACIÓN ACADÉMICA	PRIMARIA INCOMPLETA	8	26,66
	SECUNDARIA COMPLETA	8	26,66

Fuente. Rojas, T. 2018

En segunda estancia estancia se realiza la correlación entre los datos sociodemográficos como el género, identidad sexual y ocupación anterior con la variables de Causalidad Personal. Estas se llevarán a cabo mediante la utilización de Microsoft Excel en la que se elaborarán gráficas de dispersión como las siguientes:

Gráfica N1. Correlación entre Género y Causalidad Personal.

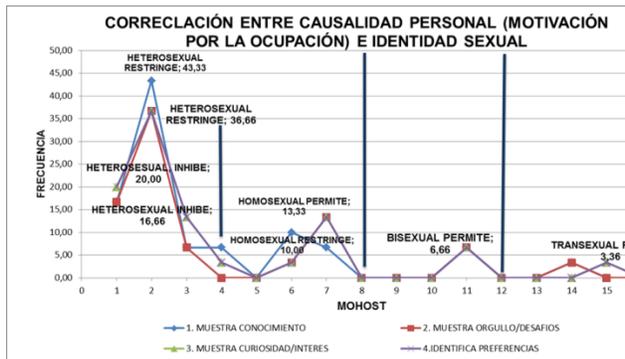


Fuente. Rojas, T. 2018

En la población objeto de estudio, a nivel de la motivación por la ocupación, el cual permite valorar la causalidad personal, se evidencia mayor porcentaje tanto en género femenino como masculino. Los porcentajes del género femenino representan un 23,33% en el ítem de muestra conocimiento y un 20,00% en muestra curiosidad interés e identifica preferencias; y en el género masculino se evidencian porcentajes de: 33,33% en muestra conocimiento y un 26,66% en muestra orgullo, obteniendo una calificación según el instrumento de valoración de 2 (Restringe), el cual las personas se encuentran experimentando dificultades en las áreas de: apreciación de habilidades (sentido de capacidad, creencia y evaluación de habilidades), expectativas de éxito (sentido de eficacia, control, esperanza y optimismo), intereses (goce expresado, satisfacción, curiosidad y participación) y elecciones (disposición al cambio, meta, sentido de compromiso y propósito), presentando un impacto mayor en la participación ocupacional. Esto demuestra que a nivel del desempeño ocupacional según los resultados del MOHOST y expuestos por los autores del instrumento (Parkinson, Forsyth & Kielhofner) se vio afectado más en el género masculino en un 33,33% a nivel de restricción en la participación ocupacional al evidenciarse un desempeño inefectivo en cuanto a la

causalidad personal puesto que las personas se le dificulta la comprensión de fortalezas y limitaciones si no se le apoya; así como en mantener la confianza para superar aquellas limitaciones u obstáculos bajo el sentido de eficacia; no identifican intereses ni establecen metas personales para la elección y ejecución de actividades ocupacionales, conllevando a resultados no deseados, observándose un déficit de leve a moderado en el desempeño ocupacional.

Gráfica N2. Correlación entre Identidad Sexual y Causalidad Personal.

