

UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN POLÍTICAS, PROMOCIÓN E
INTERVENCIÓN FAMILIAR.

IMPACTO DEL POCO APOYO FAMILIAR RECIBIDO POR
PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON VIH/SIDA, DEL ALBERGUE
DE MARÍA, PROVINCIA DE COLÓN

GRACIELA RAMOS A.
8-509-434

TESIS PRESENTADA COMO REQUISITO PARA OBTENER EL
GRADO DE MAGÍSTER EN POLÍTICAS, PROMOCIÓN E
INTERVENCIÓN FAMILIAR.

PANAMÁ, REPÚBLICA DE PANAMÁ

2019

**ESTA TESIS FUE ASESORADA POR LA
DRA: TERESA GABRIELA SPALDING.**

Asesora

APROBADO POR:

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a mis padres:

Porque en todo momento han estado conmigo, a Cecilia Araúz, mi madre quien con mucho esmero y dedicación siempre procuró lo mejor para mí, a mi padre de crianza el señor Raúl Pineda (Q.E.P.D) pero, quien mientras estuvo a mi lado dio mucho por mí.

También dedico este trabajo a mis hijos: Abraham y Jhon Alonso Ramos, ya que por varios meses los tuve que dejar a cargo de otras personas mientras yo recibía la esta preparación académica.

No puedo dejar de mencionar a mi esposo Pedro E Alonso, quien ofrendó tiempo y energía para ayudarme incondicionalmente a lograr este propósito.

AGRADECIMIENTO

A Dios, por el don de la vida y por la oportunidad que me dio de contar con los medios y la fuerza de voluntad para alcanzar esta meta.

A mi madre Cecilia Araúz quien se esforzó toda la vida para darme los valores que hoy me permiten ser quien soy.

A mi Padre Raúl Pineda. (Q.E.P.D). Gracias por todo.

A la Dra.Teresa Gabriela Spalding a quien le debo mucho agradecimiento por despertar en mí el interés y el entusiasmo para culminar este trabajo de investigación. Gracias por ofrecer sus grandes conocimientos y guiarme para lograr este proposito.

TABLA DE CONTENIDO

DEDICATORIA	i
AGRADECIMIENTO	ii
RESUMEN	xii
SUMMARY	xiii
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I	4
DISEÑO METODOLÓGICO DEL ESTUDIO	4
1.1. Planteamiento del Problema	5
1.2. Justificación e importancia de la investigación:	7
1.3. Objetivo de la Investigación	8
1.3.1. Objetivo General	8
1.3.2. Objetivos específicos	8
1.4. Hipótesis	9
1.5. Cobertura	9
1.6. Diseño Metodológico	10
1.6.1. Tipo de estudio	10
1.6.2. Tipo de diseño	10
1.6.3. Población	10
1.6.4. Muestra	11
1.6.5. Instrumento de Recolección de Datos	12
1.6.6. Tabulacion	13
1.6.7. Representacion de datos	13
CAPÍTULO II	14
MARCO REFERENCIAL	14
2.1. ASPECTO BÁSICO DEL TEMA QUE SE DESARROLLA	15
2.2. Origen y Desarrollo del VIH/SIDA	16
2.3. Afectaciones Físicas, Laborales y Sociales del Paciente que vive con VIH/SIDA	19
2.3.1. En la Fase A o fase aguda de la enfermedad:	21
2.3.2. En la Fase B o fase crónica de la enfermedad:	22
2.3.3. Fase C o Terminal de la enfermedad	22
2.4. Intervención terapéutica con la pareja	25
2.4.1. Intervención terapéutica con la pareja	26

2.4.2. Intervención Psico-educacional Grupal	27
2.5. Inserción de la Familia y el Conviviente Con El Virus de VIH/SIDA.....	28
2.5.1. El estigma y la discriminación a los pacientes que viven con VIH/SIDA.....	29
2.5.2. Estigma.....	30
2.5.3. Discriminación.....	31
CAPÍTULO III.....	33
DERECHOS HUMANOS	33
3.1. DERECHOS HUMANOS Y TRABAJO SOCIAL EN FUNCIÓN DEL VIH/SIDA..	34
3.1.1. Derechos Humanos.....	34
3.1.2. Los derechos humanos irrenunciables	34
3.1.3. Derechos humanos de las mujeres.	36
3.1.4. El derecho a libertad de movimiento.....	40
3.2.Trabajo Social y la Intervención Profesional con personas que viven con VIH/SIDA.	46
3.2.1. Modelos de Intervención con Familias en el Contexto del VIH/SIDA	50
3.2.2. Experiencias con pacientes diagnosticados con VIH/SIDA Atendidos en el Albergue de María.....	61
CAPÍTULO IV	64
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS	64
4.1. Análisis de los Datos Obtenidos	65
Característica generales de la Población.....	65
4.1.1. Sexo.....	65
4.1.2. Edad.....	72
4.1.3. Lugar de Residencia.....	80
4.1.4. Estado Civil.....	82
4.1.5. Escolaridad	98
4.2. Fuente y Conocimiento del tema	111
4.2.1 Situacion Laboral	111
4.3. Ingreso Familia.....	111
4.3.1. Situación Laboral	114
4.4. Otros datos	118
4.4.1. Ingreso Familia	118
4.4.2. Composición Familiar.....	121
4.4.3. Situación de Vivienda.....	123
4.4.4. Vivienda	126

4.4.5. Servicios con que cuenta la vivienda.....	130
4.5. Fuente y conocimiento del tema, medio donde obtuvo la información	133
4.6. Conocimientos del VIH- SIDA	137
4.7. Factores asociados a la enfermedad.....	140
4.8. Impacto del poco apoyo Familiar	146
4.9. Actitud que asumió la familia al momento de conocer el diagnóstico del paciente....	149
CAPITULO V.....	154
5.1. Propuesta	155
5.2. Justificación	155
5.3. Objetivos	161
5.4. Alcance	162
5.5. Meta	163
5.6. Beneficiarios.....	165
5.7. Programas a establecer	166
5.8. Áreas de intervención.....	168
5.8.1. Trabajo Social.....	168
5.8.2. Salud mental	170
5.9. Manejo nutricional.....	172
5.10. Salud bucal.....	173
5.11. Consideraciones finales sobre la estrategia propuesta.....	174
Bibliografía	176
ANEXOS	179

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro N° 1	Sexo de los Pacientes.....	65
Cuadro N° 15	Edad	71
Cuadro N° 30	Lugar de Domicilio	79
Cuadro N° 31	Estado Civil.....	81
Cuadro N° 46	Nivel Escolaridad.....	97
Cuadro N° 61	Ingreso Familiar.....	110
Cuadro N°81	Otros Ingresos.....	118
Cuadro N° 95	Composición Familiar	120
Cuadro N° 109	Situación de Vivienda.....	123
Cuadro N° 123	La vivienda	126
Cuadro N° 137	Servicios con que cuenta la vivienda.....	130
Cuadro N° 151	Fuente y conocimiento de tema medio donde obtuvo la información.....	133
Cuadro N° 165	Conocimiento VIH- SIDA.....	137
Cuadro N° 193	Impacto del poco apoyo familiar	145
Cuadro N°207	Actitud que asumió la familia.....	149

ÍNDICE DE GRAFICAS

	Pag.
Grafica N°1 Sexo	65
Grafica N°2 Barrio Norte	66
Grafica N°3 Barrio Sur.....	66
Grafica N°4 Cristobal.....	66
Grafica N°5 Cativa.....	67
Grafica N°6 Escobal	67
Grafica N°7 Ciricito.....	67
Grafica N°8 Puerto Pilòn	68
Grafica N°9 Sabanitas	68
Grafica N°10 Nueva Providencia	68
Grafica N°11 Limòn	69
Grafica N°12 Salamanca	69
Grafica N°13 Nuevo San Juan.....	69
Grafica N°14 Santa Rosa	70
Grafica N°15 Buena Vista.....	70
Grafica N°16 Edad	71
Grafica N°17 Barrio Norte	72
Grafica N°18 BarrioSur	72
Grafica N°19 Buena Vista	73
Grafica N°20 Cativa	73
Grafica N°21 Ciricito	74
Grafica N°22 Cristobal.....	74
Grafica N°23 Escobal	75
Grafica N°24 Limòn	75
Grafica N°25 Nueva Providencia	76
Grafica N°26 Puerto Pilòn	76
Grafica N°27 Sabanitas	77
Grafica N°28 Salamanca	77
Grafica N°29 Nuevo San Juan.....	78
Grafica N°30 Santa Rosa	78
Grafica N°31 Domicilio	80
Grafica N°32 Estado Civil	82
Grafica N°33 Barrio Norte	83
Grafica N°34 BarrioSur	84
Grafica N°35 Buena Vista	85
Grafica N°36 Cativa	86
Grafica N°37 Ciricito	87
Grafica N°38 Cristobal.....	88
Grafica N°39 Escobal	89
Grafica N°40 Limòn	90
Grafica N°41 Nueva Providencia	91
Grafica N°42 Puerto Pilòn	92
Grafica N°43 Estado Civil.....	93
Grafica N°44 Salamanca	94
Grafica N°45 Nuevo San Juan.....	95
Grafica N°46 Santa Rosa	96
Grafica N°47 Escolaridad	97
Grafica N°48 Barrio Norte	98
Grafica N°49 BarrioSur	99

Grafica N°50 Cristobal.....	100
Grafica N°51 Cativa	101
Grafica N°52 Escobal	102
Grafica N°53 Ciricito	103
Grafica N°54 Puerto Pilòn	104
Grafica N°55 Sabanitas	105
Grafica N°56 Nueva Providencia	106
Grafica N°57 Limòn	107
Grafica N°58 Buena Vista	108
Grafica N°59 Salamanca	108
Grafica N°60 Nuevo San Juan.....	109
Grafica N°61 Santa Rosa	109
Grafica N°62 Ingreso Familiar –Barrio Norte.....	110
Grafica N°63 BarrioSur	111
Grafica N°64 Cristobal.....	111
Grafica N°65 Cativa	111
Grafica N°66 Escobal	112
Grafica N°67 Ciricito	112
Grafica N°68 Puerto Pilòn	112
Grafica N°69 Barrio Norte	113
Grafica N°70 BarrioSur	113
Grafica N°71 Cristobal.....	113
Grafica N°72 Cativa	114
Grafica N°73 Escobal	114
Grafica N°74 Ciricito	114
Grafica N°75 Puerto Pilòn	114
Grafica N°76 Sabanitas	115
Grafica N°77 Nueva Providencia	115
Grafica N°78 Limòn	115
Grafica N°79 Salamanca	115
Grafica N°80 Nuevo San Juan.....	116
Grafica N°81 Santa Rosa	116
Grafica N°82 Buena Vista	116
Grafica N°83 Otros Datos	117
Grafica N°84 Situacion de la Vivienda.....	122
Grafica N°85 Material de la Vivienda.....	125
Grafica N°86 Servicios con que cuenta la Vivienda.....	129
Grafica N°87 Fuente de Conocimiento	132
Grafica N°88 Conocimiento del VIH- SIDA.....	136
Grafica N°89 Factores Asociado al a Familia.....	139
Grafica N°90 Poco apoy Familiar	145
Grafica N°91 Diagnostico del Paciente	148
.....	

ÍNDICE DE ANEXO

1. Cuestionario (Instrumentos de Recoleccionde Datos) ...	179
2. Glosario.....	183
3. Revisión de Español.....	187

RESUMEN

El VIH/SIDA, ha cobrado la vida desde su aparición en 1981 a más de 36 millones de personas, se ha convertido en una de las causa de muerte más frecuentes. Hemos decidido desarrollar esta temática “IMPACTO QUE CAUSA EL POCO APOYO FAMILIAR DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON VIH/SIDA, DEL ALBERGUE DE MARÍA. Puesto que es con este fenómeno que trabajamos diariamente, haciendo la investigación sobre el tema nos pudimos percatar que hay mucha información de la misma sin embargo, el énfasis en el poco apoyo familiar de estos pacientes en sí es muy escasa, de tal modo que nos interesamos en hacer un paréntesis para profundizar un poco en el tema de la familia.

Esto nos ayudará a realizar un análisis para realizar abordajes que nos permitan diseñar acciones que se ajusten a las necesidades de los pacientes con diagnóstico de VIH. Tomando en cuenta los aspectos integrales de todo individuo, considerando los aspectos biológicos, psicológicos y sociales. Con esta investigación podremos lograr que se desarrollen o adopten medidas para garantizar políticas y programas que tomen en cuenta el abordaje de los derechos y las necesidades globales de salud y desarrollo de todos los miembros de la familia.

SUMMARY

HIV / AIDS, has claimed life since its appearance in 1981 to more than 36 million people, has become one of the most frequent causes of death. We have decided to develop this theme “IMPACT THAT CAUSES THE LITTLE FAMILY SUPPORT OF PATIENTS DIAGNOSED WITH HIV / AIDS, OF THE MARY HOSTEL. Since it is with this phenomenon that we work daily, doing the research on the subject we could realize that there is a lot of information about it, however the emphasis on the little family support of these patients itself is very scarce, so that we are interested in making a parenthesis to delve a little deeper into the theme of the family.

This will help us to carry out an analysis to carry out approaches that allow us to design actions that fit the needs of patients diagnosed with HIV. Taking into account the integral aspects of every individual, considering the biological, psychological and social aspects. With this research, we will be able to develop or adopt measures to guarantee policies and programs that take into account the approach to the global health and development rights and needs of all family members

INTRODUCCIÓN

El VIH/SIDA continua expandiéndose por todo el mundo, mucha gente hombres, mujeres y niños están enfermándose y muriendo a causa del VIH/SIDA y de enfermedades asociadas a este. Adicionalmente las implicaciones económicas y sociales como son la estigma, el aislamiento, pérdida de ingresos y de un nivel de vida decente, la tensión emocional y el alto costo económico tanto para las víctimas como para la sociedad y las familias.

El VIH/ SIDA es una enfermedad que cuando llega a la familia se desajusta o descontrola manifestándose con diversos conflictos tales como:

- División entre los miembros de la familia.
- Comunicación inadecuada falta de orientación, impotencia ante la resolución de problemas.
- Problemas económicos por gastos no contemplados
- Sentimientos de culpa.
- Sentirse víctimas.

Todo esto fragiliza y vulnerabilidad a la familia por ello en el desarrollo de esta investigación nos concentramos en enmarcar el interés de conocer el impacto que causa el poco apoyo familiar de pacientes diagnosticados con VIH/SIDA, relacionando la familia con la salud podemos ver la necesidad de que debemos tener o contar con políticas nacionales con miras a ayudar a las familias a proporcionar un entorno favorable para todos los miembros y no para una parte. Se deben garantizar la disponibilidad de infraestructuras legales para garantizar que las políticas, los planes y programas de salud tengan en cuenta el género reconozcan y aborden los derechos y las necesidades.

Globales de salud y desarrollo de todos los miembros de la familia, prestando especial atención a las familias con más riesgo de no poder atender las necesidades básicas. Salud no significa solamente ausencia de enfermedades, la salud va más allá de estar bien de forma integral es decir físicamente, emocionalmente, materialmente y espiritualmente. La salud familiar y personal frente a las contingencias normales de la vida, requieren una profunda atención. Podemos fortalecer vidas con la incorporación de estrategias, criterios y otros caminos para la resolución de los problemas que en este sentido trae consigo la situación del VIH/SIDA.

En esta investigación se caracterizan los principales puntos de la respuesta familiar ante el VIH/SIDA, y se demuestra que es posible identificar puntos críticos en la respuesta familiar, así como las reacciones hacia sus miembros infectados con VIH/SIDA, el contexto familiar de pobreza y las condicionantes diferenciales de género fundamentan que las relaciones familiares de las personas enfermas son frágiles que pasan del apoyo al rechazo.

Esta investigación es un aporte teórico que nos sirve para poder trabajar en mejora del paciente viviendo con VIH/SIDA y considerar que las deficientes relaciones intrafamiliares influyen en gran medida en la participación de las actividades del programa de tratamiento antirretroviral de gran actividad, frente a ello afecta su comunicación dentro del grupo provocando así un aislamiento social. Cuando los miembros de la familia se enteran de que uno de sus miembros ha contraído el VIH, pueden experimentar una amplia gama de reacciones, como angustia, miedo, ira, tristeza, depresión o desesperanza. Como ocurre con el paciente, la reacción inicial de los familiares es influida por esta asociación del VIH/SIDA a la muerte y aspectos morales, o la posibilidad tanto de una muerte física como social. La familia intenta adaptarse al

estigma y al posible rechazo de sus miembros, manteniendo la enfermedad en secreto de manera selectiva, hacia la familia extensa y la comunidad, o encubriéndola diciendo que se trata de otra enfermedad, como el cáncer. El mantenimiento del secreto puede tener doble función si no se elabora como un acuerdo colectivo entre la familia: por un lado puede servir de protección ante el estigma social, y a la vez para ejercer maltrato psicológico a la persona que padece la enfermedad, exacerbando el estigma y potenciando comportamientos agresivos.

El temor al contagio asociado al VIH/SIDA también aparece en la experiencia de las familias y se manifiesta a través de conductas obsesivas de limpieza, aislamiento del paciente y evitar el contacto físico. También existen otras fuentes de estrés para el paciente en su relación con la familia, tales como sentirse culpable por tener la enfermedad. Esta investigación está estructurada en 4 capítulos:

El primer capítulo está basado en el Diseño Metodológico, planteamiento del problema, justificación propósito de la investigación, objetivos generales, objetivos específicos, Hipótesis cobertura, tipo de estudio, tipo de muestra, recolección de datos, técnica de la investigación, instrumento de recolección de datos, análisis de datos, definición de variables y muestra.

El segundo capítulo plantea el marco referencial del tema investigado, se describen los antecedentes generales del VIH/SIDA en el ámbito internacional y local.

En el tercer capítulo se describe los derechos humanos y se describen los aspectos de estigma y discriminación.

En el cuarto capítulo hace referencia al análisis e interpretación de los datos obtenidos a lo largo de toda la investigación, los datos aparecen organizados en cuadros y gráficas con sus respectivas interpretaciones.

CAPÍTULO I
DISEÑO METODOLÓGICO DEL ESTUDIO

1.1. Planteamiento del Problema

Los primeros casos de SIDA se describen en 1984 y desde entonces ha ido en aumento y se ha convertido en un problema de salud pública mundial, según cálculos de la OMS (Organización Mundial de la Salud y ONUSIDA a finales del 2012 en el mundo se detectaron unos 35,3 millones de personas infectadas por VIH, este mismo año contrajeron la infección unos 2.3 millones de personas y 1,6 millones murieron por causas del VIH- SIDA. “Las estimaciones oficiales para VIH y el SIDA han colocado a la República de Panamá como uno de los países a nivel latinoamericano con la mayor incidencia de casos (en proporción) de VIH y VIH avanzado” (OMS-ONU SIDA año 2017).

Aunque se sigue afirmando que posee una epidemia concentrada en Hombres Gays, Hombres que tienen Sexo con otros Hombres (HSH) y Mujeres Trabajadoras Sexuales (MTS), las cifras oficiales señalan que la mayor cantidad de casos tanto de VIH como de VIH avanzado se deben a transmisión por medio de relaciones sexuales “auto” identificadas como heterosexual según las estimaciones y proyecciones de la población, para el año 2010 el país refleja una tasa de crecimiento anual de la población de 1.6% y que para, el 1 de julio del 2010, Panamá cuenta con 3,661, 835 habitantes.

Esta infección ha puesto al descubierto la fragilidad del sistema familiar sin importar la condición social, económica o cultural. Y tiene repercusiones biológicas, sociales, económicas, psicológicas y familiares. El VIH-SIDA no daña solamente el cuerpo sino toda la persona, sus relaciones interpersonales y su vida social. La inmunodeficiencia del VIH-SIDA también se da simultáneamente en el plano de los valores existenciales, es un azote, lleva consigo una crisis de valores morales.

Preguntas que orientan el estudio

- ¿Cuáles son las características generales de las personas que viven con VIH/SIDA?
- ¿Qué conocimientos tiene la familia sobre el VIH/SIDA.
- ¿Cuál fue la actitud asumida por los familiares al conocer el diagnóstico de VIH/SIDA?
- ¿Qué impacto sufre la dinámica familiar al conocer el diagnóstico de VIH/SIDA?

A parte de la medicina no hay nada mejor que el apoyo familiar. Se consideró mucho el aspecto de la familia, porque es este es el ámbito primordial de desarrollo de cualquier ser humano; desarrollo de la autoestima y de la verdadera identidad personal, de los esquemas de convivencia social más elementales de la experiencia del amor. En esta investigación nos interesamos mucho en el fortalecimiento de la dinámica familiar de pacientes viviendo con VIH/SIDA partiendo de la premisa de que la familia es una zona de confort, seguridad, protección, valores, apoyo, aceptación incondicional y unión. Entre los valores más importantes que se han identificados están la unión, la honestidad, amor, respeto. A pesar de todos los problemas cotidianos cualquier persona necesita de diversos estímulos y factores que le permitan desarrollarse, ser productivos y establecer lazos de convivencia social adecuados, esta capacidad de salir adelante, de desarrollar estilos de vida y hábitos saludables se establece principalmente en la familia a través del desarrollo de hábitos, actitudes, habilidades y capacidades para enfrentar la vida.

A parte de la medicina no hay nada mejor que el apoyo familiar. Se consideró mucho el aspecto de la familia, porque es este es el ámbito primordial de desarrollo de cualquier ser humano; desarrollo de la autoestima y de la verdadera identidad personal, de los esquemas de convivencia social más elementales de la experiencia del amor. En esta investigación nos interesamos mucho en el fortalecimiento de la dinámica familiar de

pacientes viviendo con VIH/SIDA partiendo de la premisa de que la familia es una zona de confort, seguridad, protección, valores, apoyo, aceptación incondicional y unión. Entre los valores más importantes que se han identificados están la unión, la honestidad, amor, respeto. A pesar de todos los problemas cotidianos cualquier persona necesita de diversos estímulos y factores que le permitan desarrollarse, ser productivos y establecer lazos de convivencia social adecuados, esta capacidad de salir adelante, de desarrollar estilos de vida y hábitos saludables se establece principalmente en la familia a través del desarrollo de hábitos, actitudes, habilidades y capacidades para enfrentar la vida.

1.2. Justificación e importancia de la investigación:

Esta investigación va tener viabilidad, ya que las cifras de personas afectadas con el VIH son cada día más, y se agudiza más la situación por el poco apoyo familiar. Consideramos esta investigación de mucha importancia, debido a que el VIH es una enfermedad crónica que no afecta sólo al paciente como tal, sino que afecta todo el entorno familiar, trastocando vidas, donde surge la necesidad de aquellos que llegan a un centro u hogar de rehabilitación mantenerlos con sus tratamientos y sobre todo con el empuje y reforzamiento del apoyo familiar y que es bien difícil lograrlo.

La familia, es un pilar de gran ayuda se considera que teniendo más apoyo de esta, el paciente puede lograr una vida más estable, disminuyendo los riesgos de recaídas. “El virus de inmunodeficiencia humana (VIH) está afectando en estos momentos a 35.3 millones de personas en el mundo”. (El VIH/SIDA un mal silencioso día a día y la Prensa) 2014 pág. 13. En Panamá se ha conmemorado el 1 de diciembre como día mundial de la lucha contra el SIDA. Nos proponemos adentrarnos en esta temática para realizar un estudio del **impacto que causa el poco apoyo familiar de pacientes diagnosticados con VIH/SIDA**, de los cuales en el diario intervenir como profesional vemos un gran déficit

de apoyo de la familia al paciente, como parte del proceso de la adherencia al tratamiento; sus recaídas son recurrentes producto de sus manifestaciones del poco o nulo apoyo familiar.

Este es un tema interesante ya que por las características de la enfermedad muchas familias por desconocimiento abandona, o aíslan al afectado creando una desarticulación en la dinámica familiar.

1.3. Objetivo de la Investigación

1.3.1. Objetivo General

- Caracterizar el impacto que causa el poco apoyo de la familia a los pacientes afectados con el virus de VIH/SIDA.

1.3.2. Objetivos específicos

- Describir las características generales de los pacientes que viven con VIH/SIDA, que a su vez tienen poco apoyo familiar.
- Señalar los conocimientos de la familia sobre el VIH-SIDA y el rol que juegan en el proceso del tratamiento.
- Analizar la actitud que se asumió en la dinámica familiar al conocer que su familiar estaba diagnosticado con VIH-SIDA.
- Identificar las formas de acompañamiento familiar al paciente diagnosticado con VIH-SIDA., y como se manifiesta la aceptación de la enfermedad.
- Señalar los recursos institucionales con que cuentan las personas que viven con VIH/SIDA.
- Señalar como en el fortalecimiento de la dinámica familiar el estigma tiene consecuencias en las personas afectadas con VIH.

1.4. Hipótesis

El poco apoyo familiar influye en el desmejoramiento del paciente que vive con el VIH.

1.5. Cobertura

Debido a que el instrumento de recolección de datos básicos define el contenido de dicha cobertura, el lector conocerá la misma a través de mismo.