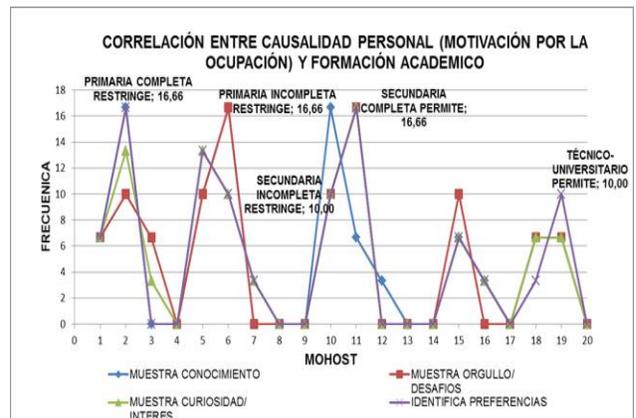


Fuente. Rojas, T. 2018

Analizando la correlación entre identidad sexual y causalidad personal en la población objeto de estudio, a nivel de motivación por la ocupación, se evidencia un mayor porcentaje con un 43,33% en la población heterosexual en el ítem de muestra conocimiento, así como en los ítems de muestra orgullos/desafíos y curiosidad/interés con un porcentaje del 36,66% cada uno, obteniendo una calificación de 2 (restringe), que según los autores del instrumento de valoración (Parkinson, Forsyth & Kielhofner) refieren que las personas se encuentran experimentando dificultades en las áreas de: apreciación de habilidades (sentido de capacidad, creencia y evaluación de habilidades), expectativas de éxito (sentido de eficacia, control, esperanza y optimismo), intereses (goce expresado, satisfacción, curiosidad y participación) y elecciones (disposición al cambio, meta, sentido de compromiso y propósito), presentando un impacto mayor en la participación ocupacional. Esto demuestra que la causalidad personal afecta los niveles del desempeño ocupacional, según estos resultados observados por el MOHOST; los adultos heterosexuales que se encuentran en la fundación, presentan una restricción en la participación ocupacional con un desempeño

inefectivo que interfiere con el funcionamiento ocupacional y lleva a resultados no deseados, observándose un déficit de leve a moderado en el desempeño ocupacional. De igual forma, se evidencia un porcentaje significativo del 20,00% en identifica preferencias y muestra curiosidad/interés y un 16,66% en muestra orgullo/desafíos de la población heterosexual en los mismos ítems anteriores, el cual arroja una calificación de 1 (inhibe) que imposibilita, inhibe/impide su participación. Esto indica que existe un desempeño deficitario al no reflexionar sobre sus habilidades, limitaciones, no establecer metas e identificar intereses, que impide el funcionamiento ocupacional y lleva a resultados inaceptables.

Gráfica N3. Correlación entre Formación Académica y Causalidad Personal.



Fuente. Rojas, T. 2018

Analizando la correlación entre formación académica y causalidad personal en la población objeto de estudio, a nivel de motivación por la ocupación, se evidenció mayor porcentaje del 16,66% por igual en la formación académica de primaria completa, incompleta y un 10,00% en secundaria incompleta evidenciándose niveles educativos bajos, especialmente en los ítems de: muestra conocimiento, orgullos/desafíos e identificación de preferencias, de acuerdo con la calificación otorgada por los autores del instrumento de valoración (Parkinson, Forsyth & Kielhofner), se obtiene una calificación de 2 (restringe), debido a que las personas adultas que no culminaron un nivel educativo superior pertenecientes a la fundación se encuentran experimentando dificultades en las áreas de: apreciación de habilidades (sentido de capacidad, creencia y evaluación de habilidades), expectativas de éxito (sentido de eficacia, control, esperanza y optimismo), intereses (goce expresado,

satisfacción, curiosidad y participación) y elecciones (disposición al cambio, meta, sentido de compromiso y propósito), presentando un impacto mayor en la participación ocupacional. Esto demuestra que a nivel del desempeño ocupacional y formación académica según el MOHOST, hay restricción en la participación ocupacional al evidenciarse un desempeño inefectivo que interfiere con el funcionamiento ocupacional y lleva a resultados no deseados, observándose un déficit de leve a moderado en el desempeño ocupacional. Cabe resaltar la observación de un porcentaje significativo en la formación académica de secundaria completa con un 16,66%, otorgando una calificación de 3 (permite) en los ítems de muestra orgullo/desafíos, interés/curiosidad e identifica preferencias, permitiendo a las personas adultas que alcanzaron este nivel educativo el funcionamiento ocupacional, sin embargo, presentan algunas dificultades debido a detalles inapropiados o que la participación ocupacional se muestra en riesgo y/o permanecer vulnerable, en este caso se puede evidenciar específicamente en las personas que se encuentran en la fundación puesto que a pesar de completar la secundaria, no se le ofrecen oportunidades significativas para la ejecución de un rol laboral.

Por última instancia, se realiza el cruce de variables con el fin de determinar la correlación entre la Causalidad Personal y el Desempeño Ocupacional, por medio de la fórmula de K. Pearson.

A continuación se muestra la fórmula estadística de Pearson utilizada para el establecer coeficiente de correlación entre las variables de investigación:

$$r_{xy} = \frac{n \sum X_i Y_i - (\sum X_i)(\sum Y_i)}{\sqrt{n \sum X_i^2 - (\sum X_i)^2} \sqrt{n \sum Y_i^2 - (\sum Y_i)^2}}$$

Fuente: K. Pearson, 1898

#### Coefficiente de correlación (r) = 1,0

- Tamaño de la muestra: 4
- Media x ( $\bar{x}$ ): 6
- Media y ( $\bar{y}$ ): 6
- Interceptar (a): 0
- Pendiente (b): 1
- Ecuación de la recta de regresión:  $y = x$

Según (K Pearson, 1930), el valor absoluto que dio como resultado entre la correlación de variables indica una correlación lineal perfecta (1,0), lo que demuestra que la causalidad personal influye sobre el desempeño ocupacional de las personas que viven y conviven con VIH/SIDA. En este caso, la causalidad personal presenta una restricción, debido a que las personas experimentan una serie de dificultades en la apreciación de sus habilidades, la expectativa de éxito, satisfacción de intereses, elecciones de metas y compromisos, que conllevan a un desempeño ocupacional ineficiente para la organización de rutinas equilibradas, actividades productivas y de la vida diaria, presentando un conflicto de la pertenencia, participación y cumplimiento de los roles ocupacionales, limitando el sentido de identidad y compatibilidad que emana la variedad de roles.

Así mismo, las personas presentan desafíos al no identificar los límites de su capacidad y la forma única de sí mismos en cuanto al sentido de eficacia y eficiencia para el uso de sus capacidades. Estos desafíos se relacionan con sus impedimentos particulares que limitan las capacidades para el hacer de una ocupación. De igual manera el concepto que presentan las personas al sentirse menos capaces que otros o de lo que una vez fueron, este sentimiento puede ser una fuente de considerable dolor emocional y por esta razón, algunas personas hacen todo lo que pueden para evadir situaciones que le ocasionan el fracaso, en este caso aquellas responsabilidades y cumplimientos que le demandan los roles ocupacionales establecidos por la sociedad.

#### 4. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Si bien algunos autores (Pinzón, 2009) publican que "la diseminación de las Infecciones de transmisión sexual (ITS) y el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) se asocia con pobreza y bajo nivel educativo. La mayoría de las personas que habitan en zonas marginadas viven en condiciones precarias y de hacinamiento, características que favorecen la adquisición de estas infecciones. El limitado conocimiento que las personas tienen sobre el VIH y el sida se relaciona con la vulnerabilidad, determinada especialmente por las condiciones de vida, el contexto sociocultural, los hábitos, la experiencia sexual, las relaciones de género, las composiciones étnicas, la edad, el desempleo, la falta de oportunidades, las prácticas sexuales y la presencia de otras ITS, estas últimas por compartir la misma puerta de entrada del

VIH”, los cuales en contraste con los resultados se la presente investigación se encuentra cierta similitud en las variables sociodemográficas analizadas, donde se estableció que el promedio de edad se encuentran entre los 26 a 35 años de edad, con bajos niveles educativos principalmente en el género masculino que han experimentado una serie de factores que conllevaron a la transmisión del VIH/SIDA. Cabe resaltar que un aspecto importante que difiere entre las dos investigaciones radica en que el mayor índice de contagio se encuentran en las personas heterosexuales, seguido por los homosexuales, puesto que se ven asunciones equivocadas que se realizan acerca de la orientación sexual de las personas y a confusión entre la forma como las personas se autoidentifican en relación con su comportamiento sexual.