COBERTURA

Área de análisis	Variables	Indicadores
-Características generales de la población en estudio.	<ul style="list-style-type: none">• Sexo• Edad• Dirección• Estado civil• Escolaridad• Ocupación• Ingreso• Composición familiar• Vivienda	<ul style="list-style-type: none">• Condición biológica• Años cumplidos• Lugar donde reside• Estatus legal• Último año de estudio.• Ocupación• Ingresos• Número de miembros en la familia.• Servicios con que cuenta.
Conocimientos que tiene la familia sobre el VIH –SIDA	<ul style="list-style-type: none">• Tipo de conocimiento que posee la familia.• Medios o fuente donde obtuvo la información.	<ul style="list-style-type: none">• Según respuesta del sujeto
Actitud asumida por la familia al conocer la situación de VIH/SIDA	<ul style="list-style-type: none">• Aceptación• Rechazo• Sentimientos de culpa	<ul style="list-style-type: none">• Según respuesta del sujeto
Impacto que sufre la dinámica familiar	<ul style="list-style-type: none">• Poco apoyo familiar• Estigma y discriminación	<ul style="list-style-type: none">• Respuesta según el sujeto

1.6. Diseño Metodológico

1.6.1. Tipo de estudio

Esta investigación ha sido desarrollada mediante un diseño de tipo longitudinal, puesto que la investigación que se desarrolla está basada en período de tiempo determinado para ello se estructuró un cronograma de trabajo, en donde la labor de recolección de datos se realizó en 8 meses por la suscrita investigadora, propiciando la selección de una muestra para presentar resultados estadísticos y sustentar los criterios que se consideren necesario durante el desarrollo de la investigación.

1.6.2. Tipo de diseño

El tipo de diseño en esta investigación es de tipo descriptivo siguiendo la definición del autor Roberto Hernández Sampieri (1997 pág. 13) el cual manifiesta que los “estudios descriptivos buscan especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que se someta a análisis.”

1.6.3. Población

La población de estudio fue elegida de personas viviendo con VIH/SIDA, asociadas al poco apoyo familiar, donde encontramos un universo de 689 personas de ambos sexos las cuales fueron atendidas en el Albergue de María procedentes de la provincia de Colón, esta población es atendida en diversos programas de asistencia que se brindan en este lugar.

- Femeninas 399
- Masculinos 290

1.6.4. Muestra

El tipo de muestra que se utilizó fue el muestreo aleatorio estratificado, donde los resultados de la población femenina, la masculina y de menores totalizó 383 personas.

Este tipo de muestreo consiste o permite considerar categorías típicas diferentes entre sí que poseen gran homogeneidad respecto a algunas características.

Este tipo de muestreo pretende asegurar que todos los estratos de interés estarán representados adecuadamente en la muestra., en esta técnica el tamaño del ejemplar de cada estrato es proporcional al tamaño de la población del estrato si se compara con la población total. El estudio se realizó con el apoyo de la institución ya que permitieron que pudiera aplicar la entrevista, en los diferentes grupos que se atienden en los programas que aquí se desarrollan tales como pediatría, odontología, fisioterapia, pacientes en recuperación, programa nutricional.

Las y los entrevistados fueron escogidos al azar, los días de atención a la población son los martes, miércoles y viernes (días estos, que pudimos durante varias semanas aprovechar para realizar el estudio). Fórmula para el cálculo de la muestra, si se conoce el tamaño de la población.

$$n = \frac{ZpqN}{NE + Zpq}$$

Dónde:

n es el tamaño de la muestra=?

Z es el nivel de confianza del 95%= 1.96

El valor de Z que sería 1.96 (con una aproximación de dos decimales)

P es la variabilidad positiva=0.5 (50%)

Q es la variabilidad negativa= 0.5 (50%)

N es el tamaño de la población =689

E es la precisión o error =0.05 (5%)

$$n = \frac{(1.96)(0.5)(0.5)(689)}{(689)(0.05) + (1.96)(0.5)(0.5)}$$
$$\frac{(3.8416)(0.5)(0.5)(689)}{(3.8416)(0.5)(0.5)(689)}$$

$$n = (689)(0.25) + (3.8416)(0.5)(0.5)$$

$$n = \frac{661.7156}{(172.25) + (0.49)}$$

$$n = \frac{661.7156}{172.74}$$

$$n = 3.83$$

Para calcular la muestra de cada grupo tomamos la cantidad de cada uno de los grupos y lo dividimos entre el total de la población, para reflejar la muestra.

Es decir: Femeninas= $399/689=0.58$ Masculinos= $290/689=0.42$

Y finalmente para conocer el tamaño de cada grupo multiplicamos la proporción por el tamaño de la muestra.

$$\text{Femeninas} = 0.58 (3.83) = 2.22$$

$$\text{Masculinos} = 0.42 (3.83) = 1.61$$

1.6.5. Instrumento de Recolección de Datos

En esta investigación se diseñó una encuesta que fue entregada a los pacientes que viven con VIH/SIDA, para realizar la encuesta se diseñó un cuestionario que contenía preguntas estructuradas abiertas y cerradas, con las cuales se pretendían conocer áreas específicas como: Características generales de los pacientes que viven con VIH/SIDA vinculadas al poco apoyo familiar.

La aplicación de la misma se llevó a cabo en el salón de reuniones y talleres ubicado en las instalaciones del Albergue de María. Por otro lado, la representación de los datos se presentó de forma gráfica, tabular y escrita. El análisis estadístico que se utilizó fue el descriptivo el cual tiene como propósito identificar sus principales características o elementos de naturaleza específica mediante un número reducido de gráficas o muestra, se utilizó este análisis porque el mismo permite organizar los datos numéricos para su interpretación.

1.6.6. Tabulacion

La tabulación se desarrollo en tablas simple, fáciles de leer y que de manera general ofrecen una acertada visión de las características más importantes de la distribución estadística estudiada.

1.6.7. Representacion de datos

La representacion de los datos se realizò en cuadro y grafica fáciles de entender, todo relacionado específicamente al estudio realizado.

CAPÍTULO II
MARCO REFERENCIAL

2.1. Aspecto básico del tema que se Desarrolla

Actualmente el VIH/SIDA es una enfermedad que tiene en alerta los índices de salud a nivel mundial, su expansión ha cobrado miles de vidas, y el impacto social que se desprende de tan devastadora enfermedad, no logra medirse debido al constante aumento en el deterioro de las relaciones humanas, la injusticia, el abandono, la desintegración familiar y el manejo inadecuado de todo aquello que se relaciona a una vida humana en riesgo social.

En sus inicios, el VIH/SIDA fue considerado como lo que hasta ese momento era: una enfermedad nueva, nunca antes descrita, que afectaba básicamente a los homosexuales y drogadictos, y que predominaba en Estados Unidos.

Más tarde empezaron a aparecer los primeros casos en México, en los que con frecuencia se encontraba el antecedente de relaciones sexuales con estadounidenses, ello dio lugar a que los médicos e investigadores de ciertas especialidades se preocuparan por el problema, pero prevalecía la idea de que se trataba de un problema lejano y hasta cierto punto ajeno, ajeno, y sólo se veía como un interesante motivo de estudio entre algunos círculos de especialistas.

Por desgracia, la enfermedad cambió radicalmente y en forma vertiginosa; la misma se ha extendido de manera alarmante por todo el mundo ha adquirido proporciones de pandemia, la cual ha afectado al mundo entero, a tal punto de que el riesgo es de todos.

De este modo, la realidad nos ha obligado a entender que el SIDA es una siniestra amenaza que aumenta día tras día y todos debemos estar preparados para protegernos. El principal mecanismo de contagio es el contacto sexual con una persona infectada, pero también se puede adquirir por contacto con sangre contaminada, ya sea a través de

transfusión de sangre o sus derivados o por medio de lesiones con objetos contaminados o salpicaduras de sangre contaminada sobre piel no intacta o sobre mucosas, y finalmente; por transmisión perinatal esto es que el hijo de una mujer con VIH/Sida pueda nacer infectado.

El VIH es un lentivirus, por lo que el periodo de incubación es en general muy largo, entre cuatro y seis o más años, durante los cuales el individuo se siente bien, pero es contagioso. “El VIH destruye el mecanismo de defensa del organismo ante la infección en una forma muy lenta, pero implacable e irreversible, ya que este virus nunca puede ser eliminado del organismo. (Silva Ballesteros Berta) Por ello, el enfermo de SIDA queda expuesto a desarrollar infecciones graves, incluso por microbios muy débiles llamados oportunistas, así como a desarrollar cierto tipo de tumores malignos. Hasta el momento, no hay cura para el VIH/SIDA.

2.2. Origen y Desarrollo del VIH/SIDA

En 1981 fueron descritos los primeros casos de Sida en cinco varones homosexuales se iniciaba uno de los capítulos más dramáticos de la historia de la medicina contemporánea.

La causa de estos cinco individuos tuvieran destruido el sistema inmune era desconocida; todavía un año después los expertos se cuestionaban si el Sarcoma de Kaposi, un tumor maligno con manchas violáceas características en la piel y anteriormente solo observado en personas mayores de 50 años. Hoy está plenamente establecido que este tumor forma parte de las manifestaciones del VIH/SIDA.

Hasta entonces los médicos estaban acostumbrados a tratar pacientes denominados inmune comprimidos esto, es pacientes con su sistema de defensa alterado y debilitado, pero siempre había una explicación para ello: el paciente era canceroso, desnutrido,

leucémico, diabético, o por razones médicas tomaba medicamentos capaces de disminuir el funcionamiento de su sistema inmune o de defensa, esto se conoce como causas de inmunodeficiencia secundaria.

Al principio de esta enfermedad se tenía como perfil a varones homosexuales o bisexuales activos, adictos a la administración intravenosa de drogas, haitianos y hemofílicos , idea que circuló durante unos años más; en realidad había razón para ello ya que éstos precisamente los grupos más afectados , aunque luego se liberó del estigma a los haitianos, al menos oficialmente. Desde septiembre de 1984 cuando se reportó en Panamá el primer caso de SIDA hasta octubre de 2018 se han reportado 29,000 casos de VIH.

A nivel de Centroamérica, Panamá sigue siendo uno de los países más afectados por VIH, lo que ha influenciado en la ejecución de acciones como intensificar la prevención y promoción en temas de ITS/VIH, la ampliación del acceso al tratamiento del VIH y la búsqueda del control prenatal en embarazadas para prevenir la transmisión materno infantil y aumento de la oferta para la realización de la prueba del VIH en áreas de poca accesibilidad.

A nivel nacional las regiones de Panamá Metro, San Miguelito y Panamá Oeste con más casos. La Organización Mundial de la Salud se ha propuesto la meta 90/90/90 la cual consiste en bajar a nivel mundial de dos millones de nuevos casos por año, que disminuyan a 500 mil para el 2020 mil reportes por año. Lo que persigue esta estrategia es que el 90% de la población mundial se realicen la prueba de VIH/SIDA, el 90% de los diagnosticados con VIH reciban el tratamiento y el otro 90% de los que reciben el tratamiento mantengan su carga viral indetectable examen que se realiza para determinar la cantidad de virus que tiene la persona en la sangre.

Sin embargo, opuesto al interés de la estrategia 90/90/90 es preocupante el reporte de nuevos casos de contagios anuales en Latinoamérica, Brasil encabeza la lista con casi la mitad de los casos, según el documento que fue presentado en Sudáfrica. En la última década, la tasa de nuevos contagios anuales creció un 34% en Chile, un 22% en Bolivia y un 21% en Brasil y Costa Rica. Las infecciones también aumentaron en Uruguay (9%), Honduras (7%), Guatemala (6%) y Argentina (2%), mientras que en México la tasa mantuvo estable. Sin embargo hubo regiones que alcanzaron logros en la lucha contra el VIH/SIDA.

El Salvador, por ejemplo, logró una notable reducción, de los casos (-48%), así también lo lograron Nicaragua (-29%), Colombia (-11%), que mostraron avances significativos en cuanto a nuevas infecciones por el VIH. En total en el mundo hay unos 37.9 millones de personas infectadas y solo dos de cada tres de ellas tienen acceso a fármacos antirretrovirales. De este total 1.9 millones de personas residen en América Latina. Solo dos tercios de ellas tienen acceso a antirretrovirales, según el informe.

El VIH/SIDA ha tenido un gran impacto en la sociedad, como enfermedad y como fuente de discriminación, la enfermedad también tienen fuertes impactos económicos. Hay muchas ideas equivocadas sobre el VIH/SIDA como la creencia de que puede transmitirse casual y no sexual.

La enfermedad ha sido centro de muchas controversias relacionadas a la religión incluida la decisión de la iglesia católica de no apoyar el uso del preservativo como prevención. El VIH/SIDA ha atraído la atención internacional médica y política así como financiación masiva desde su identificación en los años 1980.

El hecho de descubrir el VIH/SIDA de esta manera y en este tipo de individuos, aunque por probabilidades eran los más afectados, resultó desafortunado por dos razones: Por un lado, se incrementó el rechazo social hacia quienes pertenecían a esos grupos, lo que en algunos casos se ha traducido en franca agresión, máxime que esta información se difundió rápidamente entre la población por otra parte, dio lugar a un hecho igualmente grave: el resto de la sociedad normal se sintió segura y a salvo del VIH/SIDA los heterosexuales, tanto mujeres como varones , no cuestionaban si su conducta sexual lo exponía también al VIH/SIDA de manera que continuaron practicando actividades sexuales de alto riesgo, entre las que destacaban el tener parejas múltiples y el uso del preservativo.

Esta mentalidad persistió durante algunos años y desafortunadamente en algunas personas poco informadas aún subsistente hoy sabemos que no se trataba más que de una falsa seguridad y que muchos individuos enfermaron creyendo que estaban libres de contagio. Luego se presentaron los primeros casos en mujeres y más tarde de niños y en transfundidos no hemofílicos, con lo cual quedó bien claro que el VIH/SIDA es una enfermedad que puede atacar a cualquier persona, independientemente de su edad, sexo, clase social, nivel cultural o responsabilidad social.

2.3. Afectaciones Físicas, Laborales y Sociales del Paciente que vive con VIH/SIDA.

Es muy probable que jamás se sepa con certeza, de donde procede esta enfermedad, hay muchas teorías que intentan explicar el origen del VIH/SIDA, sin embargo, ninguna de ellas es totalmente satisfactoria o no puede probarse. En muestras de sueros congelados de personas fallecidas incluso hace tres o cuatro décadas se han encontrado anticuerpos contra el virus de la inmunodeficiencia humana, de lo que se deduce que es muy probable que el virus existiera desde entonces, la incógnita es porque ha tenido un avance tan

explosivo durante la última década, y peor aún que el ritmo de avance haya persistido hasta tal punto que esta enfermedad se ha constituido en una grave amenaza para todos los seres humanos en un breve periodo.

Debemos aceptar, aunque no nos agrada, que el VIH/ SIDA llegó para quedarse. En este caso lo importante es educarnos para vivir con el riesgo de esta enfermedad y adoptar normas de conductas y un estilo de vida saludables que nos permita evitar el peligro de contagio. La influencia ambiental como factor de riesgo. Al hacer a un lado consideraciones de tipo moralista, para nadie es desconocido el hecho de que vivimos en una sociedad altamente erotizada y que ha habido, de una manera más acentuada en las últimas décadas una liberación de las costumbres sexuales, lo que se ha traducido en un claro aumento en la prevalencia de las llamadas enfermedades de transmisión sexual (ETS).

Anteriormente no era fácil esta libertad sexual, los principales frenos eran el temor al embarazo y a las ETS, sin embargo, con la aparición de los anticonceptivos el fácil acceso a los mismos, y por otra parte con el desarrollo de antibióticos, se llegó a creer, erróneamente, que con estos elementos se contaba ya con las llaves mágicas que permitían el ingreso a un mundo de libertad sexual, sin más trabas que las que uno mismo se impusiera.

El problema se reducía a una aparente decisión individual, según el valor que se tuviera para romper con los valores tradicionales. Todo aquello que de alguna manera llevara a consideraciones sobre la castidad, virginidad, fidelidad, sublimación del impulso sexual etc. eran tachados de anticuados. “Los principios de la teoría psicoanalítica de Freud fueron tomadas en su más grotesca expresión por algunos supuestos profesionales de la salud mental y se señalaba a la represión de los impulsos sexuales como la causa de un

sin número de malestares, para los que el remedio obvio era entregarse a la actividad sexual” (Barberan).

La infección del VIH y el SIDA atraviesa por tres fases clínicas:

Fase A (A1-A2-A3),

Fase B (B1-B2-B3)

Fase C (C1-C2-C3).

Cada una de ellas se caracteriza por síntomas y enfermedades que revierten la parte emocional del paciente provocando desajuste emocional y familiar, colocando al paciente en un inevitable acercamiento con la muerte o bien en la incursión de enfermedades que deterioran su capacidad física, mental y emocional. Componentes emocionales de acuerdo a las diferentes fases:

2.3.1. En la Fase A o fase aguda de la enfermedad:

Es Patognomónico de esta fase la ansiedad de desintegración, sentimientos de aniquilación, pánico, sensación intensa de impotencia y de abandono por parte de quienes están cerca. Muchos pacientes y sus familias citan esta fase como la más difícil y estresante de todo el recorrido. En ella también se incluye una posible constelación de reacciones más o menos intensas de acuerdo a la personalidad y el momento histórico de cada individuo. Son éstas: incredulidad, temores, ansiedad, rabia, dolor, culpa, pánico, alternados con momentos de negación, de esperanza y desesperanza. (Fase inicial o de enfrentar la amenaza).

Dentro de esta etapa se emplean mecanismos de defensas inmaduros y primitivos tantos por parte del paciente como de la familia. En esta fase se enfrenta al diagnóstico y en algunos casos no hay oportunistas de base que determinen SIDA pero se tiene ya un

conocimiento sobre aspectos relacionados al comportamiento del virus (Laboratorios de Carga viral, recuento de linfocitos, entre otros). Dentro de esta etapa la intervención se basa en buscar todas aquellas características del proceso de resiliencia. La formación pedagógica en el manejo de los factores de riesgo, factores protectores, pautas de prevención a todos los miembros de la familia, normas de bioseguridad y autocuidado.

2.3.2. En la Fase B o fase crónica de la enfermedad:

El paciente, la familia y el equipo proveedor de cuidados, luchan para afrontar la enfermedad y sus problemas, así como las respuestas psico-sociales a la misma. El temor a la muerte se hace apremiante; ésta es la etapa en la cual se llevan a cabo todos los tratamientos, en la que con tristeza aprenden a vivir con la enfermedad acomodándose, adaptándose a ella y disminuyendo la intensidad de las reacciones emocionales.

Se trabaja en la intervención en esta fase sobre la esperanza - resignación, incentivando la idea de ser compatible con la enfermedad, aprehender a vivir la experiencia no como una pérdida de sí mismo sino como una ganancia. En esta fase se trabaja con la familia la resiliencia secundaria. Aquí la familia y el conviviente con el virus son capaces de aprender a proyectarse en el futuro como alguien capaz de afrontar todos esos cambios, ya aquí, familia y conviviente aceptan iniciarse en grupos de autoayuda o grupos de acompañamiento a otros enfermos, y se convierten en multiplicadores de vida y de su propia experiencia proyectando su propio cuidado en otros.

2.3.3. Fase C o Terminal de la enfermedad

Se inicia con el retiro y el repliegue del paciente sobre sí mismo, buscando conservar sus últimas energías y colocándolas en su propio cuerpo. (Fase final resignación adaptativa).

Aquí la familia juega un rol de acompañamiento, en los miembros se observa resignación pero con grandes sentimientos de desesperanza y sufrimiento.

La intervención, en esta etapa, se basa en prepararlos a la resolución del duelo ante la inminente pérdida, en la reorientación del paciente en sus reacciones emocionales, hasta que éste lo permite es ayudado a encontrar su paz espiritual para la inminente muerte.

Elementos que contribuyen al aumento del VIH/SIDA

- **Alcoholismo** cuyo efecto en la relajación en las normas de conducta es ya conocido, lo que facilita al individuo alcoholizado adoptar conductas sexuales que no tendría en estado de sobriedad.
- **Necesidad de identificación con el grupo social:** este aspecto es de primordial importancia entre los jóvenes, es posible que en el fondo de esta situación subyazca una integración familiar inadecuada.
- **Machismo:** El reducir a la mujer a ser un objeto para la satisfacción erótica del hombre, conlleva con frecuencia a la búsqueda de relaciones sexuales con múltiples parejas e incluso de tipo bisexual.
- **Educación sexual inapropiada.** Puede conducir, especialmente a los jóvenes a practicar conductas sexuales de alto riesgo.
- **Ausencia de una imagen de amor en familia:** como causa y como consecuencia de los problemas anteriores. La desintegración familiar transmite a las generaciones jóvenes mensajes impregnados de pesimismo y frustración respecto a la posibilidad de un amor auténtico entre los miembros de la familia.

- **Violación:** cuyo efecto en relación con la aparición de ETS no ha sido evaluado debidamente en nuestro medio, pero que se trata sin duda de un grave problema que no es posible soslayar.
- **Prostitución:** Aunque su práctica podría clasificarse como un delito, de sus clientes y de las familias de estos o contra la salud, ya que atenta contra la salud de las prostitutas, de sus clientes y de las familias de estos, ha habido pocos intentos para intervenir en este sentido y las razones son obvias, la salud de las prostitutas no es motivo aun de preocupación social, aunque oficialmente en el sector salud se tengan algunos programas de control. Por otra parte, la salud de los clientes es un asunto personal.
- **Desigualdad social:** constituye un elemento de alto riesgo que cada vez en forma más aguda ha generado una situación de crisis para un sector cada vez más amplio de la población. Esto incluye los problemas más agobiantes e inmediatos como el desempleo, la falta de vivienda, la falta de servicios básicos y la desnutrición.
- **Aislamiento informativo:** Bajo este término se comprende que un gran porcentaje de la población ignora los conceptos básicos respecto a lo que constituye el VIH/SIDA y las medidas para prevenir.

No todos los cambios físicos durante el duelo como fatiga, cansancio, dolor en el cuerpo, insomnio, pueden ser interpretados como estar padeciendo la infección.

- La ansiedad que genera la mentira por temor a la estigmatización ante la causa de la muerte.
- Falta de apoyo social ante la muerte de ese ser por la estigmatización social.

- La pérdida del cuerpo sano por un cuerpo con deterioro debido a las enfermedades oportunistas presentadas.
- Inserción de complicaciones neurológicas que dejan secuelas severas (paraplejías, hemiplejías que obligan a la persona enferma a permanecer en cama sin oportunidad de desenvolverse por sí misma), ocasionando pérdida del rol del cuidador, ampliando el tiempo de cuidado del paciente con SIDA.

2.4. Intervención terapéutica con la pareja

La pareja del conviviente con el VIH sufre al igual que él, un cúmulo de sentimientos e ideas que atentan contra la relación de pareja, llevando a la separación e incluso al abandono de su pareja enferma. El foco primordial de la intervención está fundamentado en:

- No todos los cambios físicos durante el duelo como fatiga, cansancio, dolor en el cuerpo, insomnio, pueden ser interpretados como estar padeciendo la infección.
- La ansiedad que genera la mentira por temor a la estigmatización ante la causa de la muerte.
- Falta de apoyo social ante la muerte de ese ser por la estigmatización social.
- La pérdida del cuerpo sano por un cuerpo con deterioro debido a las enfermedades oportunistas presentadas.
- Inserción de complicaciones neurológicas que dejan secuelas severas (paraplejías, hemiplejías que obligan a la persona enferma a permanecer en cama sin oportunidad de desenvolverse por sí misma), ocasionando pérdida del rol del cuidador, ampliando el tiempo de cuidado del paciente con SIDA.

No todos los cambios físicos durante el duelo como fatiga, cansancio, dolor en el cuerpo, insomnio, pueden ser interpretados como estar padeciendo la infección.

- La ansiedad que genera la mentira por temor a la estigmatización ante la causa de la muerte.
- Falta de apoyo social ante la muerte de ese ser por la estigmatización social.
- La pérdida del cuerpo sano por un cuerpo con deterioro debido a las enfermedades oportunistas presentadas.
- Inserción de complicaciones neurológicas que dejan secuelas severas (paraplejías, hemiplejías que obligan a la persona enferma a permanecer en cama sin oportunidad de desenvolverse por sí misma), ocasionando pérdida del rol del cuidador, ampliando el tiempo de cuidado del paciente con SIDA.

2.4.1. Intervención terapéutica con la pareja

La pareja del conviviente con el VIH sufre al igual que él, un cúmulo de sentimientos e ideas que atentan contra la relación de pareja, llevando a la separación e incluso al abandono de su pareja enferma. El foco primordial de la intervención está fundamentado en:

- Asistir dentro de la terapia el proceso del perdón (promiscuidad, consumo de sustancias psicoactivas, homosexualidad encubierta).
- Dejar que su pareja seropositiva siga participando en los asuntos y actividades familiares, lo que fortifica los sentimientos dentro del núcleo familiar y favorece la autoestima.
- Fomentar la seguridad en el paciente, responsabilizándolo de forma paulatina en su tratamiento.
- Favorecer la toma de decisiones y cuidado de salud.