Cuando comparamos la información obtenida para la investigación con la teoría sobre la causalidad personal, Kielhofner (2011) la define como: “las capacidades y eficacia de las personas, esta alberga conocimientos sobre qué tipo de capacidades tienen en relación con las demandas y experiencias ambientales para la ejecución de una ocupación”. Con base en lo anterior y basado en la información recolectada se puede establecer que la afirmación dada en un explicación coherente de la causalidad personal, sin embargo en las personas que viven y conviven con VIH/SIDA este sentido de capacidad personal y autoeficacia que presentan las personas en relación a sus propias capacidades para la ejecución de actividades ocupacionales se encuentra restringido debido a factores que conllevaron a un desequilibrio ocupacional; actualmente esos factores influenciaron negativamente en la apreciación de habilidades, creencias, valores, intereses y motivación que les permita realizar la elección y ejecución de actividades ocupacionales de acuerdo a las demandadas por los roles. De igual manera autores como Begoña López (2003), define el desempeño ocupacional como: “la capacidad para ejecutar aquellas tareas que hacen posible desarrollar los roles ocupacionales de una manera que sea satisfactorio y apropiada con relación a la edad del individuo, la cultura y el entorno”, en relación al proceso de valoración llevado a cabo en la presente investigación, se puede determinar la restricción e inhibición en el desempeño, debido a que las personas presentan un déficit en el desempeño ocupacional actual, puesto que en el pasado realizaron elecciones negativas que condujeron a que

interfiera en el funcionamiento ocupacional, llevando a resultados no deseados como lo es presentar el diagnóstico o pertenecer a los grupos más vulnerables (trabajadores sexuales, LGBTI y consumidores de sustancias psicoactivas).

Cuando se habla de restricción en la participación el cual fue arrojado por el instrumento de valoración MOHOST (Perfil Ocupacional inicial del Modelo de Ocupación Humana), se retomaron las secciones de: motivación por la ocupación que valoró causalidad personal, obteniendo un 56,66% de restricción y la sección patrón de ocupación el cual valoró el desempeño ocupacional con un 66,65% de restricción; identificando un desempeño inefectivo, observándose un déficit de leve a moderado en el desempeño ocupacional. Esto aplica, puesto que las personas que viven y conviven con VIH/SIDA de la fundación, presentan dificultades en la apreciación de habilidades, expectativas de éxito, intereses y elecciones que limitan la organización de hábitos y rutinas equilibradas en actividades productivas y de la vida diaria, presentan dificultad para adaptarse al cambio, se evidencia conflicto en la identificación y participación de roles, debido al rechazo que presentan por la sociedad, las personas se encuentran en un conflicto interno el cual conlleva a que abandonen sus roles ocupacionales, no cumpliendo con las expectativas y obligaciones que les emana los roles.

En relación a la investigación los datos más relevantes en cuanto a los datos sociodemográficos corresponden a: En cuanto a la edad, el promedio se encuentra entre los 26 a 35 años, haciendo referencia al 26,66%, esto concuerda con el SIVIGILA en el año 2016, al reportar más casos de VIH en personas adultas en edades comprendidas de 20 a 39 años; seguidamente se evidencia mayor prevalencia en las personas del género masculino con una frecuencia de 18 que corresponde al 60%, en cuanto a la identidad sexual, se presentó mayor prevalencia en la heterosexualidad con un 73,33%, seguido por las personas homosexuales que corresponden al 16,66%, esto se debe, puesto que las personas presentan una confusión entre la forma en cómo se autoidentifican en relación con el comportamiento sexual; con respecto a la ocupación anterior la población objeto de estudio se desempeñaron en oficios varios que corresponde al 23,33%, seguido por el trabajo sexual con un 16,66% y vendedor ambulante, haciendo referencia a 16,66%;

seguidamente en relación a la formación académica, se presenta mayor prevalencia en primaria incompleta con un 26,66%, seguido por secundaria completa con un 26,66%.

Con la finalidad de dar mayor confiabilidad al proyecto de investigación, fue necesario realizar un análisis de coeficiente de correlación, el cual se cruzaron las variables independiente y dependiente, arrojando un valor de 1.0 (correlación lineal perfecta), indicando que la causalidad personal actual influye sobre el desempeño ocupacional, puesto que si la primera presenta dificultades (en términos estadísticos aumenta o disminuye), la siguiente presenta los mismos cambios, estas dificultades presentes en la causalidad personal se debe a factores circunstanciales y la calidad de vida que presentó la población objeto de estudio en el pasado y tuvieron que afrontar cambios inesperados.

## 5. CONCLUSIONES

Al finalizar la investigación se concluyó los siguientes aspectos:

- En relación a la ficha sociodemográfica, para la *edad cronológica*, el rango de edad con mayor prevalencia se presenta entre los 26 a 35 años, equivalentes al 26,66%, afirmando lo anterior, el Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA) reportaron más casos nuevos en las edades de 20 a 39 años. Referente al *género*, se observa mayor prevalencia en el género masculino con un 60%, según el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) la masculinidad indica la conquista sexual, las múltiples parejas y el control de las interacciones sexuales, esto contribuye al riesgo de infección de enfermedades de transmisión sexual tanto para hombres como mujeres. De acuerdo a la *identidad sexual*, se evidenció mayor prevalencia en las relaciones heterosexuales con un porcentaje del 73,33, seguido por las relaciones homosexuales con un 16,66%, esto concuerda con el último Boletín Epidemiológico del Ministerio de Salud y Protección Social en el año 2013, en donde el mayor índice reportados de VIH/SIDA fue provenientes de relaciones heterosexuales, seguido por las relaciones homosexuales. En cuanto a la *ocupación anterior*, se contó con mayor prevalencia en oficios varios con un 23,33%, seguido por el trabajo sexual con un 16,66% y vendedor ambulante con un 16,66%; establecido por Marks, Seiber, Spreitzer, Snyder & Larson, 1979;

sugieren que la participación en muy pocos roles tiene aún más probabilidades de perjudicar el bienestar psicosocial que el hecho de presentar demasiadas demandas de roles ocupacionales. Por último, estableciendo la relación en cuanto a la *formación académica*, se contó con mayor prevalencia en la primaria incompleta y secundaria completa con un 26,66% cada una; esto hace referencia y concuerda con el (DANE, 2008) al referir que la población colombiana más vulnerable apenas llega a educación secundaria, y son muy pocos los que avanzan hacia el nivel profesional y logran realizar una especialización, maestría o doctorado. Con base en lo anterior, estos datos sociodemográficos inciden de manera negativa en la causalidad personal, puesto que diversos factores conllevaron al diagnóstico y por lo tanto al abandono de roles ocupacionales y un desequilibrio del desempeño ocupacional.

- A través de la aplicación del instrumento de valoración MOHOST se logró concluir que existe un conflicto en la comprensión de fortalezas al subestimar y no poder evaluar e identificar las habilidades personales, el sentido de capacidad personal, la confianza para superar los obstáculos, el sentido de eficacia-control, la satisfacción de intereses y el sentido de compromiso en las elecciones con propósito; así mismo, la población objeto de estudio presenta dificultad en organizar rutinas y hábitos equilibrados de actividades productivas y de la vida diaria, adaptarse a los cambios y participar con responsabilidad en las demandas de los roles ocupacionales, esto interfiere con el desempeño ocupacional al ser seres ocupacionales.