- Se debe asumir una actitud comprensiva, amorosa y alegre al atenderlo.
- Propiciar que otras personas intervengan como cuidadores de su pareja seropositiva.
- Acompañarlo a realizar actividades físicas y mentales y así orientar los pensamientos negativos a positivos.
- Acompañarlo en sus cambios de emociones, opinar si él se lo pide sin tratar de imponer su punto de vista.
- Se sugiere no estar preguntándole cómo se siente, sino reforzar los cambios positivos que éste haya alcanzado por muy mínimos que sean.
- Evitar comentarios inapropiados delante del paciente sobre miedo a infectarse, a compartir utensilios, baños, entre otros.

En la relación de parejas homosexuales al enfrentar el diagnóstico, la unión afectiva y de pareja tiende a mantenerse y/o fortalecerse, mientras que si se trata de una pareja heterosexual, las circunstancias son diferentes: si el hombre es el portador, la pareja tiende a mantenerse posteriormente al conocimiento del diagnóstico por parte de los dos, mientras que si es la mujer la afectada, la relación se rompe rápidamente tras el conocimiento del diagnóstico. Por otra parte, si ambos se encuentran infectados, existe una tendencia a mantener la relación. (Artículo sobre Día internacional de la familia)

2.4.2. Intervención Psico-educacional Grupal

Para Familiares de Personas con VIH- SIDA

El enfoque terapéutico en esta fase es de orientación, favorece el acercamiento con cada miembro de la familia en la consecución de tareas que resulten beneficiosas para el paciente. Lo primordial es lograr el incremento de las habilidades de afrontamiento para poder manejar todas las situaciones presentes y futuras con relación al miembro de la

familia enfermo. En este proceso es fundamental que debute la familia únicamente, no el paciente, debido a que dentro de esta intervención psico-educacional a nivel grupal interviene el paciente en otro momento; pero con un enfoque diferente más que todo de tipo orientador y formativo.

2.5. Inserción de la Familia y el Conviviente Con El Virus de VIH/SIDA.

Después de esclarecerse los mecanismos de transmisión del virus es lamentable que en la sociedad actual aún sobreviva la discriminación y abandonos de pacientes con el virus de la inmunodeficiencia humana. Se ha detectado que la familia al conocer el diagnóstico de los pacientes o familiares tienden al rechazo.

Todas las personas entrevistadas han vivido situaciones de rechazo o marginación social; tanto las que ocultan su condición como las que no tienen ningún impedimento en decirlo abiertamente. Estas actitudes de rechazo han venido provocadas bien por su enfermedad, bien por un problema de marginalidad añadido, o por la suma de ambas circunstancias.

Algunos estudios sociológicos demuestran la existencia de situaciones de rechazo social y marginación hacia las personas que viven con VIH/SIDA, por pertenecer a grupos socialmente ya estigmatizados previamente a su condición de portadores del VIH, homosexuales, prostitutas y toxicómanos/as en activo. Hemos comprobado, a través de las encuestas realizadas a personas que viven con VIH/SIDA, que realmente estas actitudes de marginación y rechazo social se han producido, pero también hemos podido constatar que, independientemente del grupo social al que se pueda adscribir cada persona, se han producido situaciones de rechazo social por el mero hecho de que la persona sea enferma o portadora del VIH/SIDA, independientemente de la categoría social a la que se le pueda adscribir. Estas actitudes parecen indicar que la propia

infección resulta estigmatizante en sí misma y, por lo tanto, cualquier persona afectada podría ser susceptible de padecer rechazo social.

Hemos escuchado los testimonios sobre rechazo que han vivido las distintas personas encuestadas en función de una serie de apartados: rechazo familiar, abandono por parte de la pareja, alejamiento por parte de la gente, enfrentamiento por parte de algunas personas seronegativas, tratamiento médico y acceso a los nuevos medicamentos, en el trabajo.

Rechazo familiar a través de los testimonios de las personas encuestadas, nos encontramos con situaciones en las que aparece el miedo al contagio en el núcleo familiar, unido a una cierta situación de marginalidad previa y a la falta de una información correcta sobre las formas de adquirir la infección. Quizás no nos encontramos ante situaciones de claro rechazo hacia las personas VIH/SIDA, sino más bien ante episodios del típico miedo irracional hacia el VIH.

La persona que tiene VIH/SIDA muchas veces vive con un sentimiento de vergüenza y el miedo al rechazo social, por lo que se adaptan a la estigmatización ocultando la enfermedad o manteniéndola en silencio, en forma selectiva hacia la comunidad, la familia extensa y la misma familia nuclear.

2.5.1. El estigma y la discriminación a los pacientes que viven con VIH/SIDA.

Son aspectos que interactúan entre sí y son comunes en todos los aspectos de la vida. El estigma del VIH y la discriminación resultante, real o temida, han demostrado ser los obstáculos más difíciles para la prevención eficaz del VIH, ambas situaciones simultáneas reducen la eficacia de los esfuerzos para controlar la pandemia mundial y crean un clima ideal para que esta avance aún más.

En América Latina incluyendo Panamá, uno de los temores más comunes identificados entre las personas que desean recibir servicios relacionados con la asesoría para la prueba voluntaria (APV) es que los trabajadores de la salud no guarden la confidencialidad tiene repercusiones muy importantes en la vida de las personas , el impacto es tal que puede generar depresión , aislamiento , negación y ocultamiento que son obstáculos para que las personas tengan acceso a servicios de salud que les permitan tener una mejor calidad de vida.

2.5.2. Estigma

El estigma se ha definido como un atributo indeseable de descredito que una persona ostenta, la cual reduce el estatus de esa persona ante los ojos de la sociedad, el estigma del VIH surge tanto del miedo como de asociar el SIDA con las relaciones sexo-genitales, la enfermedad y la muerte y comportamientos que Pueden ser ilegales prohibidos o tabú, tales como las relaciones sexo genitales pre y extramatrimoniales la industria del sexo, las relaciones sexo genitales entre varones y consumo de drogas intravenosas.

El estigma se asocia con frecuencia a desinformación o un conocimiento inadecuado sobre el VIH y los modos de transmisión, o bien a juicios morales acerca de cómo se ha infectado una persona. Se singulariza a los individuos o grupos de personas como “responsables” de la epidemia o “responsables” de su propia infección. Sufren ostracismo, hostigamiento y aislamiento; se convierten en tema de murmuraciones, y pueden ser expulsados de sus hogares o aldeas. Donde hay estigma es más probable que las personas que viven con el VIH no informen de su estado a los amigos y parientes cercanos, y pueden tener dificultades para tomar medidas que protejan a sus parejas. Las personas que sospechan que son VIH positivas pueden rehusar la prueba, el tratamiento y la asistencia.

“El estigma asociado al VIH/SIDA no es algo que reside solamente en las mentes de las personas, por el contrario constituye un producto social con profundas raíces en la sociedad, esta tiene muchas consecuencia en las personas con VIH/SIDA” entre las cuales se pueden destacar. (157 B. f.)

También es producto de la falta de sensibilización y conocimiento sobre el VIH/SIDA el estigma se nutre de prejuicios existentes y situaciones de exclusión que marginan aún más a personas que ya de por sí podrían ser más vulnerables a la infección por VIH, el miedo al estigma también disuade a las personas que viven con el VIH de desempeñar un papel vital de primera línea en los esfuerzos de prevención.

El estigma impulsa a las personas a actuar de modo tal que perjudica directamente a otras personas y les niega servicios o derechos, esas acciones adoptan la forma de discriminación relacionadas con el VIH, el estigma impide que muchas personas se sometan a la prueba del VIH, revelen su estado serológico a su pareja o soliciten tratamiento, incluso aunque haya servicios de prevención disponibles.

2.5.3. Discriminación

Este tema se refiere al acto de hacer una defunción o segregación que atenta contra la igualdad. Normalmente se utiliza para referirse a la violación de la igualdad de derechos para los individuos por cuestión social, racial, religiosa, política, orientación sexual, por razón de género u otra situación en particular como es el caso de VIH/SIDA.

La discriminación también se define como cualquier acción, conducta o medida que hace que alguien sea tratado injustamente (menosprecio, maltrato, ofensa, exclusión, o restricción) porque pertenece o parece a un grupo determinado. La discriminación

relacionada con el VIH es una puerta de entrada obvia para que las instituciones nacionales inicien o expandan su trabajo sobre el VIH. El diálogo y la consulta con las personas más afectadas son esenciales para formular un programa de acción eficaz.

Existen herramientas para medir y afrontar el estigma y la discriminación relacionados con el VIH. Consecuencias del estigma y la discriminación en personas con VIH/SIDA. Para las personas con VIH/SIDA el estigma no deja ningún área de su vida intacta y ninguna área de su vida está a salvo de la discriminación:

- En el trabajo: algunas formas de discriminación incluyen pedir pruebas de VIH antes de firmar el contrato de trabajo y hacer presión para que renuncien.
- Los seguros: Algunas compañías aseguradoras piden la prueba de VIH antes de ofrecer un seguro, o se niegan a ofrecer seguros de vida o seguros médicos a hombres gay sea cual sea su situación en relación al VIH.
- La educación: los docentes que son VIH+ pueden ser despedidos por el miedo irracional de que se lo trasmita a los niños, también el miedo generalizado, al SIDA ha hecho que muchos adultos tomen medidas extremas para evitar que los niños que son VIH+ vayan al colegio y si van son señalados por sus compañeros, maestros y padres de familia.

CAPÍTULO III
DERECHOS HUMANOS

3.1.Derechos Humanos y Trabajo Social en función del VIH/SIDA.

3.1.1. Derechos Humanos

Los Derechos humanos son libertades y derechos básicos a los que todos los seres humanos tienen derecho. Los partidarios del concepto suelen afirmar que todos los seres humanos están dotados con ciertos derechos por el simple hecho de ser humanos. El esquema moderno sobre derechos humanos (DUDH), pero los fundamentos de códigos morales de las sociedades humanas alrededor del mundo y también fueron reflejados en la lucha de liberación de los siglos XVIII y XIX.

3.1.2. Los derechos humanos irrenunciables

Los derechos humanos son las necesidades vitales de todas las personas reconocidas universalmente y exigibles ante la ley.

Entre los principales derechos de las personas afectadas por el VIH/SIDA tenemos:

- Recibir atención médica oportuna y tener acceso a los tratamientos médicos que le permitan tener una buena calidad de vida.
- No ser despedidos de sus empleos, lugares de vivienda, estudios, clubes deportivos y otros.
- Que no se divulgue su condición de salud pues se vulnera el derecho a la intimidad.

De igual modo así como hay derechos también hay deberes y en este sentido, las personas afectadas con VIH/sida tienen el deber de:

- Notificar a todas las personas a quienes hayan expuesto al virus.
- Tomar medidas de prevención para evitar la reinfección.
- Prevenir la transmisión de la infección de madre VIH+ a sus hijos e hijas.

- Buscar información clara y precisa.

Más de dos décadas de experiencia en la lucha contra la epidemia de VIH han confirmado que la promoción y protección de los derechos humanos constituyen un componente esencial para prevenir la transmisión del virus y reducir el impacto del VIH y el SIDA. Tanto la Declaración de compromiso sobre el VIH/SIDA de 2001 (véase Anexo I, más abajo) como la Declaración política sobre el VIH/SIDA de 2006 (véase Anexo II, más abajo) subrayan que los derechos humanos y un planteamiento basado en los derechos ocupan un lugar central en las respuestas nacionales al VIH.

Ambos documentos ponen de manifiesto que los gobiernos han comprendido la necesidad de proteger los derechos humanos si pretenden vencer al VIH, así como su compromiso para alcanzar metas concretas y con plazos estipulados. “ Valorar el acceso a la prevención, tratamiento, atención y apoyo desde una perspectiva de derechos humanos La directriz revisada # 6 de las Directrices Internacionales sobre el VIH/SIDA y los Derechos Humanos se centra en la prevención, tratamiento, atención y apoyo como partes de una respuesta a la epidemia que sea integral y esté basada en los derechos humanos.

Los Estados deberían promulgar leyes que regulen los bienes, los servicios y la información relacionados con el VIH, así como asegurar la disponibilidad generalizada de medidas y servicios de prevención de calidad; información adecuada sobre prevención y asistencia del VIH, y medicación segura y eficaz a un precio asequible.

Los Estados también deberían tomar las medidas necesarias para asegurar a todas las personas, de forma sostenida e igualitaria, la disponibilidad y accesibilidad de bienes, servicios e información de calidad para la prevención, tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH/sida, incluidos fármacos antirretrovíricos y otros medicamentos seguros y eficaces, pruebas diagnósticas y tecnologías coadyuvantes que permitan una

asistencia preventiva, curativa y paliativa del VIH, infecciones oportunistas y procesos relacionados.

No discriminación e igualdad ante la ley. La legislación internacional sobre derechos humanos garantiza la protección igualitaria ante la ley y la inmunidad frente a la discriminación por múltiples motivos. La comisión sobre Derechos Humanos ha confirmado que, en las estipulaciones sobre no discriminación de los tratados internacionales de derechos humanos, debe interpretarse que la locución «otros estados» engloba el estado de salud, incluido el VIH/SIDA.

3.1.3. Derechos humanos de las mujeres.

Proteger los derechos de las mujeres y muchachas – incluidos los derechos sexuales y reproductivos es crucial para prevenir la transmisión del VIH y reducir el impacto de la epidemia sobre las mujeres. El Convenio sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer obliga a las partes estatales a abordar en las leyes, políticas y prácticas todos los aspectos de la discriminación basada en el género.

En los países más afectados, las mujeres y muchachas representan la mayoría de las personas infectadas y las que tienen tasas más rápidas de infección. También sufren de forma desproporcionada el empobrecimiento inherente al sida y la carga de cuidar a los enfermos. Muchas mujeres son infectadas por sus esposos. La vulnerabilidad de las mujeres y muchachas al VIH y al sida deriva de la desigualdad de género, que:

- a. Impide que sean capaces de decidir cuándo y bajo qué circunstancias tienen relaciones sexuales.
- b. Provoca múltiples formas de violencia sexual dentro y fuera del matrimonio.
- c. Limita su acceso a servicios de prevención, educación y salud relacionados con el

VIH, y SIDA.

- d. Las priva de la independencia económica que les permitiría evitar relaciones con riesgo de infección y sobrellevar el impacto del sida sobre sí mismas y sus familias.

Durante la Reunión de Alto Nivel sobre el Sida celebrada el 2 de junio de 2006, los gobiernos aprobaron una declaración política en la que prometían eliminar las desigualdades de género, el abuso basado en el género y la violencia.

También prometieron adoptar “todas las medidas necesarias para crear un entorno propicio que acreciente el poder de las mujeres y fortalezca su independencia económica.”, y se comprometieron a “reforzar las medidas jurídicas, normativas, administrativas y de otra índole para la promoción y protección del pleno disfrute por parte de las mujeres de todos los derechos humanos y para la reducción de su vulnerabilidad al VIH/SIDA a través de la eliminación de todas las formas de discriminación, así como de todos los tipos de explotación sexual de las mujeres, muchachas y muchachos.

El artículo 23 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos reconoce el derecho de los hombres y las mujeres a casarse y fundar una familia. Las pruebas premaritales obligatorias del VIH como condición previa para casarse, o los abortos o la esterilización forzosos de las mujeres que viven con el VIH, violarían estos (y otros) derechos. Derecho a la intimidad. Este derecho, establecido en el artículo 17 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, engloba las obligaciones de respetar la intimidad física (por ejemplo, la obligación de solicitar el consentimiento informado para la prueba del VIH) y la necesidad de respetar la confidencialidad de la información personal (por ejemplo, información relativa al estado del VIH de un individuo).

La Declaración política sobre el VIH/SIDA de 2006 subraya que el mayor acceso a pruebas y tratamientos para el VIH aplicarse asegurando la plena protección de la confidencialidad y el consentimiento informado. Derecho a la educación. Este derecho, establecido en el artículo 26 de la Declaración Universal de Derechos Humanos y el artículo 13 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, garantiza que a las personas que viven con el VIH no se les niegue de forma discriminatoria el acceso a educación debido a su estado serológico. El derecho a la educación también engloba la obligación de los Estados de promover la comprensión, el respeto, la tolerancia y la no discriminación hacia las personas que viven con el VIH. Estipula, además, que los individuos tienen el derecho a recibir educación relacionada con el VIH.

Libertad de expresión e información. El artículo 19 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos estipula el derecho a buscar, recibir e impartir información sobre prevención, tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH. Los Estados están obligados a asegurar que se desarrolle y divulgue – sin obstáculos para el acceso – información apropiada y eficaz sobre los métodos para prevenir la transmisión del VIH.

En la Declaración política sobre el VIH/Sida de 2006, los gobiernos reafirman que: .la prevención de la infección por el VIH debe ser la base de las respuestas nacionales, regionales e internacionales a la pandemia, y en consecuencia, se comprometen a “intensificar nuestros esfuerzos para asegurar que en todos los países, en particular en los más afectados, haya una amplia gama de programas de prevención en que se tengan en cuenta las circunstancias, las normas éticas y los valores culturales locales, que incluyan actividades de información, educación y comunicación en los idiomas que mejor

comprendan las comunidades y en las que se respeten sus culturas, con objeto de reducir las conductas de riesgo y promover una conducta sexual responsable.

Libertad de reunión y asociación. El derecho de reunión y asociación pacíficas, estipulado por el artículo 20 de la Declaración Universal de Derechos Humanos y el artículo 22 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, se ha negado con frecuencia a organizaciones de la sociedad civil que trabajan en materia de derechos humanos y cuestiones relacionadas con el VIH. Las organizaciones de la sociedad civil deberían disfrutar de los derechos y libertades reconocidos en los instrumentos de derechos humanos y de la protección de la legislación nacional.

Asimismo, los individuos VIH-positivos deberían ser protegidos contra la discriminación basada en su estado serológico en el momento de afiliarse a sindicatos y otras organizaciones. Comisión de Derechos Humanos, resolución 2003/19 de 22 de abril de 2003. Manual sobre el VIH y los Derechos Humanos para las Instituciones Nacionales de Derechos Humanos.

Tanto la Declaración de compromiso sobre el VIH/Sida como la Declaración política sobre el VIH/SIDA subrayan la necesidad de la participación plena y activa de las personas que viven con el VIH, los grupos vulnerables, las comunidades más afectadas y la sociedad civil en la ampliación progresiva de la respuesta a la epidemia y la cobertura creciente de los servicios de prevención, tratamiento, atención y apoyo.¹⁰ Derecho al trabajo. Este derecho, expresado en el artículo 23 de la Declaración Universal de Derechos Humanos y los artículos 6 y 7 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, implica el derecho de todas las personas a acceder a empleo sin ninguna condición previa, excepto las aptitudes laborales necesarias.

Este derecho se viola cuando se exige que un solicitante de empleo o un empleado se sometan obligatoriamente a la prueba del VIH, y se les despide o deniega el trabajo a causa de un resultado positivo. El derecho al trabajo garantiza, además, el derecho a condiciones laborales seguras y saludables. Cuando exista una posibilidad de transmisión del VIH (p.ej., en el sector sanitario), los Estados deberían tomar medidas para minimizar dicho riesgo, por ejemplo, impartiendo formación y aplicando procedimientos de “precauciones universales” contra todas las infecciones, incluido el VIH.

El derecho a disfrutar de los beneficios del progreso científico y sus aplicaciones. Este derecho, expuesto en el artículo 15 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, es importante en relación con el VIH debido a los avances efectuados en el diagnóstico y tratamiento, así como en el desarrollo de una vacuna y de nuevas herramientas de prevención, como microbicidas. Este derecho también obliga a los Estados a asegurar que las mujeres y los niños, así como las poblaciones marginadas y vulnerables, dispongan de las mismas oportunidades de tratamiento y participación en ensayos clínicos.

3.1.4. El derecho a libertad de movimiento.

Este derecho, estipulado en el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y el artículo 13 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, abarca el derecho de todas las personas a elegir libremente su lugar de residencia, así como los derechos de los nacionales a entrar en su propio país o salir de él. Puesto que no hay justificación de salud pública para restringir la libertad de movimiento o la elección de

residencia de las personas que viven con el VIH, tales restricciones serían discriminatorias.

Derecho a un nivel adecuado de vida y seguridad social. El disfrute de este derecho, establecido en el artículo 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos y en los artículos 9 y 11 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, es esencial para reducir el impacto del sida sobre las personas que viven con el VIH, las familias empobrecidas a causa de la epidemia y los niños huérfanos o vulnerable por otros motivos Como consecuencia del VIH.

Los Estados deberían asegurar que a las personas que viven con el VIH no se les niegue de forma discriminatoria un nivel adecuado de vida y/o de servicios de seguridad social; que las familias, los cuidadores y los niños afectados por el VIH estén protegidos frente a la inseguridad alimentaria y el empobrecimiento, y que las familias o las comunidades no usurpen la propiedad de las mujeres viudas a causa del sida ni la herencia de los niños. La Declaración política sobre el VIH/Sida de 2006 recalca la importancia de asegurar que las personas que viven con el VIH y los miembros de grupos vulnerables tengan acceso a la herencia, a servicios sociales y de salud y a asistencia y apoyo.

Los Estados se han comprometido a abordar, como cuestión prioritaria, las necesidades de los niños huérfanos y afectados por el sida, lo que incluye la creación y mantenimiento de sistemas de seguridad social que los protejan. El derecho a participar en la vida política y cultural. Este derecho, formulado en el artículo 25 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y el artículo 15 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, es esencial para asegurar la participación de las personas más afectadas por la epidemia en el desarrollo, aplicación y ejecución de políticas y programas relacionados con el VIH.¹² 10 Véanse los Anexos I y II, más abajo. 11 Para mayor

orientación sobre la participación de las mujeres, niños y poblaciones vulnerables en la investigación biomédica, véase:

Consejo de Organizaciones Internacionales de Ciencias Médicas, Directrices Éticas Internacionales para la Investigación Biomédica en Humanos (Ginebra, 2002), y en particular las directrices 12-17. Disponible en línea en: <http://www.cioms.ch>. Véase también: ONUSIDA, Consideraciones éticas en la investigación de una vacuna preventiva contra el VIH, Documento de orientación del ONUSIDA (Ginebra, 2000). Disponible en línea en: <http://www.unaids.org>. 12 También subraya el principio de mayor participación de las personas infectadas o afectadas por el VIH/sida – conocido como “MPPS” –, establecido en la Declaración de la Cumbre de París sobre el Sida, en 1994.

ACNUDH/ONUSIDA El derecho a solicitar y obtener asilo. Todas las personas tienen derecho a solicitar y obtener asilo a causa de persecución en otros países. Según el Convención de 1951 relativa al Estatuto de los Refugiados, y de acuerdo con la ley consuetudinaria internacional, los Estados, en cumplimiento del principio de no reagrávó, no pueden devolver un refugiado a un país donde se enfrente a persecución o tortura.

Así pues, los Estados no pueden devolver un refugiado susceptible de persecución debido a su estado del VIH. Tampoco pueden adoptar medidas especiales, como pruebas obligatorias del VIH, para evitar que se considere o conceda el asilo a personas VIH-positivas. El derecho a la libertad y seguridad de la persona. Este derecho, enunciado en el artículo 9 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, significa que no debería interferirse arbitrariamente en la libertad y seguridad por el simple hecho del estado del VIH de una persona (p.ej., colocando a un individuo VIH-positivo en cuarentena o aislamiento). Asimismo, las pruebas obligatorias del VIH pueden constituir una privación de libertad y una violación del derecho a la seguridad de la persona.

Respetar el derecho a la integridad física exige que las pruebas sean voluntarias y se lleven a cabo con el consentimiento informado de la persona. Inmunidad frente al trato o castigo crueles, inhumanos o degradantes. En relación con el VIH, este derecho, establecido en el artículo 5 de la Declaración Universal de Derechos Humanos y el artículo 7 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, estipula que el Estado debe asegurar que los reclusos tengan acceso a información, educación y medios de protección relacionados con el VIH (p.ej., preservativos, lejía y equipos limpios de inyección), así como asesoramiento y pruebas voluntarias y tratamiento. Este derecho también comprende la obligación de combatir la violación y otras formas de victimización sexual en los centros penitenciarios. Abordar el estigma y la discriminación relacionados con el VIH El estigma y la discriminación se han identificado como los principales obstáculos para una respuesta eficaz al VIH.

No sólo violan los derechos humanos de quienes los sufren, sino que también obstruyen los esfuerzos de salud pública para prevenir nuevas infecciones por el VIH y reducir el impacto de la epidemia en los individuos, familias, comunidades y países. El estigma y la discriminación pueden experimentarse como causa o como consecuencia de la infección por el VIH.