- Analizando la relación entre los datos sociodemográficos más relevantes con las variables de investigación, se pudo concluir que a nivel de la identidad sexual las relaciones heterosexuales presentan mayor incidencia al ser diagnosticados con el virus del VIH, esto se debe a que existe cierta confusión entre la forma en como las personas se autoidentifican en relación con su comportamiento sexual, viéndose afectado aspectos fundamentales como la autoeficacia, autoimagen, autoconcepto, creencias en habilidades, autocontrol y sentido de capacidad personal. De lo anterior, se puede recalcar el conflicto de la identidad puesto que un número de personas que viven y conviven con VIH/SIDA de la fundación, contaron en el pasado con una pareja heterosexual e incluso tienen hijos; sin embargo, en la

actualidad, estas personas se encuentran en convivencia con una pareja del mismo género que le concibe una estabilidad emocional.

- De acuerdo a la correlación de las variables de *causalidad personal* y el *desempeño ocupacional*, se puede concluir que existe un coeficiente de correlación positiva perfecta (1,0); según K. Pearson indica que mientras la variable independiente aumenta, la variable dependiente también aumenta. Esto hace referencia a que la *causalidad personal* influye sobre el desempeño ocupacional, puesto que la causalidad personal presenta una restricción, debido a que las personas experimentan una serie de dificultades en la apreciación de sus habilidades, la expectativa de éxito, satisfacción de intereses, elecciones de metas y compromisos, que conllevan a un desempeño ocupacional ineficiente al presentar restricción en la organización de rutinas equilibradas, actividades productivas y de la vida diaria, experimentando un conflicto de la pertenencia, participación y cumplimiento de los roles ocupacionales, limitando la participación ocupacional.

- Al finalizar el proceso terapéutico mediante las actividades de intervención establecidas en el plan de acción, se pudo concluir que durante la ejecución de las mismas, los usuarios se mostraron receptivos, atentos y curiosos; sin embargo, se requiere de motivación constante, puesto que se les dificulta identificarlas y organizarlas para la ejecución de actividades ocupacionales, de igual forma, se evidencia la poca proyección hacia metas y futuros, pues refieren mantener el estilo de vida que llevan en la actualidad, así como las actividades que realizan a diario.

## 6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Asociación Colombiana de Terapia Ocupacional. (1998). *Terapia Ocupacional conocimiento y práctica en Colombia*. En A. T. Rojas, *Terapia Ocupacional conocimiento y práctica en Colombia* (1 ed., pág. 35). Bogotá: Colección sede.
- Burish & Bradley, 1., & Trieschmann, 1. (2011). Modelo de Ocupación Humana. En G. Kielhofner, *Modelo de Ocupación Humana* (Cuarta ed., pág. 38). Panamericana.
- Burke, 1., DeCharms, 1., & Goodman, 1. (s.f.). MODELO DE OCUPACION HUMANA. En G. KIELHOFNER. PANAMERICANA.
- Camiloni. (2003). *SlideShare*. Recuperado el 17 de 09 de 2017, de SlideShare: <https://es.slideshare.net/marilinana/presentacion-confiabilidad-y-validez-de-los-instrumentos>
- Cerda, H. (1991). *Recolección de datos*. Obtenido de *Recolección de datos*: <http://recodatos.blogspot.com.co/2009/05/tecnicas-de-recoleccion-de-datos.html>
- costo, F. C. (2014-2015). *Situación del VIH/SIDA en Colombia 2014. 2015*. Obtenido de *Situación del VIH/SIDA en Colombia 2014. 2015*: <https://cuentadealtocosto.org/site/index.php/publicaciones#vih>
- Crepeau, & Schell, C. &. (2011). *Willard & Spackman Terapia Ocupacional* (11 ed.). Buenos Aires: Panamericana.
- cuantitativo-positivismo, E. (13 de 05 de 2013). *Enfoque cuantitativo-positivismo*. Obtenido de <http://enfoquecuantitativopositivismo.blogspot.com.co/2013/05/enfoque-cuantitativo-de-la-investigacion.html>
- DeCharms. (1968). Personal Causation. En G. Kielhofner, *Modelo de Ocupación Humana* (4 ed., pág. 35). Buenos Aires: Panamericana.
- Escobar, P. J., & Cuevo, M. Á. (2008). Una aproximación a su utilización. (U. e. Bosque, Ed.) *Avances en Medición*, 6(27).
- Galeano. (2004). *Eumed*. Recuperado el 15 de 09 de 2017, de Eumed: [http://www.eumed.net/tesis-doctorales/2012/mirm/cualitativo\\_cuantitativo\\_mixto.html](http://www.eumed.net/tesis-doctorales/2012/mirm/cualitativo_cuantitativo_mixto.html)
- Grinnel. (1997). Metodología de la investigación. En S. R. Hernández, C. C. Fernández, & L. P. Baptista, *Metodología de la investigación* (4 ed., pág. 8). México: Mc Graw hill.
- Grinnell. (1997). Metodología en la investigación. En R. H. Sampieri, C. F. Collado, & P. B. Lucio,

- Metodología en la investigación* (pág. 597). Ciudad de México: Mc Graw Hill.
- Harter, 1. 1., & Harter y Connel, 1. (2011). Modelo de Ocupación Humana. En G. Kielhofner, *Modelo de Ocupación Humana* (pág. 35). Panamericana.
- Harter, S. &. (2011). El desarrollo del logro motivo. En G. Kielhofner, *Modelo de Ocupación Humana* (4 ed.). Buenos Aires: Panamericana.
- Hernández, S. R., Fernandez, C. C., & Baptista, L. P. (04 de 2006). *Métodología de la investigación* (4 ed.). México: Mc Graw Hill.
- Instituto Colombiano para el Fomento de la Educación Superior. (2002). Terapia Ocupacional conocimiento y práctica en Colombia. En A. T. Rojas, *Terapia Ocupacional conocimiento y práctica en Colombia* (1 ed., pág. 35). Bogota: Colección sede.
- Janesick. (1998). Metodología de la investigación. En R. H. Sampieri, *Metodología de la investigación* (pág. 597). México: Mac Grall.
- Ocupacional, A. A. (2012). *Marco de trabajo para la práctica de Terapia Ocupacional: Dominio y procedo*. Recuperado el 12 de 03 de 2018, de Marco de trabajo para la práctica de Terapia Ocupacional: Dominio y procedo.
- OMS. (2010). *Organización Mundial de la Salud*. Recuperado el 15 de 03 de 2017, de <http://www.who.int/whr/2010/es/>
- OMS. (07 de 2016). Recuperado el 15 de 03 de 2017, de <http://www.who.int/es/>
- ONUSIDA Latina. (06 de 2014). *ONUSIDA*. Obtenido de ONUSIDA: <http://www.unaids.org/es>
- Parra, T. &. (2006). Diseño de investigación. En T. &. Parra, *Diseño de investigación* (pág. 136).
- Polonio, B. (2003). *CONCEPTOS FUNDAMENTALES DE TERAPIA OCUPACIONAL*. PANAMERICANA.
- Polonio, B. (s.f.). Modelo de Desempeño Ocupacional . En Aota. PANAMERICANA.
- Reed & Sanderson. (1992). Terapia Ocupacional Conocimiento y práctica en Colombia. En A. T. Rojas, *Terapia Ocupacional Conocimiento y práctica en Colombia* (1 ed., Vol. 1, pág. 38). Bogota: Colección sede.
- Rojas, A. T. (2002). *Terapia Ocupacional conocimiento y práctica en Colombia* (1 ed.). Bogota: Colección sede.
- Rotter, 1. (s.f.). MODELO DE OCUPACION HUMANA. En G. KIELHOFNER. PANAMERICANA.
- Rusque. (2003). *Eumed.net*. Recuperado el 17 de 09 de 2017, de Eumed.net: <http://www.eumed.net/libros-gratis/2008b/402/Validez%20y%20confiabilidad%20de%20los%20Instrumentos%20de%20Recoleccion%20de%20Datos.htm>