Discriminación La discriminación supone que un individuo sea tratado de forma menos favorable que otros a causa de alguna característica o cualidad. En términos generales, opera de dos formas distintas en el contexto de la epidemia de VIH: discriminación que aumenta la vulnerabilidad a la infección y discriminación que se relaciona con el propio estado del VIH. A menudo, un mismo individuo sufre múltiples formas de discriminación; por ejemplo, una mujer que viva con el VIH puede experimentar

discriminación tanto por su estado del VIH como por motivos de su sexo. La discriminación relacionada con el estado VIH-positivo, real o presunto, incrementa el impacto de la epidemia sobre las personas infectadas o afectadas por el VIH. Por ejemplo, puede conducir a los individuos y familias a una mayor pobreza y marginación.

La discriminación por motivos del VIH o del estado de salud puede adoptar varias formas; es posible, por ejemplo, que a las personas VIH-positivas se les niegue el tratamiento o se las despidan de su trabajo, o que a los niños infectados o afectados por el VIH se les niegue la educación. También puede haber formas indirectas de discriminación; por ejemplo, cambios en las exigencias laborales que parezcan neutros a primera vista (es decir, basados en las “necesidades de la organización”), pero que vayan dirigidos contra las personas que viven con el VIH, o que se cree que son VIH-positivas, y resulten imposibles de cumplir.

La discriminación puede influir en la dinámica de la epidemia; por ejemplo, algunas personas no se someten a la prueba del VIH por miedo a las consecuencias de resultar seropositivas. Temores similares pueden impedir que ciertas personas utilicen métodos de prevención para proteger a sus parejas de la infección. Los miembros de algunos grupos de población son más vulnerables a la discriminación, tanto dentro como fuera del contexto de la epidemia. Los efectos de esta discriminación también agudizan el impacto del VIH. Estos grupos incluyen a las mujeres, migrantes, refugiados, reclusos, personas desplazadas en el propio país, minorías étnicas, pobres y jóvenes.

En algunos países, los miembros de ciertos grupos son marginados jurídica y socialmente a causa de su comportamiento, como profesionales del sexo, personas que consumen drogas y hombres que tienen relaciones sexuales con hombres. La discriminación les

impide a menudo tener acceso a información, modalidades (preservativos y equipos limpios de inyección) y servicios (para infecciones de transmisión sexual y tuberculosis) de prevención del VIH. Esto, al igual que su comportamiento de riesgo, los hace altamente vulnerables a la infección por el VIH. Manual sobre el VIH y los Derechos Humanos para las Instituciones Nacionales de Derechos Humanos La responsabilidad exige que cada presidente y primer ministro, cada parlamentario y político, decida y declare que `Yo acabo con el Sida´.

Exige que refuercen la protección de todos los grupos vulnerables, sean personas que viven con el VIH, jóvenes, profesionales del sexo, usuarios de drogas inyectables u hombres que tienen relaciones sexuales con hombres. Exige que trabajen en estrecha colaboración con los grupos de la sociedad civil, que desempeñan un papel tan crucial en esta lucha. Kofi Annan, Secretario General de las Naciones Unidas Mensaje con motivo del Día Mundial del Sida, 1 de diciembre de 2006 Estigma El estigma puede entenderse como un “atributo `fuertemente deshonroso´ que posee una persona con una `diferencia no deseada.

El estigma se asocia con frecuencia a desinformación o un conocimiento inadecuado sobre el VIH y los modos de transmisión, o bien a juicios morales acerca de cómo se ha infectado una persona. Donde hay estigma es más probable que las personas que viven con el VIH no informen de su estado a los amigos y parientes cercanos, y pueden tener dificultades para tomar medidas que protejan a sus parejas. Las personas que sospechan que son VIH positivas pueden rehusar la prueba, el tratamiento y la asistencia.

La acción para reducir el estigma y la discriminación relacionados con el VIH es una puerta de entrada obvia para que las instituciones nacionales inicien o expandan su trabajo sobre el VIH. El diálogo y la consulta con las personas más afectadas son esenciales para

formular un programa de acción eficaz. Existen herramientas para medir y afrontar el estigma y la discriminación relacionados con el VIH.

3.2. Trabajo Social y la Intervención Profesional con personas que viven con VIH/SIDA.

Es en este campo de búsqueda de redes de apoyo, de solidaridad, así como de comprensión y humanidad, el Trabajo Social dirigen sus acciones hacia un campo pionero de donde se ha escrito muy poco desde el punto de vista social. y la El SIDA como enfermedad y fenómeno que afecta la sociedad en su conjunto, produce nuevas formas de organizarse para la convivencia social, y en particular nuevas formas de organización familiar; en esa producción social, es la estructura ocupacional distorsionada (la desocupación, la precariedad laboral) y la reorganización del trabajo la variable de mayor peso en este proceso de transformaciones micro sociales que acontecen en la vida cotidiana de las personas, teniendo al hogar y la familia como sus escenarios privilegiados.

Rescatar lo que hasta el momento se ha realizado nos obliga a considerar los métodos, los modelos y técnicas que dichas profesionales utilizan en la atención que se brinda a estas personas y sus familias. **MODELOS DE INTERVENCION EN TRABAJO SOCIAL CON PERSONAS VIH/SIDA Y SUS FAMILIAS** Trabajo social utiliza para su intervención los métodos clásicos de: - Caso (atención individualizada y/o familiar), grupo, comunidad y método básico (Hill, 1970 entre otros).

Esencialmente, su intervención la sustentan bajo los fundamentos planteados por los modelos terapéuticos, asistenciales y socioeducativos - promocionales, considerando a la vez las características y principales aportes diferentes de terapia familiar, como por

ejemplo, el estratégico, de validación y crecimiento y el enfoque estructural. El método constituye aquellos medios que facilitan la consecución de determinados objetivos, es decir, es el camino ordenado y sistemático que lleva a la práctica técnicas y procedimientos que permiten alcanzar fines determinados (FEEISS, 1971; Friedlander, 1969; Larousse, 1990).

Los métodos del Trabajo Social: Los métodos de intervención social utilizados por los y las profesionales en Trabajo Social con personas son cuatro:

El Método de Caso Social: El método de intervención utilizado por las trabajadoras sociales, principalmente en la atención de personas VIH/SIDA es el nominado Caso Social; entendiéndose éste como un servicio personal, que profesionales proporcionan a individuos o familias, que requieren asistencia profesional para resolver un problema de carácter material o emocional y ayudar de esta forma a que las personas alcancen su máximo de bienestar. La trabajadora social realiza su trabajo sobre la mutua confianza, de manera que se facilite y fortalezca la capacidad de la persona o personas para hacer frente al problema, logrando con esto un ajuste con el ambiente en el que se desarrolla (Casas, 1993). Este método posibilita estudiar a nivel individual y familiar, conductas humanas con el fin de interpretar, descubrir y encausar fortalezas y/o debilidades de las personas con el fin de lograr un ajuste o adaptación de las mismas al medio según sus necesidades (Castellanos, 1984).

Método de Grupo: Molina (1994:109) lo define como el “Método que comparte los conocimientos, propósitos, valores y sensaciones de la profesión y se distingue de los otros dos métodos ya que el grupo como tal muestra la unidad principal a través de la cual

se presta el servicio. Representando una forma de prestar ayuda a individuos dentro y por medio de un grupo pequeño de esta manera es el completo y medio de tratamiento.

Trata de lograr un cambio en las personas que experimentan dificultades en el desempeño de sus roles”. El método de grupo es una forma de organización que permite una mayor y eficiente utilización de los recursos humanos y/o materiales, a partir de la planificación, la coordinación y la cooperación. El término designa un conjunto de personas que se organizan hacia el cumplimiento de uno o varios objetivos, lo que implica un vínculo, una organización y un objetivo en común. Los grupos pueden tener un carácter terapéutico, promocional, comunitario o asistencial (Castillo, 1993).

Método de Comunidad: Este método busca “promover el desarrollo sano y equilibrado mediante la acción local. Es un proceso destinado a crear condiciones de progreso económico y social para toda la comunidad, con la participación activa de ésta y la mayor confianza posible de su iniciativa” (Molina, 1994: 126) A la vez facilita la promoción, el mejoramiento y rehabilitación de los miembros de las comunidades, para lo que se requiere de un diagnóstico preliminar de necesidades, que permita implementar eventualmente un posible plan de acción (Castellanos, 1984; Friedlander, 1968). Se fundamenta principalmente en (Molina, 1994):

El Método Básico o Integrado: El método básico o integrado es el camino que se sigue para alcanzar un fin propuesto sea este de conocimiento, investigación, programas y ejecución. Este permite un modo de acercarse a la realidad (Molina, 1995). Se encuentran en este método, aportes de Natalio Kisnerman, Ezequiel Ander Egg y otros. Este método se fundamenta en el análisis de las ventajas y desventajas de los otros métodos de Trabajo Social mencionados anteriormente. Se plantea a partir de la experiencia de las personas que integran determinada comunidad (es), integrando al ser humano como sujeto (a)

activo (a), con una toma de posición política, solidaria con el fin de modificar su realidad. Para ello, este método plantea para él o la profesional, un compromiso con las comunidades, con las (os) actoras (es) y una militancia en lo profesional; o sea, es tomar posición activa en el proceso (Molina, 1994).

Por otro lado, el método básico plantea una revisión a fondo del contenido de la profesión, con el fin de ajustar y definir a los y las profesionales dentro de la realidad cambiante (FEEISS, 1973). Se ubica dentro de este método el modelo de alfabetización y concientización de Paulo Freire, donde el ser humano es concebido como "cuerpo consciente" que mantiene relación con el mundo. "En esta relación la subjetividad y la objetividad forman una relación dialéctica en la que se genera un conocer solidario con el actuar y viceversa" (Molina, 1994: 144). Para Paulo Freire la educación debe ser liberadora y facilitar la toma de conciencia del individuo (a) que resulta de la confrontación con el mundo, o sea, de su realidad cotidiana (Freire, 1973).

Se plantea como relevante la relación de ambos (as) participantes (educador(a) - educando (a), siendo estos objetos cognoscentes del entorno, en donde la praxis es valorada como una reflexión solidaria, generadora de acciones problematizadoras del medio en que se desenvuelven como producto de trabajo de acción para la transformación (Freire, 1973).

Este método de alfabetización plantea el término de concientización, como un "despertar de la conciencia, es un cambio de mentalidad que implica comprender realista y correctamente la ubicación de las personas en la naturaleza y la sociedad; considerando la capacidad de analizar críticamente sus causas y consecuencias, estableciendo comparaciones con otras situaciones o posibilidades mediante acciones eficaces y transformadoras (Freire, 1973). Es por lo tanto una reflexión y una acción que transforma la realidad por medio de la acción de los hombre y de las mujeres en su realidad cotidiana.

3.2.1. Modelos de Intervención con Familias en el Contexto del VIH/SIDA

Se entenderá por modelo, aquella unidad de aspectos teóricos, metodológicos, funcionales y filosóficos en función de variables identificadas y relacionadas directamente con los atributos que caracterizan determinada práctica (Hill, 1970). Es el conjunto de principios de acción relativos a un campo definido de fenómenos o experiencias; brinda algunas disposiciones y/o justificaciones de orden general sobre las razones por las que se utilizan determinados principios; especificando los fines a que sirven los métodos y técnicas que se emplean y precisa asimismo las condiciones del medio en el cual se puede hacer el uso más preciso y/o correcto de los principios de acción (Lutz, 1970).

Molina (1995) clasifica los modelos en Trabajo Social en tres tipos, cada uno de los cuales representa un enfoque de intervención:

1. **Terapéutico:** Se caracteriza principalmente por el manejo de las relaciones y de los procesos comunicativos que generan conflicto entre el sujeto individual o colectivo y su ambiente. Procura promover cambios en el sistema afectado con el fin de recobrar el relativo equilibrio necesario para el desarrollo individual, familiar y grupal que se aspira que sea posible. La intervención en crisis, el manejo del estrés, la interpretación de los componentes y las interacciones de la situación problemática, la orientación para descubrir los puntos que originan la situación objeto de intervención, son algunas de las situaciones que configuran la intervención terapéutica.” (Molina, 1995:9).
2. **Asistencial:** Prevé un subsidio financiero y/o material, o bien consiste en dar información y orientación a quienes plantean carencias en lo referente a la satisfacción de necesidades vitales o contingentes y que para una eventual solución se requiere de una acción institucional inmediata. (Molina, 1995) El origen de esta

acción social se sustenta en el esfuerzo voluntario de grupos organizados para atender los problemas de pobreza, la "caridad" a través de la dádiva o regalía, era utilizada por las organizaciones laicas. El asistencialismo es una de las actividades sociales que históricamente han desarrollado las clases dominantes para "paliar" la pobreza generada a raíz de las relaciones de poder y explotación. La labor asistencial surge no solo por iniciativa de los sectores dominantes sino también por la presión ejercida por los sectores populares, para satisfacer sus necesidades y que a la vez era utilizada como un medio para mantener la paz social del régimen establecido (Molina, 1994).

Es importante hacer la diferencia entre lo que se llama asistencialismo y práctica asistencial. El primero conlleva al desarrollo de actividades o "provisión de servicios" como fórmula para solucionar los problemas sociales.

La práctica asistencial por otro lado debe asumirse como derecho inalienable de acciones inmediatas ante la urgencia de satisfacer necesidades de un pueblo explotado dentro de un marco de igualdad, de justicia social y de derecho humano (Molina, 1994).

Lo asistencial es un mecanismo que opera en dos sentidos: (Molina, 1994:3)

- Acción compensatoria y de control social que muestra la fase "humanitaria" del capitalismo que también coopta los esfuerzos populares.
- Como derecho de la ciudadanía y como garantías buscadas por la población.
- Socioeducativo-promocional: Consiste en una acción educativa de información y educación, a partir de problemas significativos para los actores y actoras involucradas.

Molina (1995:8) agrega que "Mediante procesos de concientización, de capacitación, de movilización de recursos, personales grupales, comunales e institucionales, así como la reconstrucción de redes y alianzas de solidaridad, los actores (as) construyen su realidad y configuran estrategias de acción orientadas a participar en la toma de

decisiones, para contribuir a transformar su realidad y con ello aspirar a una calidad de vida”.

- La promoción social dentro de este modelo constituye un "conjunto de acciones encaminadas a lograr que sectores de población logren una mejor calidad de vida." Molina, 1994:98) apoyado en acciones de movilización de recursos externos como internos de concientización, desarrollo de conocimientos, habilidades, y destrezas que les facilite a las personas participar efectivamente en el proceso de toma de decisiones, lograr el acceso a los servicios, organizarse según intereses colectivos. enfrentar problemas, reorientar y fortalecer esfuerzos para obtener una mejor calidad de vida y promover un desarrollo con equidad (Molina, 1994:99).

Los métodos y enfoques antes descritos, se materializan en modelos de intervención que pretenden atender problemáticas específicas. Es importante mencionar que el enfoque asistencial y terapéutico priva en la atención de personas VIH/SIDA y sus familias, ya que la intervención debe responder en primera instancia a necesidades de orden material, emocional y de información. Si bien en el ámbito terapéutico existe una multiplicidad de modelos de atención, como son el modelo de validación y crecimiento, el estructural y el estratégico, que se explicarán a continuación los que se emplean mayormente en la atención de personas con enfermedades terminales y sus familias (Entrevistas : Guell, Pérez, Jiménez, 1996).

Modelo Estratégico: Sus principales exponentes son Jay Haley, Milton Erickson, Paul Watzlawich. Estos autores le dan énfasis al problema y al cómo las personas tratan de darle solución al mismo. La terapia se inicia con lo que está ocurriendo y a partir de ahí se diseña un enfoque particular para cada problema (Casas, 1993).

Este tipo de terapia, según Haley, se caracteriza por:

- Una terapeuta activa que interviene en las secuencias de los cambios de comportamiento y de las relaciones sociales.
- El o la terapeuta se centra en el problema y su abordaje se orienta a una meta, donde el método es secundario, debiendo crearse una intervención particular según las características de cada problema (Haley, 1993).

Esta forma de intervención focaliza el síntoma, o sea en la situación problema por lo que la familia consulta. Para el autor el problema debe entenderse como "un tipo de conducta que forma parte de una secuencia de actos entre varias personas. Para Virginia Sátor la autoestima es crucial porque es el valor que posee cada persona de sí misma. Esta puede encontrarse alta o baja y es precisamente en la autoestima donde se centra la mayor parte del trabajo con la persona para que se mantenga o aumente funcionalmente (Casas, 1993).

La autora nos habla de dos tipos de familia: la nutricia y la conflictiva.

La primera permite el crecimiento de sus miembros ya que posee reglas flexibles, o guías, autoestima alta y la comunicación es funcional para fomentar el crecimiento de la persona (Sátor, 1983). En las familias conflictivas la autoestima es baja, las reglas son rígidas, la comunicación es cerrada o difusa. Además, en este tipo de familias se fomenta en sus miembros una pobre imagen de sí mismos y no les permite correr riesgos para su crecimiento personal e intelectual. Virginia Satir trabaja con modelos de comunicación que permite identificar y modificar la comunicación existente en el núcleo familiar. El o la terapeuta es una persona que sugiere recursos y crea un ambiente en el cual la gente toma el riesgo de verse así mismos de manera clara y objetiva (Casas, 1993).

Modelo Estructural: Salvador Minuchin es el principal exponente de este enfoque. Concibe al sujeto como miembro de un grupo social, que desarrolla interacciones con otros miembros para determinar así su comportamiento. "Este tipo de modelo permite

analizar la interacción que se da entre los miembros de la familia y el medio; además, posibilita estudiar el proceso de incorporación de una persona VIH/SIDA a la misma. Salvador Minuchin (1990) menciona, dentro de este enfoque, la TERAPIA FAMILIAR SISTEMICA es un cuerpo de teoría y técnicas que estudian al individuo en su contexto social.” La terapia basada en este marco de referencia intenta modificar la organización de la familia.

Cuando se transforma la estructura del grupo familiar, se modifican consecuentemente las posiciones de los miembros en ese grupo. Como resultado de ello, se modifican las experiencias de cada individuo. Las diversas teorías de la terapia familiar se basan en el hecho de que la persona no es un ser aislado, sino un miembro activo y reactivo de grupos sociales. Lo que experimenta como real depende de elementos tanto internos como externos" (Minuchin, S., 1990:20). La terapia familiar sistémica se sustenta en los siguientes axiomas:

El individuo no es un ser aislado ni reacciona al contexto mecánicamente, más bien mantiene una interacción con el medio, es decir, la persona está inmersa en un grupo social (la familia) al cual debe adaptarse y que determina sus acciones. Asimismo las acciones de éste van a afectar al grupo familiar.

El segundo axioma, parte de que en la terapia familiar "los cambios de una estructura familiar contribuyen a la producción de modificaciones en la conducta y en los procesos psíquicos internos de los miembros de ese sistema" (Minuchin. S.; 1990:31).

El último axioma plantea que él o la terapeuta no es ajeno (a) al sistema, ya que pasa a formar parte de la familia para facilitar la modificación de las estructuras. La TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA tiene como objetivo principal, facilitar la modificación de las

estructuras de la familia en su proceso de cambio. Por lo tanto, resulta necesario recurrir a técnicas que alteran el contexto inmediato de las personas de tal modo que sus posiciones cambian. Al cambiar la relación entre una persona y el contexto familiar en el que se mueve se modifica consecuentemente su experiencia subjetiva"(Minuchin. S., 1990:36). Esto supone de antemano desarrollar formas alternativas de interacción de un sistema. Siguiendo a Minuchin (1992-1995) para realizar el diagnóstico de un sistema familiar, es importante considerar:

- a. La estructura familiar, subsistemas, pautas transaccionales preferidas y alternativas disponibles.
- b. Flexibilidad del sistema, capacidad de elaboración y modificación, como por ejemplo la modificación de alianzas y subsistemas ante situaciones diferentes.
- c. Examinar la resonancia del sistema familiar. El grado de sensibilidad del sistema ante acciones individuales de los miembros. Esto implica evaluar la flexibilidad de las fronteras entre los subsistemas, para ubicar a la familia en el continuo. Aspecto Normal Límites Difusos -- Límites Rígidos l Límites Claros.
- d. Examinar el contexto de vida de la familia, determinar fuentes de apoyo y diestrés en la vida cotidiana.
- e. Examinar "el estado de desarrollo de la familia y su rendimiento en las tareas apropiadas a este estadio" (Minuchin, 1990:193)
- f. Explorar las formas en que los síntomas del paciente identificado son utilizados, para el mantenimiento de las pautas referidas de la familia.
- g. El impacto del terapeuta sobre la familia forma parte del diagnóstico. La introducción del terapeuta constituye en sí misma una intervención masiva.

No puede observar a la familia y realizar un diagnóstico desde “afuera”. Esta conceptualización general de los principales términos sobre los cuales se sustenta el estudio, facilita a los lectores comprender la dimensión de la investigación, la importancia de la misma y hacia donde se dirigen los esfuerzos de las investigadoras.

LA EFECTIVIDAD DE LOS MODELOS DE INTERVENCIÓN EN TRABAJO SOCIAL Valorar la efectividad de un programa, proyecto o bien considerar la efectividad de los modelos de intervención de Trabajo Social que es el trabajo de interés, implica determinar si los resultados obtenidos con dicha intervención producen el impacto social deseado; éste último entendido como los cambios observados que pueden ser atribuidos a la intervención realizada y que pueden darse en tres niveles principalmente: (Pichardo,1991)

- Los destinatarios
- Las instituciones u organizaciones involucradas

El medio social donde se desarrolló el trabajo

En este sentido interesa determinar hasta qué punto los resultados obtenidos se deben a la naturaleza y características de los modelos de intervención utilizados para la atención de personas VIH/SIDA y cuál es la incidencia del medio social en el cual se ejecutó. Los elementos fundamentales que pueden utilizarse para evaluar la efectividad de "los modelos de intervención" son (Pichardo, 1991):

PRIORIDAD: Consiste en determinar hasta qué punto las acciones que se realizan, son necesarias para el cumplimiento de los objetivos propuestos en la intervención.

ADECUACION: Trata de determinar a la luz de los resultados obtenidos durante la intervención, si el tipo y características de la misma, eran los más apropiados para el logro de los objetivos buscados.

EFICACIA: Permite determinar el grado de cumplimiento de los objetivos previstos.

EFICIENCIA: Involucra lo relativo a la calidad de los bienes producidos y/o de los servicios prestados en el marco de la intervención. La efectividad de los modelos de intervención utilizados en la atención de personas VIH/SIDA, pueden clasificarse en cuatro tipos:(Pichardo, 1991)

CONCRETOS: Relativos al aporte real y efectivo de las acciones realizadas en el contexto de la intervención y del problema que dio origen a la misma.

PROCESALES: En cuanto fomenta condiciones más favorables para enfrentar el problema (s) que dio origen a la intervención. Por ejemplo, mayor desarrollo en los 86 www.ts.ucr.ac.cr niveles de conciencia y búsqueda de opciones para satisfacer necesidades sentidas por la población de estudio.

DEMOSTRATIVOS: Tiene relación con la puesta en práctica de iniciativas de desarrollo, consideradas como experiencias de tipo piloto. La validación, reformulación o invalidación de éstas, constituye un punto de partida para futuras intervenciones.

MULTIPLICADORES: Referidos a la capacidad adquirida y/o desarrollada por los profesionales en el campo de la atención de pacientes VIH/SIDA para reproducir y transmitir las experiencias adquiridas con la intervención. Para efecto del presente estudio es de nuestro interés, considerar los efectos procesales, demostrativos y multiplicadores

de la intervención que realizan profesionales en el área de Trabajo Social, para la atención de personas VIH/SIDA.

IMPORTANCIA DEL TRABAJO SOCIAL CON FAMILIAS DESDE UN PUNTO DE VISTA SISTÉMICO. "Raramente se encuentra una persona dedicada al servicio social de casos individuales cuyos puntos de vista sobre la familia, a veces conservadores, otros radicales, no se vayan modificando profundamente al contacto con las realidades que le revela su trabajo... Si los (las) Trabajadores (as) Sociales se interesan por la familia, no es por ésta institución en sí, sino por el bienestar del individuo y de la sociedad". (Richmond, 1977:119) La familia dentro de los procesos de cambio que exigen las sociedades modernas tiene un papel fundamental, ya que aparte de constituirse como el eje central de las mismas, es en ellas que el proceso de desarrollo de un país se hace efectivo, mediante el crecimiento y estímulo de sus miembros.

Si analizamos distintos conceptos de familia como por ejemplo el del enfoque estructuralista vemos que la misma es considerada como: "El conjunto de elementos (personas con lazos consanguíneos) que interactúan entre sí (relacionados efectiva, económica, moral, espiritualmente, etc.) planeada su orientación hacia una o varias metas, teniendo como el fin principal la plena realización como persona de cada uno de sus miembros."

Sistema abierto que interactúa con un sistema físico natural, "su sistema sociocultural y un sistema político - económico, con el ambiente que lo supera". La familia aparte de ser una institución social, se constituye como tal en el agente principal que puede impulsar cambios que resultan necesarios para enfrentar los problemas y/o enfermedades de las sociedades contemporáneas.

La familia tiene dos funciones muy importantes "Uno es interno que tiene que ver con la protección psico-social de sus miembros; y el otro que es el externo y se refiere a la acomodación a una cultura y transmisión de la misma" (Minuchin, 1990:78) Dentro del trabajo con familias es importante recalcar la influencia que ha tenido el enfoque sistémico en el quehacer del Trabajo Social". "El mayor mérito reside en la descripción de los sistemas para constituirse en metodología con reglas de acción para acercarse a lo relacional e interaccional". (Caballero, 1991 pág11) Los siguientes principios de la Teoría General de Sistemas, formulada por Bertalanffy (1930), aportan elementos importantes para el análisis, descripción y relación de las dinámicas de los sistemas familiares: (Caballero, 1991 pág 12)

Totalidad: Cualquier objeto o hecho real es una totalidad formada a su vez por totalidades. La familia como sistema es una totalidad, sus miembros son una totalidad en sí mismos pero, a la vez en interrelación conforman un todo superior que lo hace distinto de otros sistemas familiares.

Organización: Está dada por la red de interacciones entre los elementos de un sistema. Cada uno de los miembros de la familia tiene una función que se articula con los otros, interactuando en una red de relaciones, logrando una coherencia interna que se retroalimenta mutuamente y que se reconoce como la ESTRUCTURA, que a su vez se organiza siguiendo un estricto orden jerárquico.

Equifinalidad: A la situación actual de un sistema se puede llegar por distintas posibilidades, por distintas alternativas y puntos de partida, para obtener el mismo fin. Así determinada realidad familiar puede generarse por distintos factores.

Transformación y Equilibrio: El sistema abierto intercambia permanentemente información, energía y constantemente vive procesos de construcción y destrucción en busca del equilibrio estable. Debe entenderse entonces que la familia como organismo permanente busca nuevos estímulos y posibilidades para enfrentar las distintas transiciones en su desarrollo, moviéndose en un continuum de cambio y estabilidad y viceversa.

Causalidad Circular: Cualquier cambio en alguno de sus elementos influencia los demás elementos del sistema. Los miembros de la familia se influyen y afectan mutuamente en el proceso de convivencia y el movimiento o cambio de cualquiera de ellos incide en la dinámica particular de cada uno y al conjunto en general.

Es en este contexto que se busca entender a la familia que como sistema básico de convivencia, desempeña un papel protagónico en la sociedad para la búsqueda de las transformaciones necesarias que requiere la actualidad, "Corresponde entonces al Trabajador Social entender su papel como un dinamizador de procesos y situaciones familiares que hace parte de un sistema relacional conformado por el grupo familiar- el contexto social- el Trabajador Social, en donde el grupo familiar y/o cualquier subsistema de este, sería a su vez un subsistema del sistema relacional al igual que el contexto y el Trabajador Social". (Caballero, 1991:14).

El rol profesional en el trabajo con familias implica, concebir a la familia como un sistema dentro de un contexto más amplio que la define y a la vez la ayuda a definir, noción que siempre se ha manejado dentro del Trabajo Social, pero que debería complementarse asumiéndose el compromiso de entender que dicho sistema con sus subsistemas son actores de sus propios procesos y por tanto responsables de la cotidianidad, del cambio

y la evolución, de sus formas de relación y por ende de su manera de proyectarse. (Caballero, 1991).

Por otra parte, la complejidad de las sociedades modernas y por ende la apertura a nuevos campos de acción que requieren de intervención (como es el caso de la intervención en personas VIH/SIDA) obliga a los profesionales a desarrollar líneas de acción comunitarias que den respuesta a dichos problemas y en si al momento actual: "Un desarrollo orientado hacia la satisfacción de las necesidades humanas no puede, por definición, estructurarse de arriba hacia abajo.

No puede imponerse por ley ni por decreto. Solo puede emanar directamente de las acciones, aspiraciones y conciencia creativa y crítica de los propios actores sociales que, de ser tradicionalmente objetos de desarrollo, pasan a asumir su rol protagónico de sujetos. El rescate de la diversidad es el mejor camino para estimular los potenciales creativos y sinérgicos que existen en la sociedad" (Manfred,1986:30).

Por lo tanto, el Trabajador Social por la naturaleza misma de su trabajo debe idear estrategias que le permitan dinamizar procesos integrales para dar respuesta a las demandas actuales, mediante el manejo de metodologías que le permitan aproximarse a individuos, grupos y/o comunidades, orientadas esencialmente a mejorar la calidad de vida de los seres humanos que requieren de su intervención para alcanzar el bienestar social al que aspiramos todos.

3.2.2. Experiencias con Pacientes Diagnosticados con VIH/SIDA Atendidos en el Albergue de María.

La experiencia que se vive a diario con la población que atiende el Albergue de María no es nada fácil, hace más o menos 2 años cuando se empezó el interés en el estudio que las

personas afectadas eran adultas, hoy día tenemos una población muy joven sufriendo a causa del VIH/SIDA tanto así que las defunciones de menores de edad se está incrementando.

A diario escuchamos relatos y testimonios de personas que han sido víctimas de esta pandemia, experiencias estas que conmueven, asustan y a la vez nos instan a conocer más del tema para poder enfrentar y aportar de manera profesional a la disminución de esta enfermedad. En el abordaje de la temática nos encontramos experiencias Como esta donde el sujeto adquiere información sobre la infección.

Desde que los inicios de la enfermedad y aun en la actualidad existen los relatos o los testimonios lo que muchos llaman “la calle”, la experiencia de vida e incluso el haberse vinculado con personas que tuvieron su diagnóstico positivo o fallecieron por sida por falta de información o conocimiento del tema.

Sin embargo, las personas más jóvenes (de 18 a 35 años), en cambio, han crecido en una época en la que abundan las fuentes de información relativamente confiables (medios masivos, Internet, redes sociales) y en la que, aunque de manera dispar, la formación en salud sexual está más sistematizada (mediante contenidos en las escuelas, otros programas estatales, presencia en algunos medios de comunicación, etcétera). “Yo hice todo mi secundario o gran parte de la secundaria en un colegio público, entonces, cuando hablábamos de educación sexual era básicamente muy cerrada, muy cerrada y hasta contradictoria.

No trabajábamos sobre la educación sexual para evitar eso, no para evitarlo, digamos, para aprender y creo que la única charla que nos dieron sobre educación sexual y droga, mezclaron las dos cosas juntas, fue en quinto año y la dieron por separado, los nenes por

un lado y las nenas por otro. Mi generación, la de la clase 1975, no es una generación educada sexualmente, educada en el sentido desde la enseñanza, desde que mis padres me dijeron: mira, pasó tal cosa, se hace así, tienes que cuidarte de esta manera'. Nunca me dijo mi papá: 'Mira', o tal cosa, o tal otra, ¿entendiste?'" (Carlos, 39 años).

Otro eje que estructura los discursos y experiencias en torno al VIH y al sida se nutre de esta brecha generacional. Es posible identificar paradigmas de creencias y valores divergentes e incluso contrapuestos, especialmente en lo que respecta a los guiones sexuales. Una escucha atenta a estos valores en disputa y/o en transición, a estos códigos que no se comparten, permite entender las lecturas condenatorias que una generación – quienes ya no se definen como jóvenes.

“Las generaciones comparten códigos, pero también se diferencian de otras generaciones, y al coexistir en el interior de un mismo grupo social, las diferencias generacionales se expresan, frecuentemente, bajo la forma de dificultades y ruidos que alteran la comunicación y, a veces, ¿Qué piensan y hacen las personas ante el VIH y el sida? Entre las personas encuestadas mayores de 40 años, esta brecha generacional se codifica en un discurso adulto céntrico que asocia la adolescencia y la juventud actual a comportamientos sexuales que juzgan riesgosos: iniciación sexual a una edad considerada precoz, mayor cantidad de parejas sexuales, tiempos de relación que creen cortos o “acelerados” antes de o para tener relaciones sexuales, la expresión “quemar etapas” es usada por varias personas de esta edad para resumir su percepción del comportamiento de las y los adolescentes.

CAPÍTULO IV
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

4.1. Análisis de los Datos Obtenidos

Característica generales de la Población

Debido a la importancia que representa el impacto del poco apoyo que reciben las personas que viven con VIH/SIDA atendidas en el Albergue de María, provincia de Colón representamos los resultados de la encuesta realizada a la población.

Las áreas de análisis e interpretación de los datos serán las siguientes:

- Características generales de la población.
- Fuente y conocimiento del tema.
- Percepción de la población frente a la enfermedad.
- Actitud que asumió la familia al conocer el diagnóstico de VIH/SIDA.

Características generales de la población VIH/SIDA.

De acuerdo a las 383 encuestas realizadas a los pacientes que viven con VIH/SIDA atendidos en los diferentes programas que desarrolla el Albergue de María, se pudo determinar que el 43% es masculino y el 56% femenino.

4.1.1. Sexo

Sexo es la condición orgánica que distingue a los hombres de las mujeres o bien a las (hembras de los machos). Es el conjunto de características biológicas, físicas, fisiológicas y anatómicas que definen a los seres humanos como hombre y mujer y a los animales como (hembras y machos). El sexo no se elige ya que es una construcción determinada por la naturaleza, que viene dada desde el nacimiento.

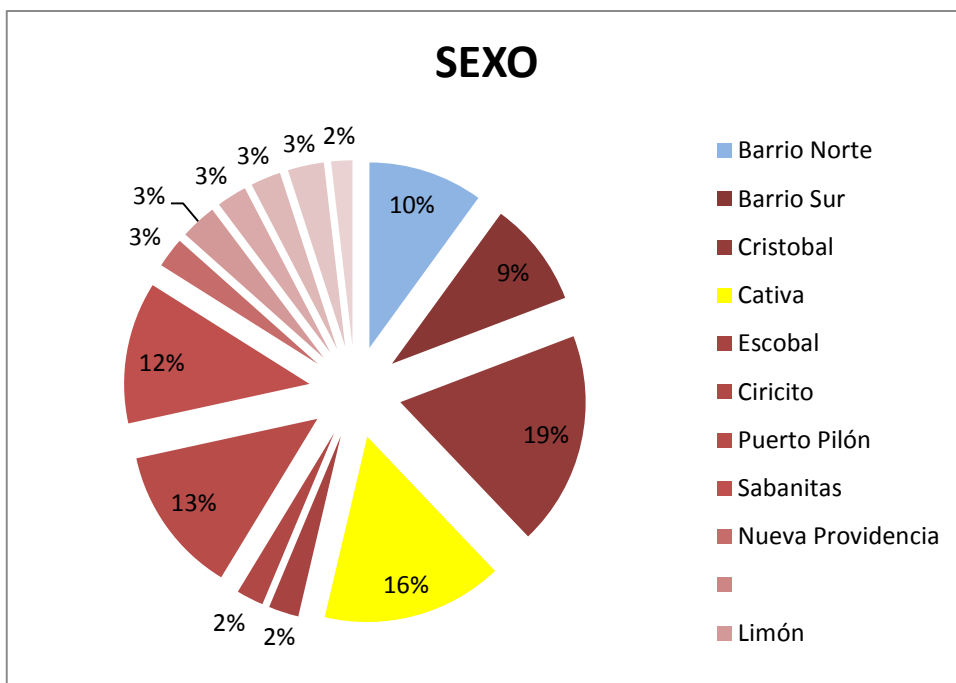
Cuadro #1

Sexo de los pacientes que viven con VIH/SIDA atendidos en el Albergue de María y que cuentan con poco apoyo familiar.

CUADRO N° 1

Lugar de residencia	Número
Total	383
Barrio Norte	38
Barrio Sur	35
Cristóbal	71
Cativa	60
Escobal	10
Ciricito	9
Puerto Pilón	49
Sabanitas	47
Nueva Providencia	10
Limón	12
Buenas Vista	15
Salamanca	10
Nuevo San Juan	12
Santa Rosa	5

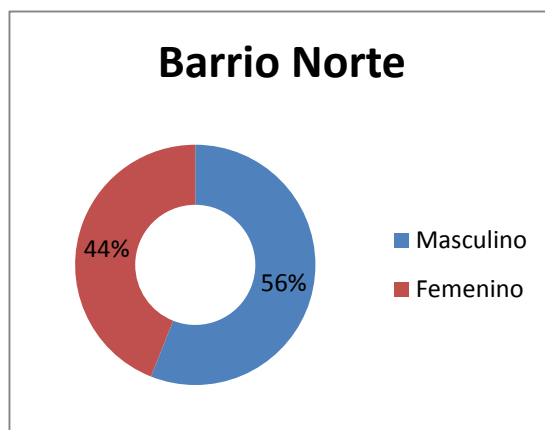
Grafica N°1



Fuente encuesta aplicada a los pacientes que viven con VIH/SIDA atendidos en los diferentes programas que ofrece el Albergue de María, provincia de Colón

CUADRO N° 2 -Barrio Norte

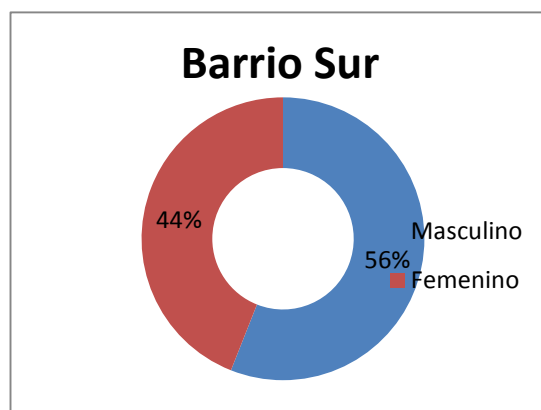
Sexo	Número	Porcentaje
Total	35	100%
Masculino	14	56%
Femenino	11	44%



Grafica N°2

Barrio Sur -Cuadro #3

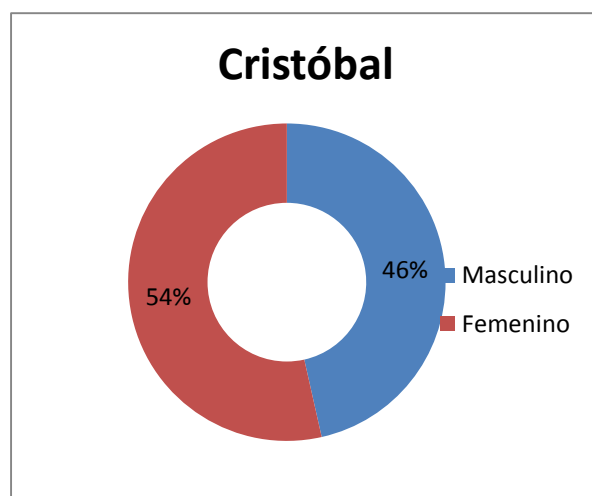
Sexo	Número	Porcentaje
Total	35	100%
Masculino	14	56%
Femenino	11	44%



Grafica N°3

Cristóbal - Cuadro #4

Sexo	Número	Porcentaje
Total	71	100%
Masculino	33	46%
Femenino	38	54%



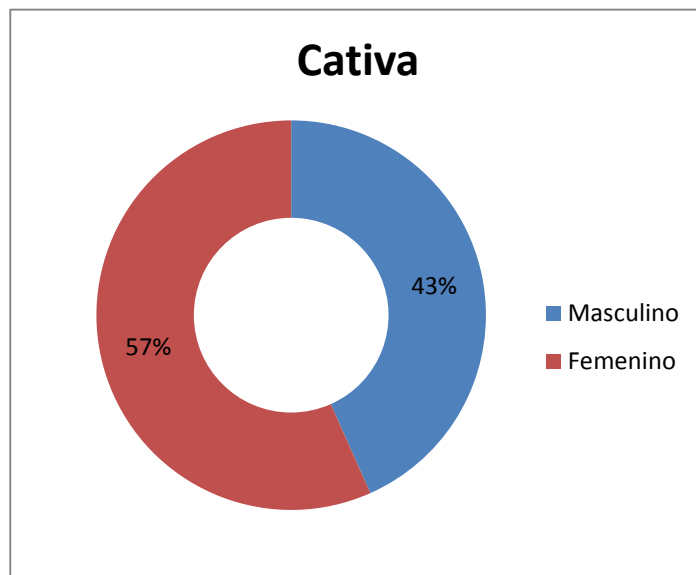
Grafica N°4

Fuente encuesta aplicada a los pacientes que viven con VIH/SIDA atendidos en los diferentes programas que ofrece el Albergue de María, provincia de Colón

Cativa - Cuadro #5

Sexo	Número	Porcentaje
Total	60	100%
Masculino	26	43%
Femenino	34	57%

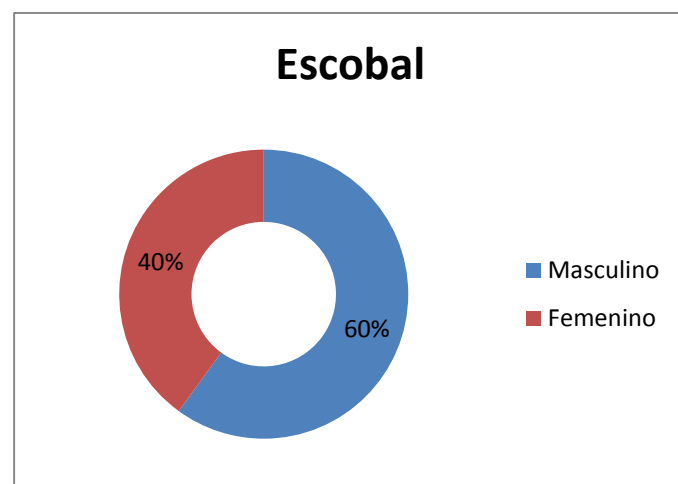
Grafica N°5



Cuadro N°6 Escobal

Sexo	Número	Porcentaje
Total	10	100%
Masculino	6	60%
Femenino	4	40%

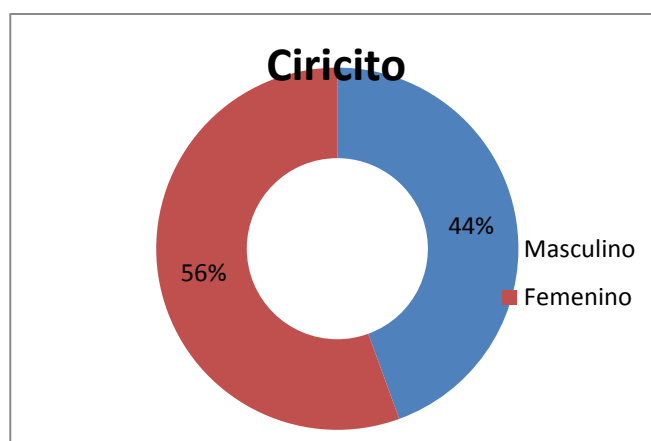
Grafica N°6



Cuadro #7 Ciricito

Sexo	Número	Porcentaje
Total	9	100%
Masculino	4	44%
Femenino	5	56%

Grafica N°7

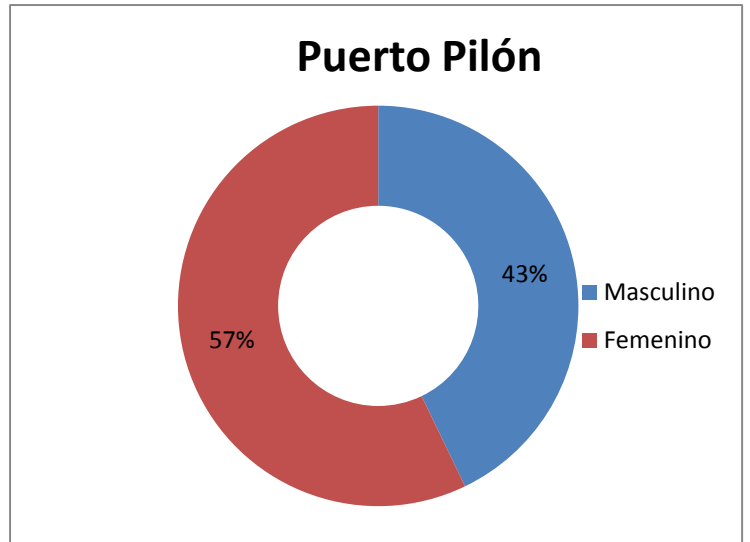


Fuente encuesta aplicada a los pacientes que viven con VIH/SIDA atendidos en los diferentes programas que ofrece el Albergue de María, provincia de Colón

Puerto Pilón - Cuadro #8

Sexo	Número	Porcentaje
Total	49	100%
Masculino	21	43%
Femenino	28	57%

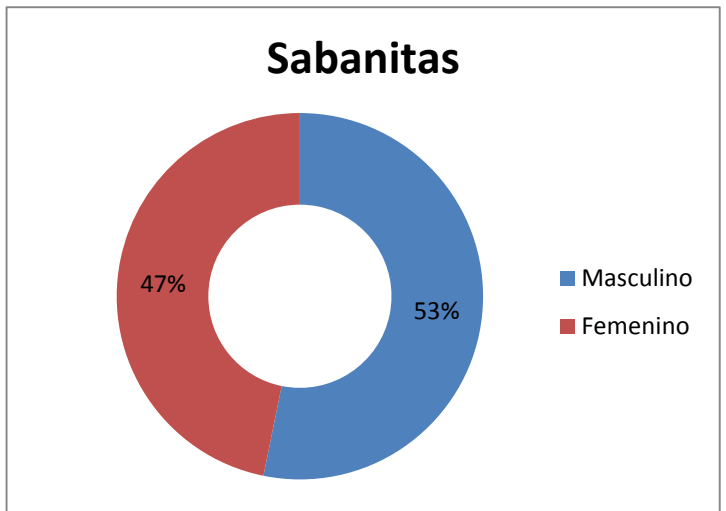
Grafica N°8



Sabanitas - Cuadro #9

Sexo	Número	Porcentaje
Total	47	100%
Masculino	25	53%
Femenino	22	47%

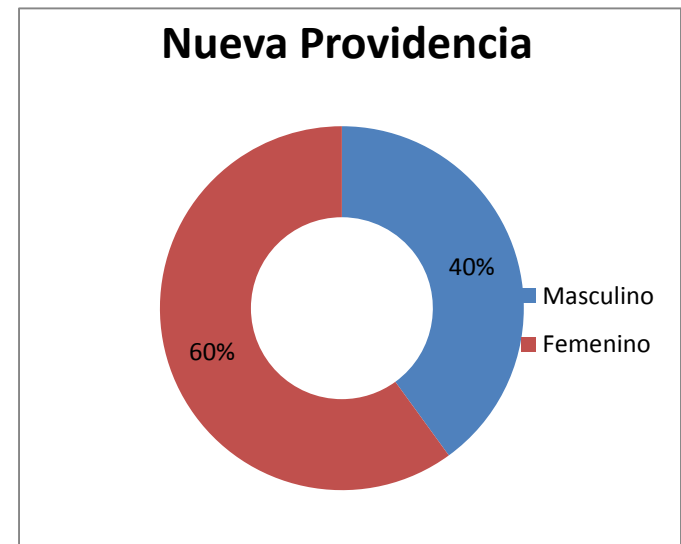
Grafica N°9



Nueva Providencia- Cuadro #10

Sexo	Número	Porcentaje
Total	10	100%
Masculino	4	40%
Femenino	6	60%

Grafica N°10

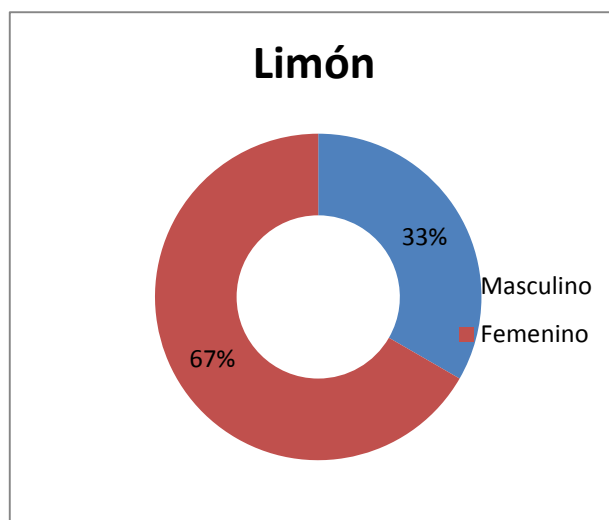


Fuente encuesta aplicada a los pacientes que viven con VIH/SIDA atendidos en los diferentes programas que ofrece el Albergue de María, provincia de Colón

Limón - Cuadro #11

Sexo	Número	Porcentaje
Total	12	100%
Masculino	4	33%
Femenino	8	67%

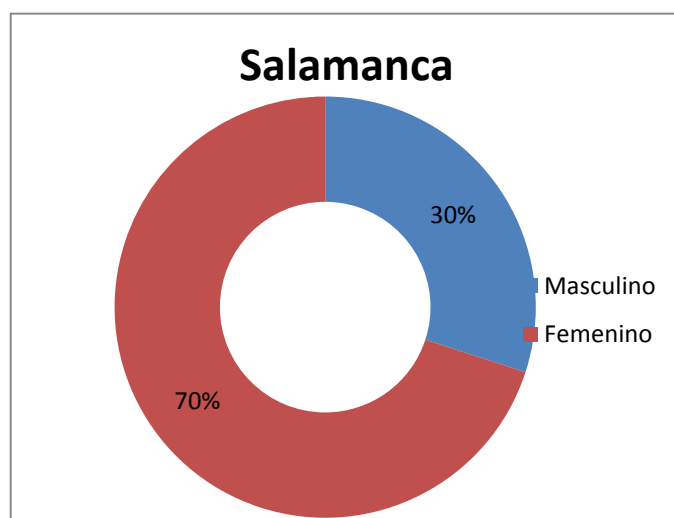
Grafica N°11



Salamanca - Cuadro #12

Sexo	Número	Porcentaje
Total	10	100%
Masculino	3	30%
Femenino	7	70%

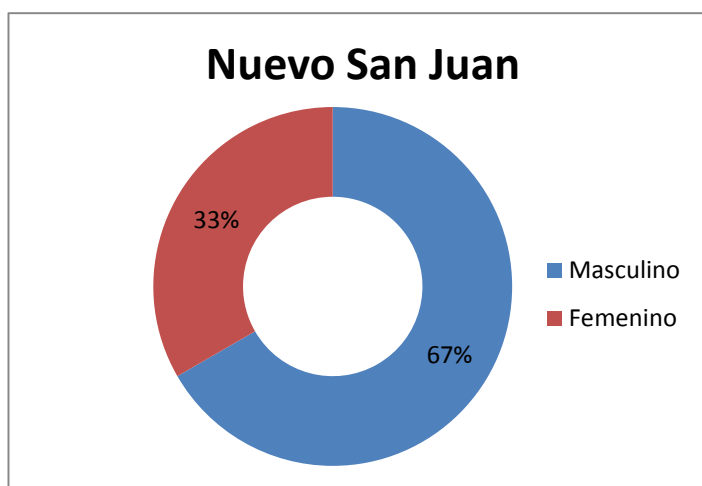
Grafica N°12



Nuevo San Juan - Cuadro #13

Sexo	Número	Porcentaje
Total	12	100%
Masculino	8	67%
Femenino	4	33%

Grafica N°13

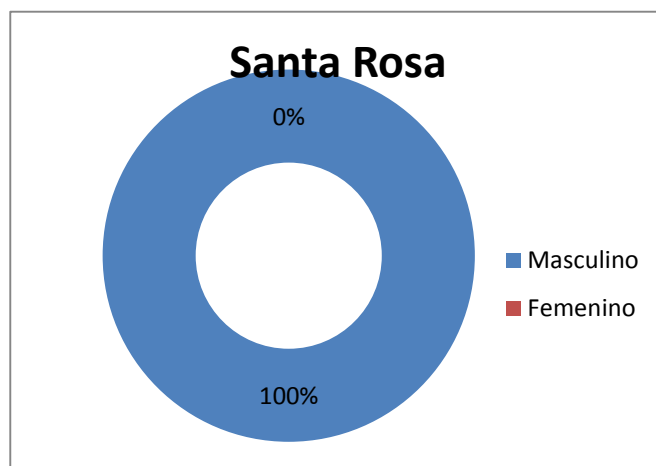


Fuente encuesta aplicada a los pacientes que viven con VIH/SIDA atendidos en los diferentes programas que ofrece el Albergue de María, provincia de Colón

Santa Rosa -Cuadro #14

Sexo	Número	Porcentaje
Total	5	100%
Masculino	5	100%
Femenino	0	0%

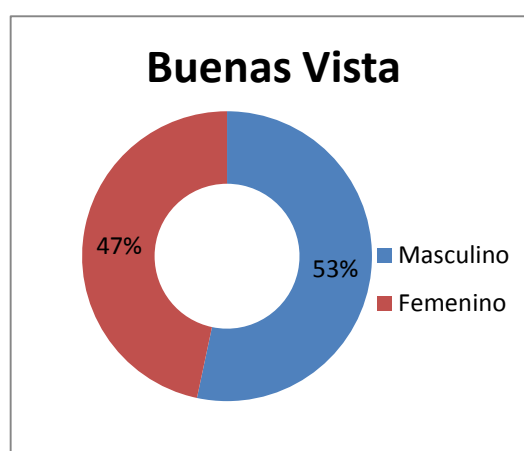
Grafica N°14



Buena Vista - Cuadro #15

Sexo	Número	Porcentaje
Total	15	100%
Masculino	8	53%
Femenino	7	47%

Grafica N°15



Fuente encuesta aplicada a los pacientes que viven con VIH/SIDA atendidos en los diferentes programas que ofrece el Albergue de María, provincia de Colón.

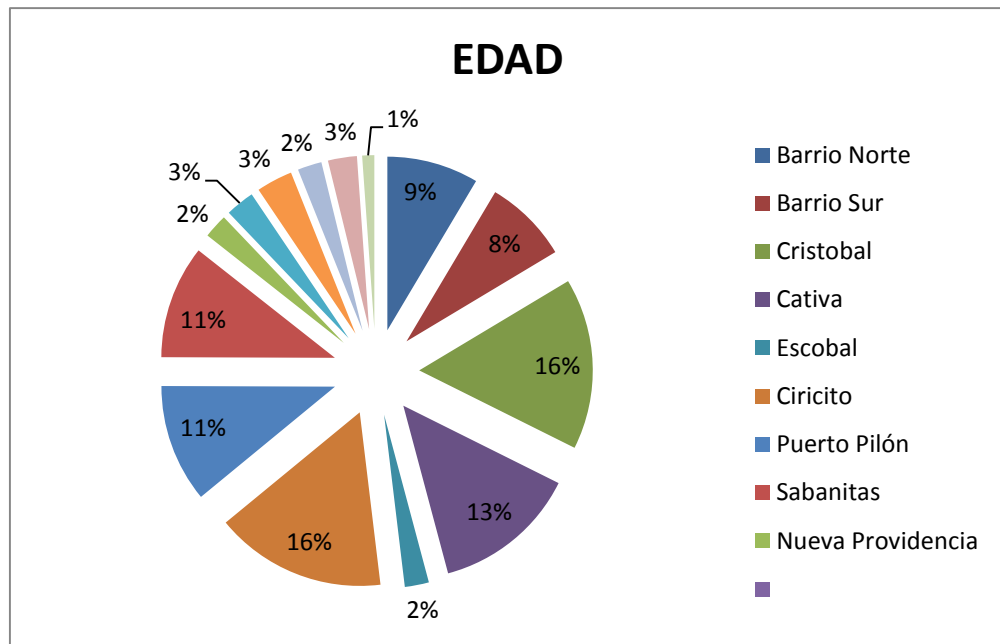
En los pacientes que viven con VIH/SIDA atendidos en el Albergue de María provincia de Colón hay una variante en el impacto del poco apoyo familiar, según la encuesta realizada, indica que el sexo femenino tiene el porcentaje más alto definido por el 56.1% y el sexo masculino refleja el 43.8%.

4.1.2. Edad

Se define como el tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo, en esta parte del estudio se busca conocer la edad de los pacientes que viven con VIH/ SIDA atendidos en el Albergue de María, provincia de Colón.

CUADRO N° 16 EDAD

Lugar de residencia	Número
Total	383
Barrio Norte	38
Barrio Sur	35
Cristóbal	71
Cativá	60
Escobal	10
Ciricito	9
Puerto Pílon	49
Sabanitas	47
Nueva Providencia	10
Limón	12
Buena Vista	15
Salamanca	10
Nuevo San Juan	12
Santa Rosa	5

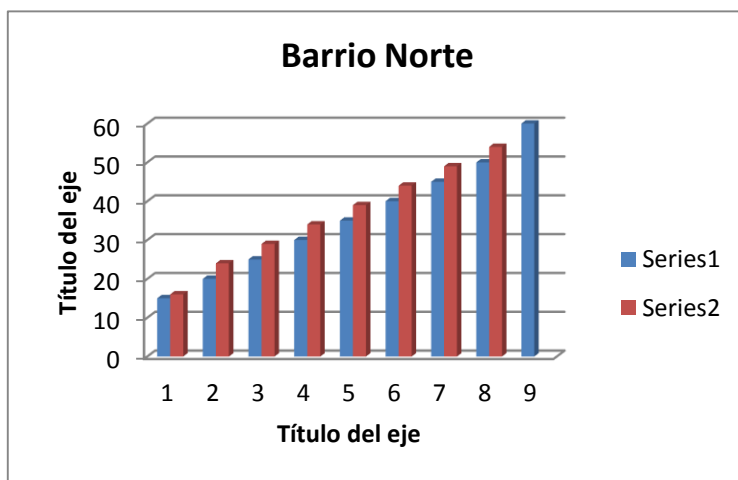


Grafica N°16

Fuente: Encuesta social aplicada a los pacientes que viven con VIH/SIDA atendidos en los diferentes programas que desarrolla el Albergue de María, provincial de Colón.

Cuadro #17- Barrió Norte 38

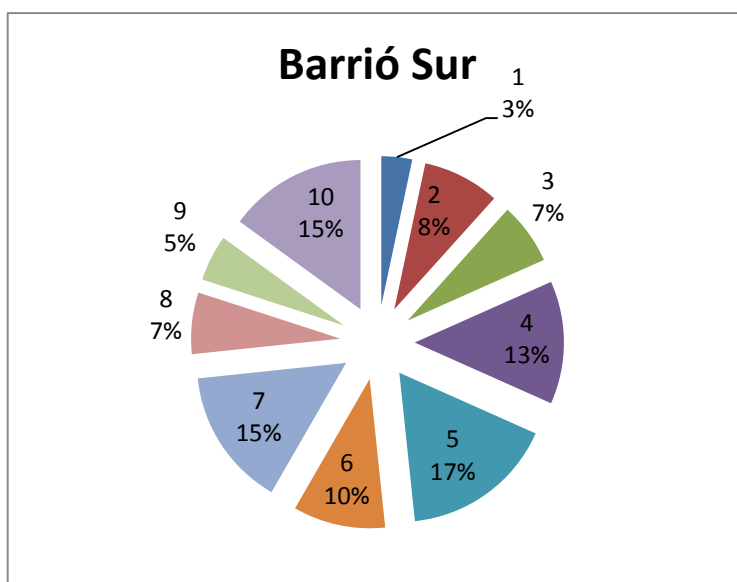
Edad	Número
15-19	8
20-24	2-10
25-29	2-12
30-34	2-14
35-39	5-19
40-44	4-23
45-49	5-28
50-54	3
60 y más	7



Grafica N°17

Cuadro #18 - Barrió Sur 35

Edad	Número
15-19	2
20-24	5-7
25-29	3-10
30-34	5-15
35-39	4-19
40-44	3-21
45-49	2-23
50-54	5-28
55-59	2-30
60 y más	5-35

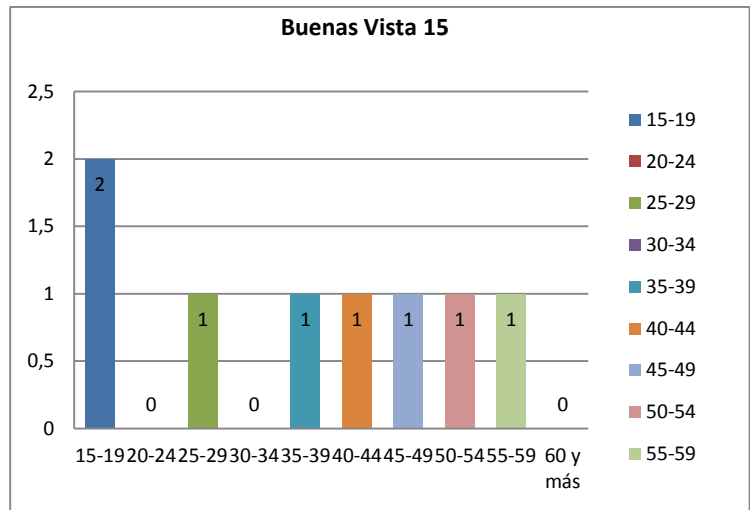


Grafica N°18

Fuente encuesta aplicada a los pacientes que viven con VIH/SIDA atendidos en los diferentes programas que ofrece el Albergue de María, provincia de Colón

Cuadro #19 - Buenas Vista 15

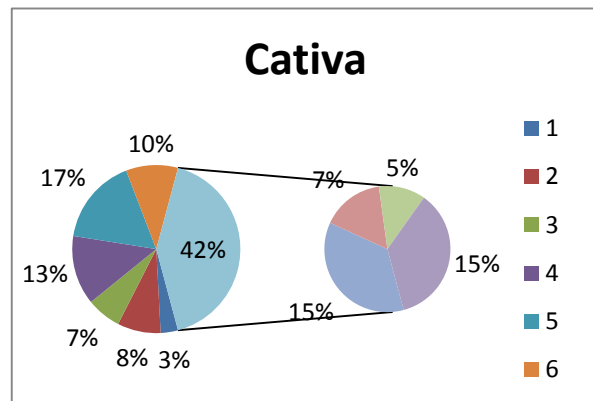
Edad	Número
15-19	2
20-24	2-4
25-29	1
30-34	2-9
35-39	1
40-44	1
45-49	1
50-54	1
55-59	1
60 y más	1-15



Grafica N°19

Cuadro #20 - Cativa 60

Edad	Número
15-19	2
20-24	5-7
25-29	4-11
30-34	8-19
35-39	10-29
40-44	6-35
45-49	9-44
50-54	4-48
55-59	3-51
60 y más	9-60

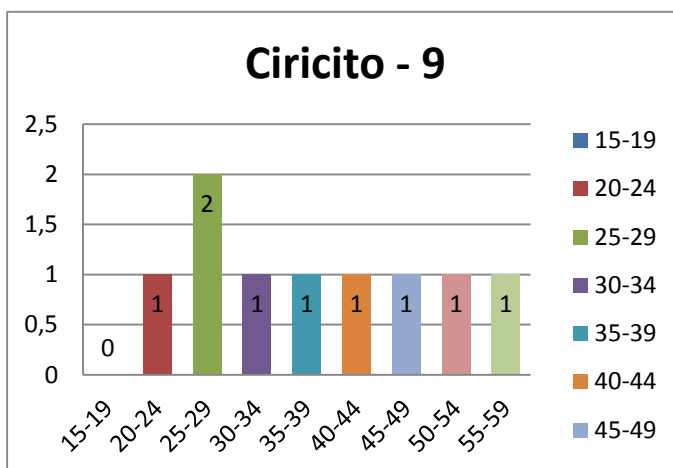


Grafica N°20

Fuente encuesta aplicada a los pacientes que viven con VIH/SIDA atendidos en los diferentes programas que ofrece el Albergue de María, provincia de Colón

Cuadro #20 - Ciricito – 9

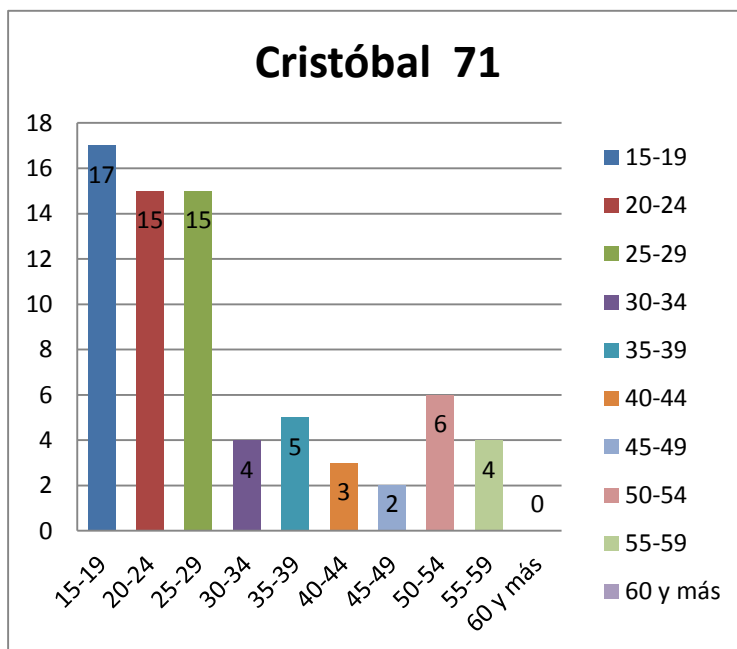
Edad	Número
15-19	0
20-24	1
25-29	2
30-34	1
35-39	1
40-44	1
45-49	1
50-54	1
55-59	1
60 y más	1—9



Grafica N°21

Cuadro #21 - Cristóbal 71

Edad	Número
15-19	17
20-24	15
25-29	15
30-34	4
35-39	5
40-44	3
45-49	2
50-54	6
55-59	4
60 y más	0-71

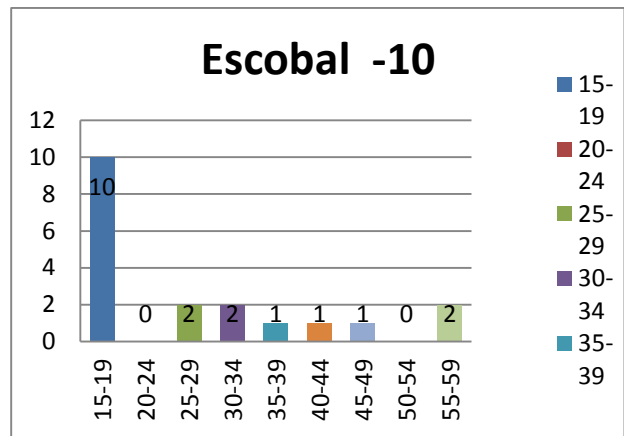


Grafica N°22

Fuente encuesta aplicada a los pacientes que viven con VIH/SIDA atendidos en los diferentes programas que ofrece el Albergue de María, provincia de Colón

Cuadro #22 - Escobal -10

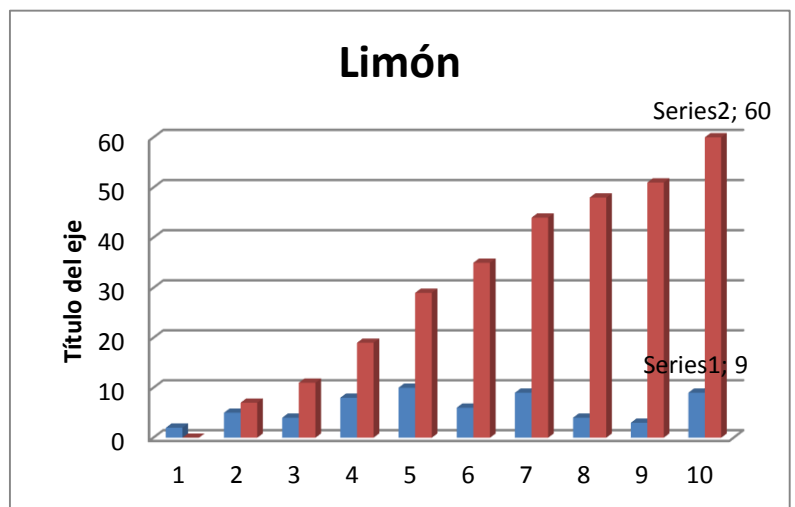
Edad	Número
15-19	10
20-24	0
25-29	2
30-34	2
35-39	1
40-44	1
45-49	1
50-54	0
55-59	2
60 y más	0 - 10



Grafica N°23

Cuadro #23- Limón 12-

Edad	Número
15-19	2
20-24	1-3
25-29	2-5
30-34	2-8
35-39	1-9
40-44	1-10
45-49	1-11
50-54	-
55-59	1
60 y más	1-12

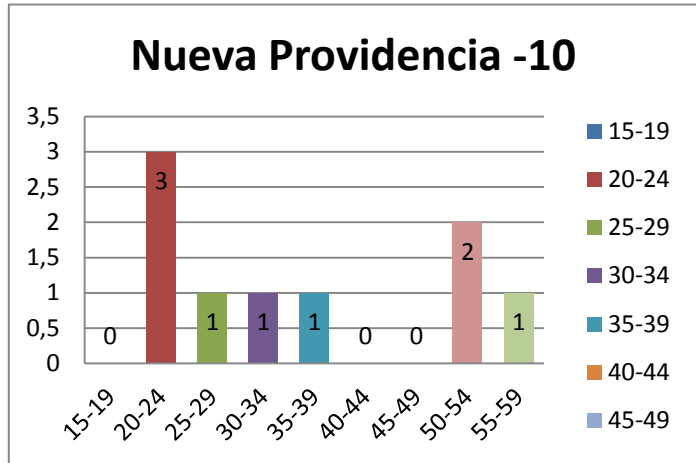


Grafica N°24

Fuente encuesta aplicada a los pacientes que viven con VIH/SIDA atendidos en los diferentes programas que ofrece el Albergue de María, provincia de Colón

Nueva Providencia -10 Cuadro #24

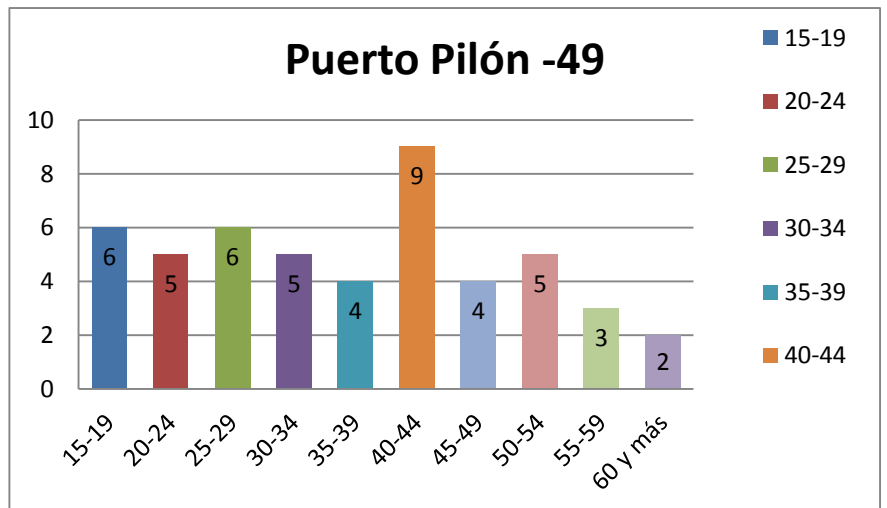
Edad	Número
15-19	0
20-24	3
25-29	1
30-34	1
35-39	1
40-44	0
45-49	0
50-54	2
55-59	1
60 y más	1-10



Grafica N°25

Puerto Pilón -49 Cuadro #25

Edad	Número
15-19	6
20-24	5
25-29	6
30-34	5
35-39	4
40-44	9
45-49	4
50-54	5
55-59	3
60 y más	2

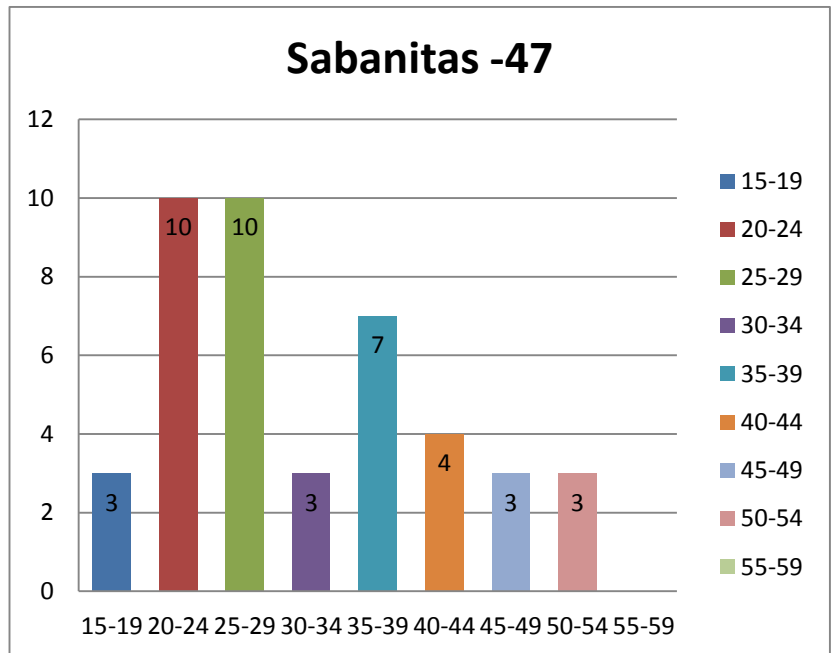


Grafica N°26

Fuente encuesta aplicada a los pacientes que viven con VIH/SIDA atendidos en los diferentes programas que ofrece el Albergue de María, provincia de Colón

Sabanitas -47 Cuadro #26

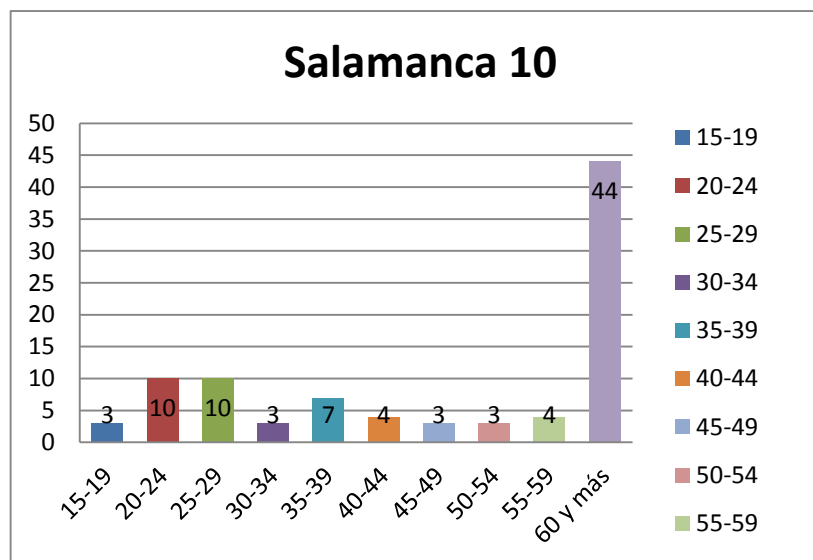
Edad	Número
15-19	3
20-24	10
25-29	10
30-34	3
35-39	7
40-44	4
45-49	3
50-54	3
55-59	
60 y más	4-47



Salamanca 10 Cuadro #27

Edad	Número
15-19	3
20-24	10
25-29	10
30-34	3
35-39	7
40-44	4
45-49	3
50-54	3
55-59	4
60 y más	44

Grafica N°27

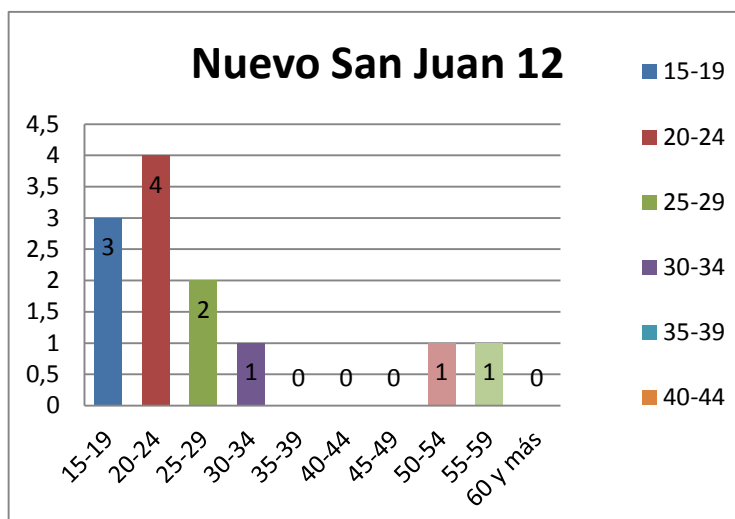


Grafica N°28

Fuente encuesta aplicada a los pacientes que viven con VIH/SIDA atendidos en los diferentes programas que ofrece el Albergue de María, provincia de Colón

Nuevo San Juan 12 Cuadro #28

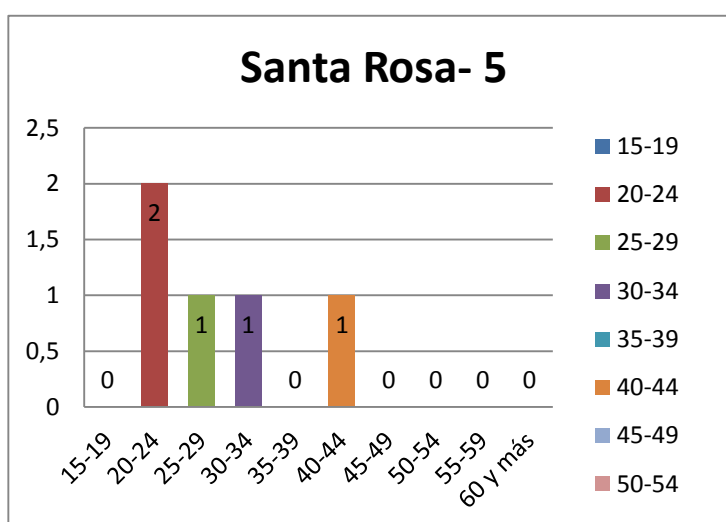
Edad	Número
15-19	3
20-24	4
25-29	2
30-34	1
35-39	0
40-44	0
45-49	0
50-54	1
55-59	1
60 y más	0-12



Grafica N°29

Santa Rosa- 5 Cuadro #29

Edad	Número
15-19	0
20-24	2
25-29	1
30-34	1
35-39	0
40-44	1
45-49	0
50-54	0
55-59	0
60 y más	0-5



Grafica N°30

Las edades de los pacientes que viven con VIH/SIDA, impactados por el poco apoyo familiar encuestados en los diferentes programas que se desarrollan en el Albergue de María, provincia de Colón.

Se expone la distribución de rango de edades que oscilan de 15 a 60 años y más , en el cual podemos señalar que las edades de las personas encuestadas en relación al poco apoyo familiar se representa el mayor porcentaje en las edades de 20 a 24 con un porcentaje de 20.8% respectivamente.

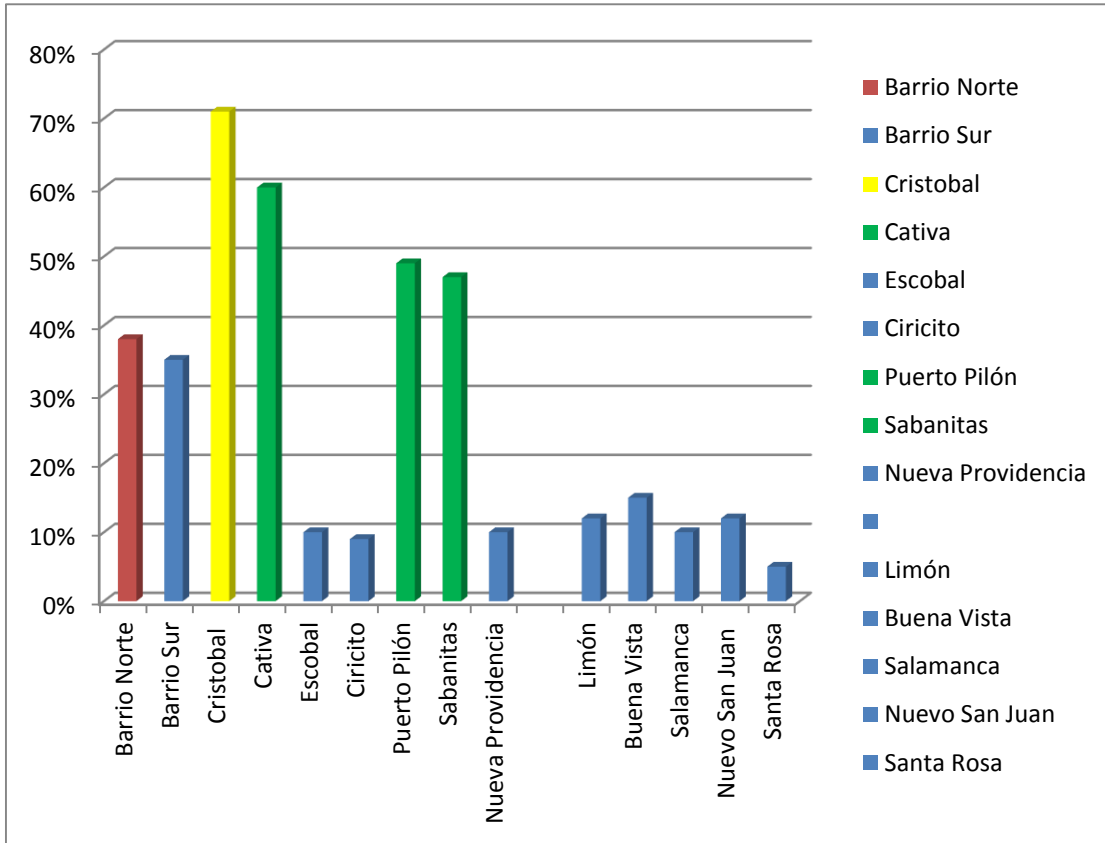
4.1.3. Lugar de Residencia.

Hace referencia al lugar en que la persona vive, ha estado y tiene la intención de permanecer por algún tiempo, permite a otras personas conocer la localidad en la que viven las personas.

Cuadro n°30 Domicilio

Lugar de residencia	Número	Porcentaje
Total	383	100
Barrio norte	38	4.5
Barrio Sur	35	9.1
Buena Vista	15	3.9
Cativá	60	15.6
Ciricito	9	2.3
Cristóbal	71	18.5
Escobar	10	2.6
Limón	12	3.1
Nueva Providencia	10	2.6
Puerto Pilón	49	12.8
Sabanitas	47	12.3
Salamanca	10	2.6
Nuevo San Juan	12	3.1
Santa Rosa	5	1.3

Fuente: encuesta social aplicada a femeninas y masculinos que se atienden en los diferentes programas que se desarrollan en el Albergue de María, provincia de Colón



Grafica N°31

La población total encuestada fueron 383 personas, procedentes de 14 corregimientos de la provincia de Colón atendidos en el Albergue de María.

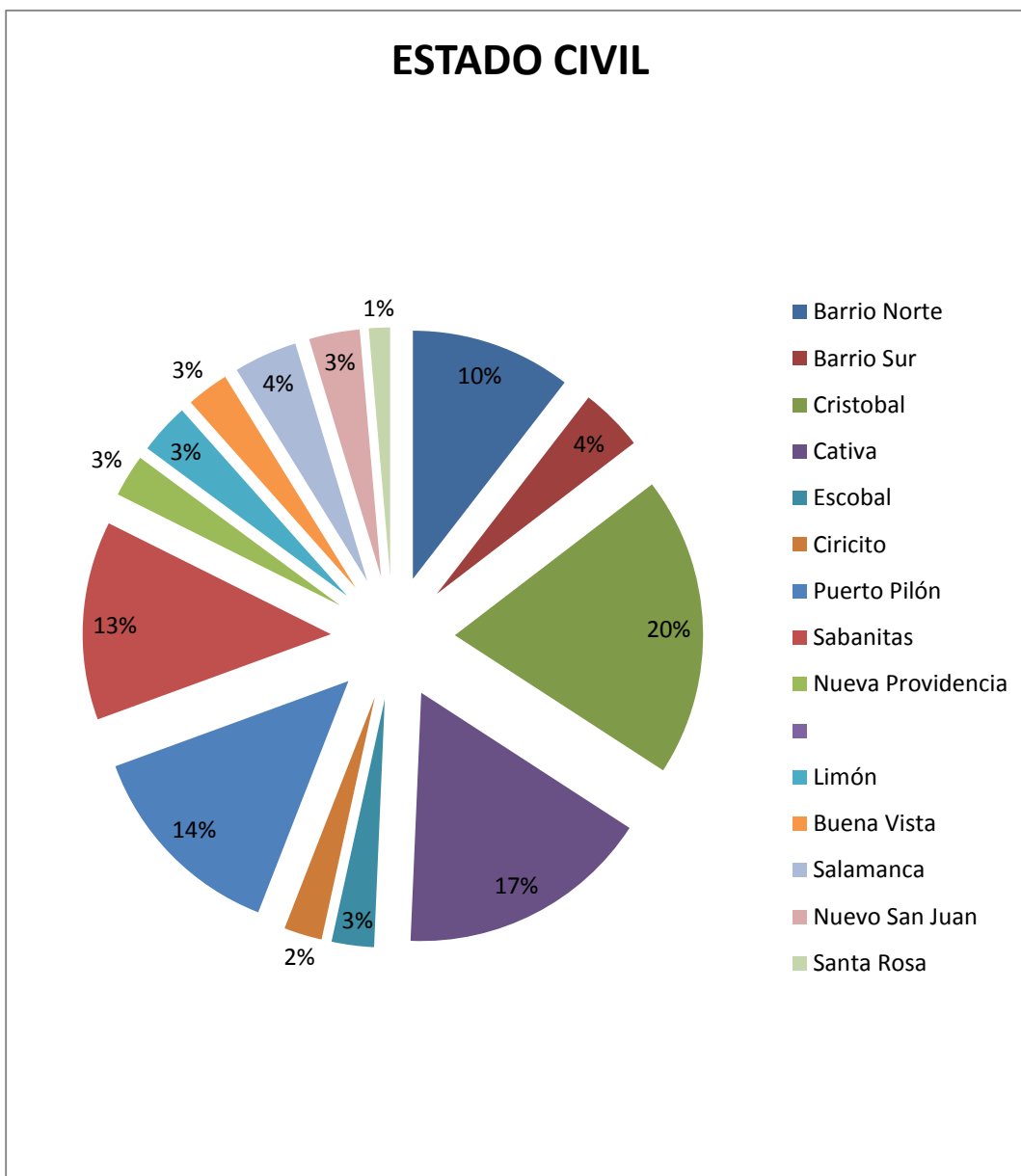
4.1.4. Estado Civil

El estado civil es la condición de una persona según el registro civil, en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto, igualmente es el conjunto de las circunstancias personales que determinan los derechos y obligaciones de las personas.

Cuadro N°31 Estado Civil

Lugar de residencia	Número
Total	363
Barrio norte	38
Barrio Sur	15
Buena Vista	71
Cativá	60
Ciricito	10
Cristóbal	9
Escobar	49
Limón	47
Nueva Providencia	10
Puerto Pílon	12
Sabanitas	10
Salamanca	15
Nuevo San Juan	12
Santa Rosa	5

Fuente: encuesta social aplicada a femininas y masculinos que se atienden en los diferentes programas que se desarrollan en el Albergue de María, provincia de Colón

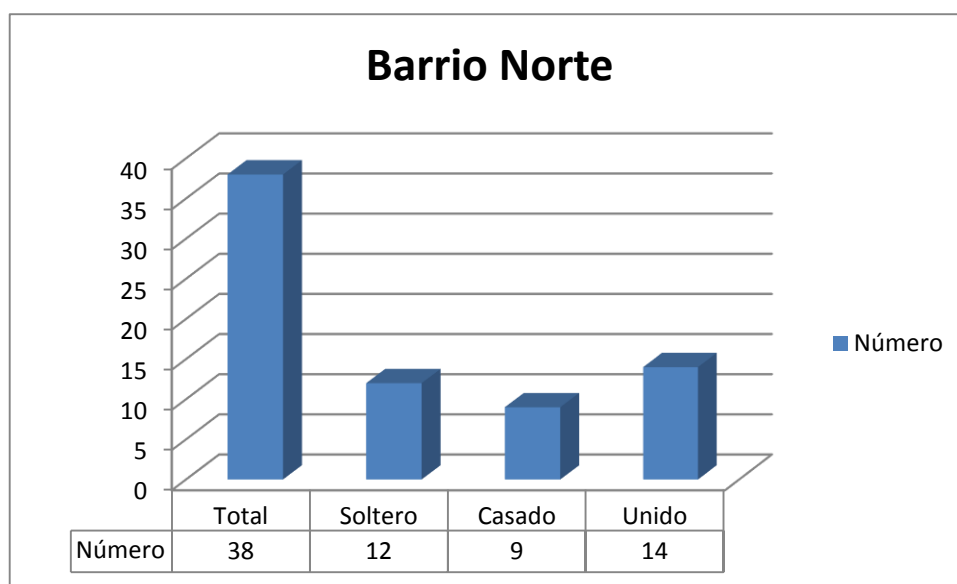


Grafica N°32

Estado civil de los pacientes atendidos en los diferentes programas que desarrolla el Albergue de María, provincia de Colón- corregimiento de Barrio Norte

Cuadro # 32 - Corregimiento de Barrio Norte

Estado Civil	Número	Porcentaje
Total	38	100
Soltero	12	31.5
Casado	9	23.6
Unido	14	36.8



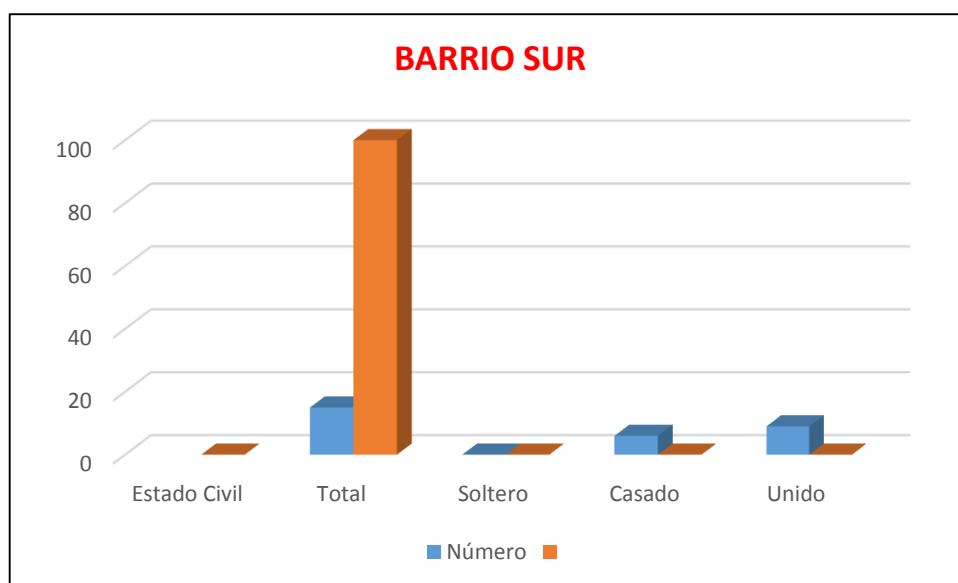
Grafica N°33

Fuente: encuesta social, aplicada a pacientes atendidos en los diferentes programas que se desarrollan en el Albergue de María, provincia de Colón.

Estos resultados nos indican que en 35 encuestados pertenecientes al corregimiento de Barrio Norte, el estado civil de la población encuestada de 15 a 60 años y más refleja para el estado civil unido el 40% respectivamente.

Cuadro #33 - Barrio Sur

Estado Civil	Número	Porcentaje
Total	15	100
Soltero	0	0
Casado	6	17.1
Unido	9	25.7



Grafica N°34

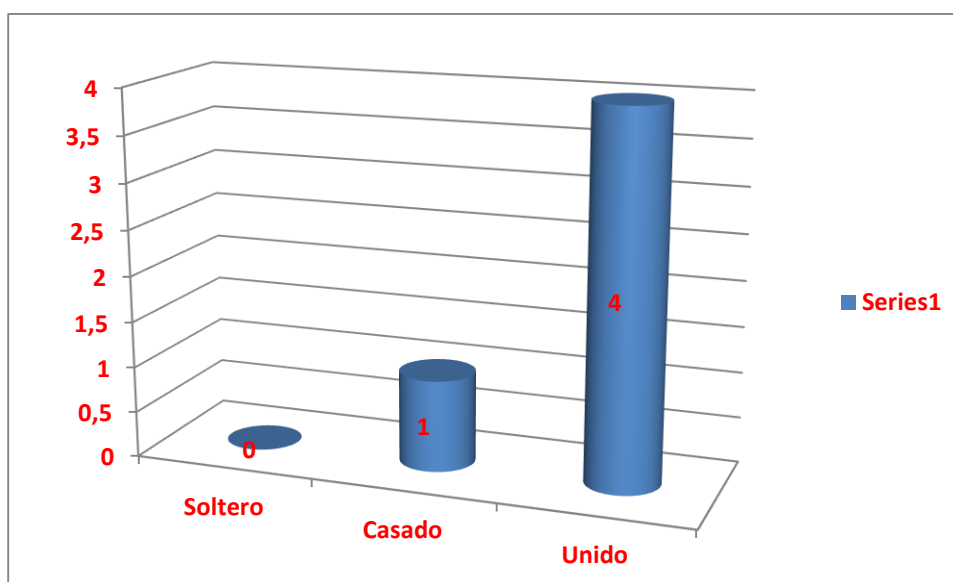
Estado civil de los pacientes atendidos en los diferentes programas que desarrolla el Albergue de María, provincia de Colón- corregimiento de Barrio Sur.

Corregimiento de Buena Vista

Estado civil de los pacientes atendidos en los diferentes programas que desarrolla el Albergue de María, provincia de Colón, corregimiento de Buena Vista

Buena Vista Cuadro # 34

Estado Civil	Número	Porcentaje
Total	15	100
Soltero	0	0
Casado	6	40
Unido	9	60



Grafica N°35

Fuente: encuesta social, aplicada a pacientes atendidos en los diferentes programas que se desarrollan en el Albergue de María, provincia de Colón.

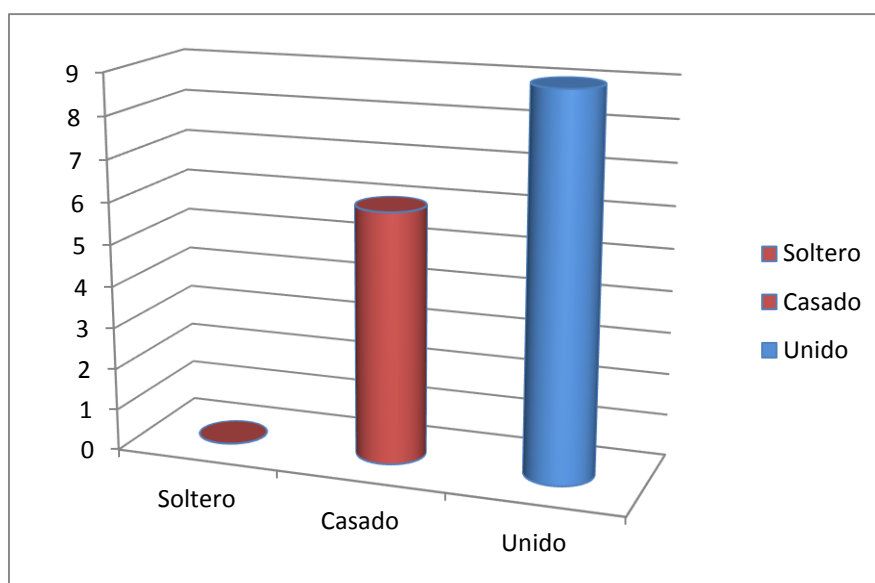
Estos resultados nos indican que en 35 encuestados pertenecientes al corregimiento de Buena Vista, el estado civil de la población encuestada de 15 a 60 años y más refleja para el estado civil unido el 60% respectivamente.

Corregimiento de Cativá

Estado civil de los pacientes atendidos en los diferentes programas que desarrolla el Albergue de María, provincia de Colón, corregimiento de Cativá.

Cativá Cuadro # 35

Estado Civil	Número	Porcentaje
Total	60	100
Soltero	5	8.3
Casado	20	33.3
Unido	35	58.3



Gráfica N°36

Fuente: encuesta social, aplicada a pacientes atendidos en los diferentes programas que se desarrollan en el Albergue de María, provincia de Colón.

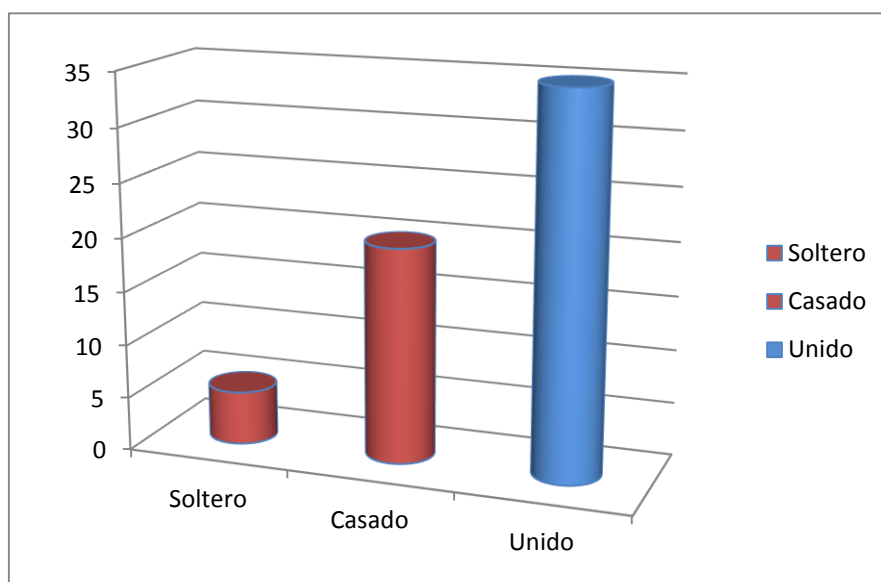
En la provincia de Colón específicamente en el corregimiento de Cativá en la encuesta que se aplicó resultó que el porcentaje más alto está en el estado civil unido representado por el 58.3% de la población encuestado en solteros tenemos 8.3% y en casados el 33.3%.

Corregimiento de Ciricito

Estado civil de los pacientes atendidos en los diferentes programas que desarrolla el Albergue de María, provincia de Colón, corregimiento de Ciricito

Cuadro N° 36 Ciricito

Estado Civil	Número	Porcentaje
Total	9	100
Soltero	0	0
Casado	3	33.3
Unido	6	66.6



Gráfica N°37

Fuente: encuesta social, aplicada a pacientes atendidos en los diferentes programas que se desarrollan en el Albergue de María, provincia de Colón.

En la provincia de Colón, específicamente en el corregimiento de Ciricito en la encuesta que se aplicó resultó que el porcentaje en el estado civil soltero representado por el 0% de la población encuestado en casado tenemos 33.3% y en el estado civil unido 66.6%.

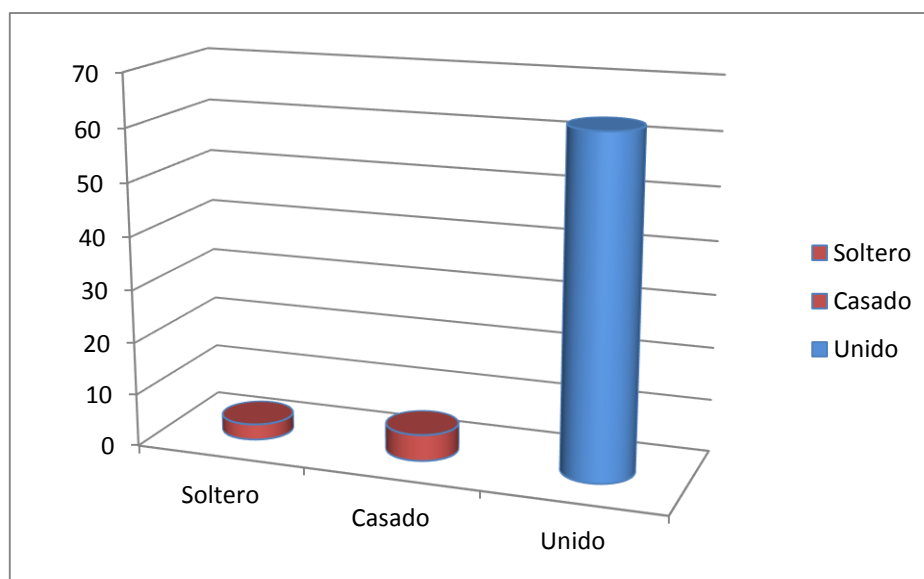
Corregimiento de Cristóbal

Estado civil de los pacientes atendidos en los diferentes programas que desarrolla el Albergue de María, provincia de Colón- corregimiento de Cristóbal

Cristóbal - Cuadro N°37

Estado Civil	Número	Porcentaje
Total	71	100
Soltero	3	4.2
Casado	5	7.0
Unido	63	88.7

Grafica N°38



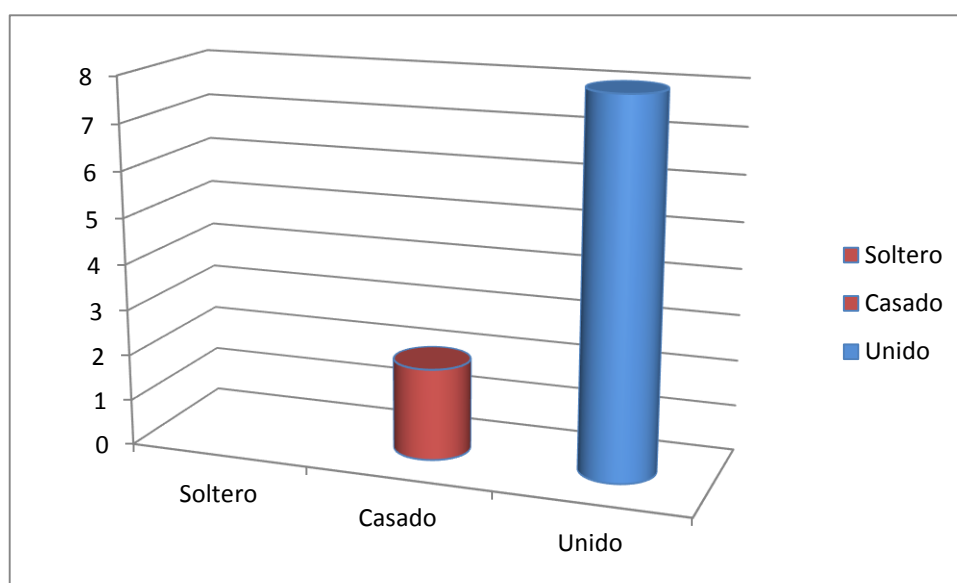
Fuente: encuesta social, aplicada a pacientes atendidos en los diferentes programas que se desarrollan en el Albergue de María, provincia de Colón.

En la provincia de Colón, específicamente en el corregimiento de Cristóbal en la encuesta que se aplicó resultó que el porcentaje en el estado civil soltero representado por el 4.2% de la población encuestado en casado tenemos 7.04% y en unidos el 88.7%.

Cuadro N°38 Corregimiento de Escobal

Estado civil de los pacientes atendidos en los diferentes programas que desarrolla el Albergue de María, provincia de Colón- corregimiento de Escobal

Escobal		
Estado Civil	Número	Porcentaje
Total	10	100
Soltero	0	0
Casado	2	20
Unido	8	80



Grafica N°39

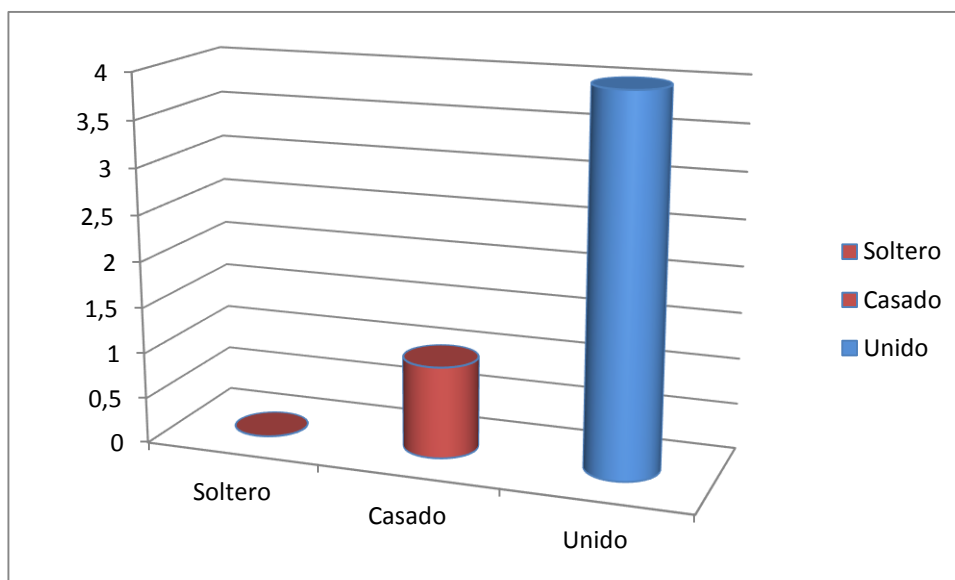
Fuente: encuesta social, aplicada a pacientes atendidos en los diferentes programas que se desarrollan en el Albergue de María, provincia de Colón.

En la provincia de Colón específicamente en el corregimiento de Escobal, en la encuesta que se aplicó resultó que el porcentaje en el estado civil soltero representado por el 0% de la población encuestado en casado tenemos 20.0% y en unidos el 80.0%.

Cuadro N°39 Corregimiento de Limón

Estado civil de los pacientes atendidos en los diferentes programas que desarrolla el Albergue de María, provincia de Colón- corregimiento de Limón.

Limón		
Estado Civil	Número	Porcentaje
Total	12	100
Soltero	2	16.7
Casado	3	25
Unido	8	66.7



Grafica N°40

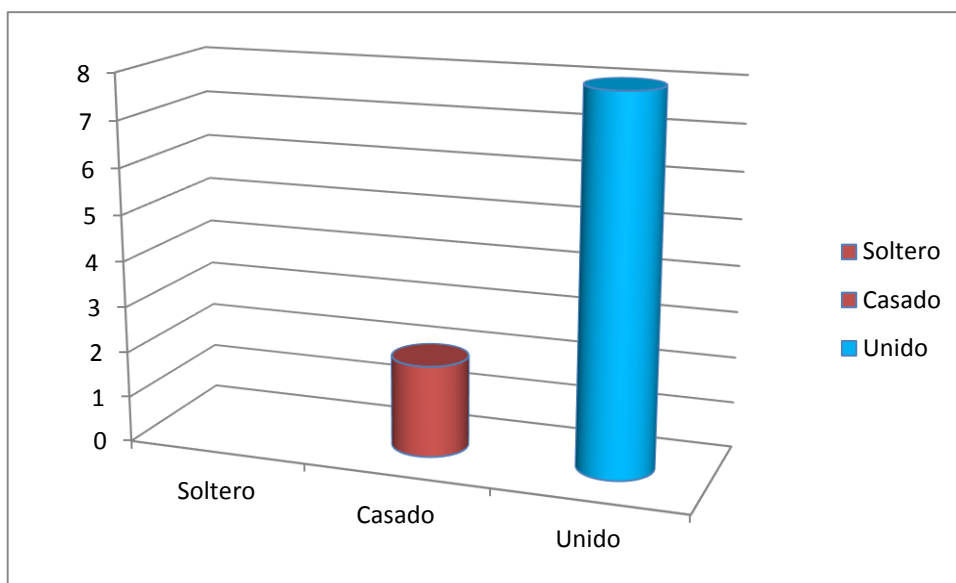
Fuente: encuesta social, aplicada a pacientes atendidos en los diferentes programas que se desarrollan en el Albergue de María, provincia de Colón.

En la provincia de Colón específicamente en el corregimiento de Limón en la encuesta que se aplicó resultó que el porcentaje en el estado civil soltero representado por el 15.4% de la población encuestado en casado tenemos 23.1% y en unidos el 61.5%.

Cuadro N°40

Estado civil de los pacientes atendidos en los diferentes programas que desarrolla el Albergue de María, provincia de Colón- corregimiento de Nueva Providencia.

Nueva Providencia		
Estado Civil	Número	Porcentaje
Total	10	100
Soltero	0	0
Casado	2	20
Unido	8	80



Grafica N41

Fuente: encuesta social, aplicada a pacientes atendidos en los diferentes programas que se desarrollan en el Albergue de María, provincia de Colón.

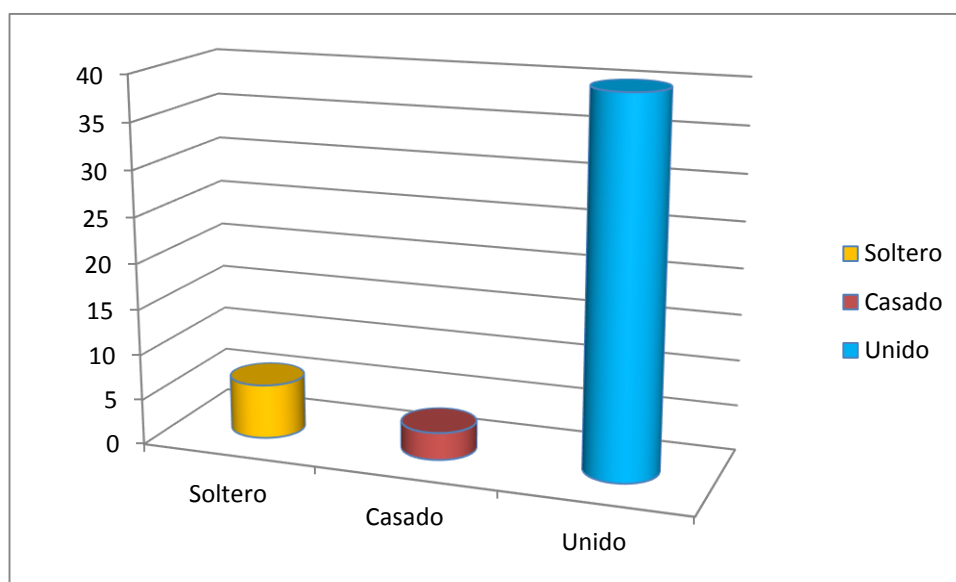
En la provincia de Colón específicamente en el corregimiento de Nueva Providencia, en la encuesta que se aplicó resultó que el porcentaje en el estado civil soltero representado por el 0% de la población encuestado en casado tenemos 20.0% y en unidos el 80.0%.

Cuadro N°41- Corregimiento Puerto Pilón

Estado civil de los pacientes atendidos en los diferentes programas que desarrolla el Albergue de María, provincia de Colón- corregimiento de Puerto Pilón

Puerto Pilón

Estado Civil	Número	Porcentaje
Total	49	100
Soltero	6	12.2
Casado	3	6.1
Unido	40	81.6



Gráfica N°42

Fuente: encuesta social, aplicada a pacientes atendidos en los diferentes programas que se desarrollan en el Albergue de María, provincia de Colón.

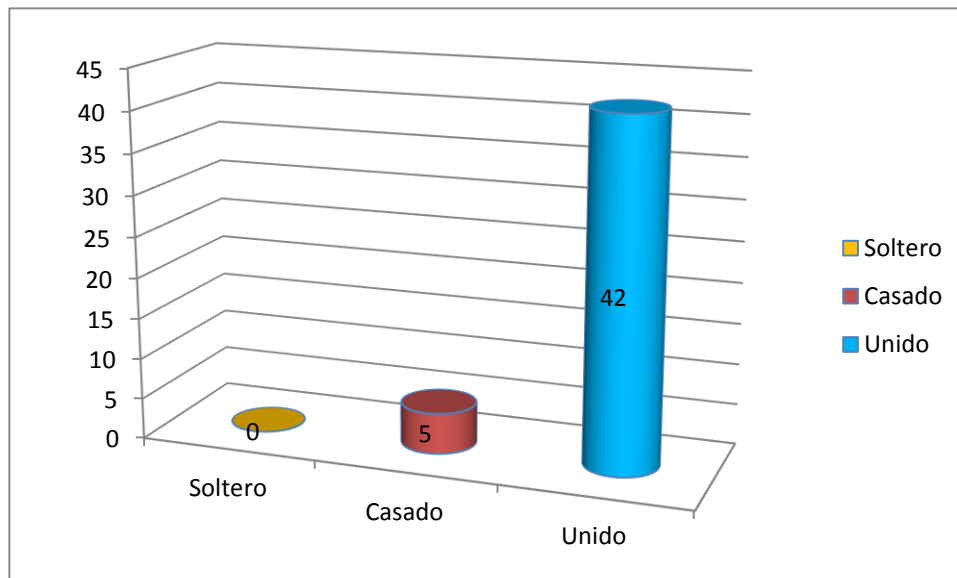
En la provincia de Colón específicamente en el corregimiento de Puerto Pilón, en la encuesta que se aplicó resultó que el porcentaje en el estado civil soltero representado por el 12.4% de la población encuestado en casado tenemos 6.1% y en unidos el 81.4%.

Cuadro N°42

Estado civil de los pacientes atendidos en los diferentes programas que desarrolla el Albergue de María, provincia de Colón- corregimiento de Sabanitas.

Sabanitas

Estado Civil	Número	Porcentaje
Total	47	100
Soltero	0	0
Casado	5	10.6
Unido	42	89.4



Grafica N°43

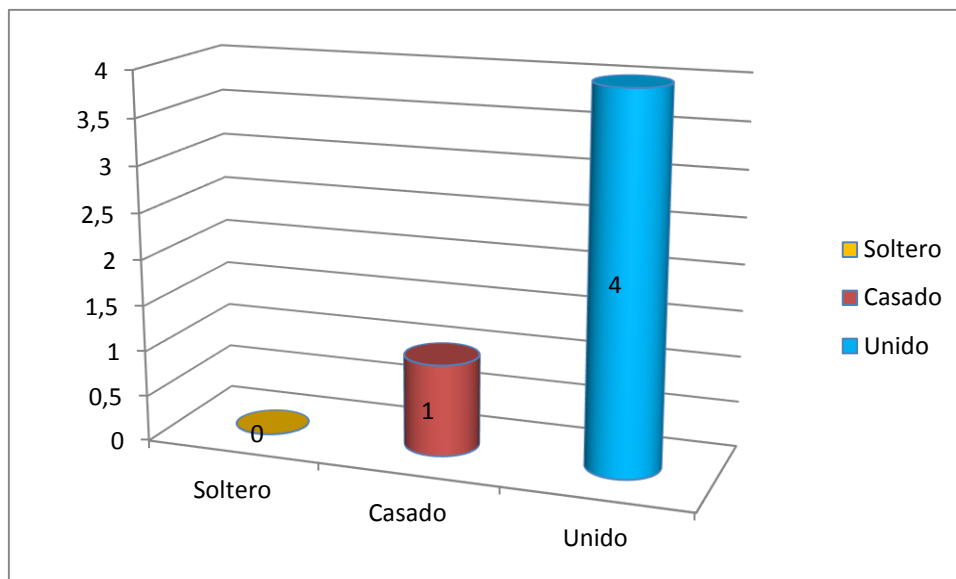
Fuente: encuesta social, aplicada a pacientes atendidos en los diferentes programas que se desarrollan en el Albergue de María, provincia de Colón.

En la provincia de Colón específicamente en el corregimiento de Sabanitas, en la encuesta que se aplicó resultó que el porcentaje en el estado civil soltero representado por el 0% de la población encuestado en casado tenemos 10.6% y en unidos el 89.3

Cuadro N°43

Estado civil de los pacientes atendidos en los diferentes programas que desarrolla el Albergue de María, provincia de Colón- corregimiento de Salamanca

Salamanca		
Estado Civil	Número	Porcentaje
Total	10	100
Soltero	3	30.0
Casado	2	20.0
Unido	5	50.0



Grafica N°44

Fuente: encuesta social, aplicada a pacientes atendidos en los diferentes programas que se desarrollan en el Albergue de María, provincia de Colón.

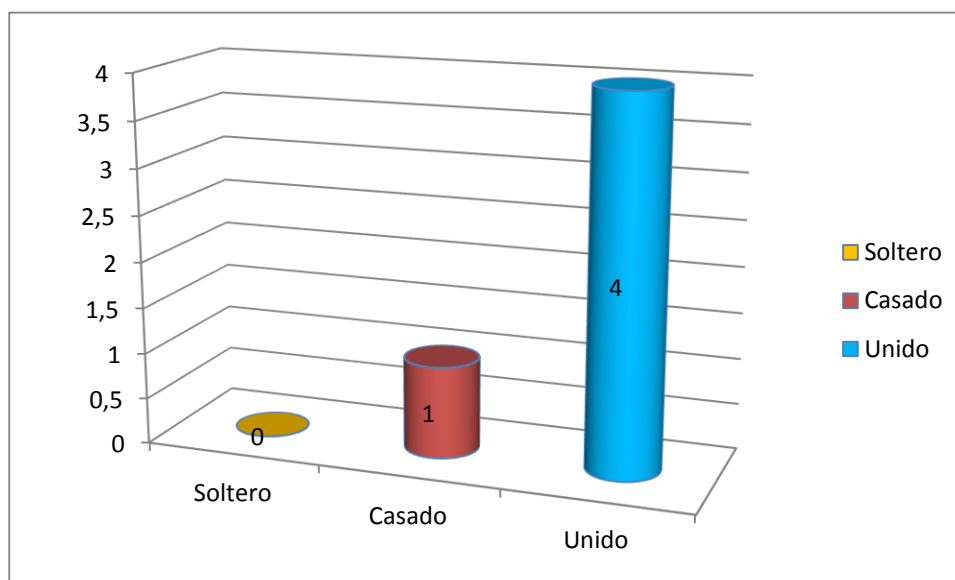
En la provincia de Colón específicamente en el corregimiento de Salamanca, en la encuesta que se aplicó resultó que el porcentaje en el estado civil soltero representado por el 30.0% de la población encuestado en casado tenemos 20.0% y en unidos el 50.0%

Cuadro N°44

Estado civil de los pacientes atendidos en los diferentes programas que desarrolla el Albergue de María, provincia de Colón- corregimiento de Nuevo San Juan

Nuevo San Juan

Estado Civil	Número	Porcentaje
Total	12	100
Soltero	0	0
Casado	3	25.00
Unido	9	75.00



Grafica N°45

Fuente: encuesta social, aplicada a pacientes atendidos en los diferentes programas que se desarrollan en el Albergue de María, provincia de Colón.

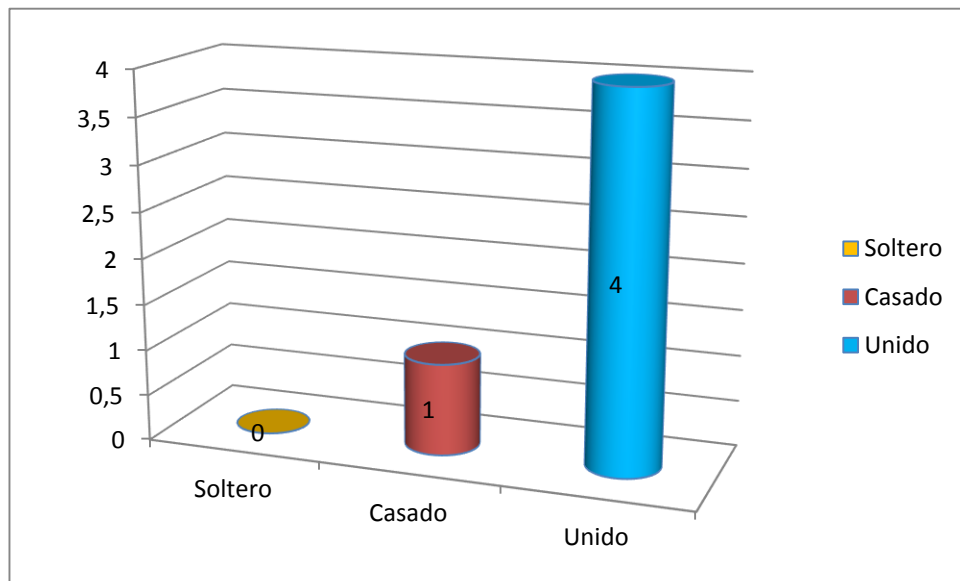
En la provincia de Colón, específicamente en el corregimiento de Nuevo San Juan, en la encuesta que se aplicó resultó que el porcentaje en el estado civil soltero representado por el 0% de la población encuestado en casado tenemos 25.0% y en unidos el 75.0%.

Cuadro N°45

Estado civil de los pacientes atendidos en los diferentes programas que desarrolla el Albergue de María, provincia de Colón- corregimiento de Santa Rosa

Santa Rosa

Estado Civil	Número	Porcentaje
Total	5	100
Soltero	0	0
Casado	1	20.0
Unido	4	80.0



Grafica N°46

Fuente: encuesta social, aplicada a pacientes atendidos en los diferentes programas que se desarrollan en el Albergue de María, provincia de Colón.

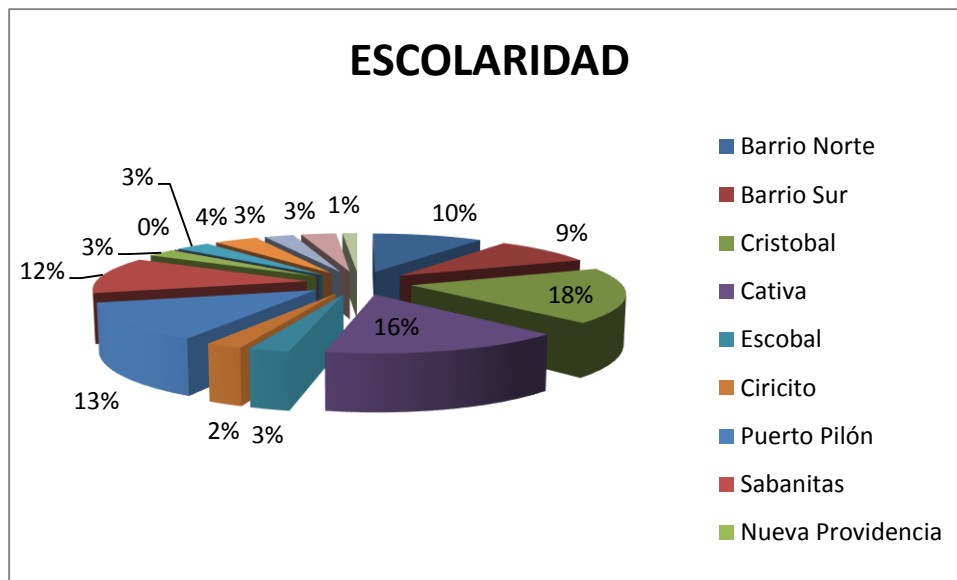
En la provincia de Colón específicamente en el corregimiento de Santa Rosa en la encuesta que se aplicó resultado que el porcentaje en el estado civil soltero representado por el 0% de la población encuestado en casado tenemos 25.0% y en unidos el 8.1%.

4.1.5. Escolaridad

Es el periodo de tiempo que un niño, adulto joven asiste a la iglesia o a la escuela y aprende, específicamente el tiempo que dura la enseñanza obligatoria. Son los estudios la mejor herramienta para salir de la pobreza, en la encuesta realizada se demostró el grado de escolaridad que tiene cada participante.

Cuadro 46

Estatus de escolaridad de los pacientes diagnosticados con VIH/SIDA afectados por el poco apoyo familiar, atendidos en el Albergue de María.



Grafica N°47

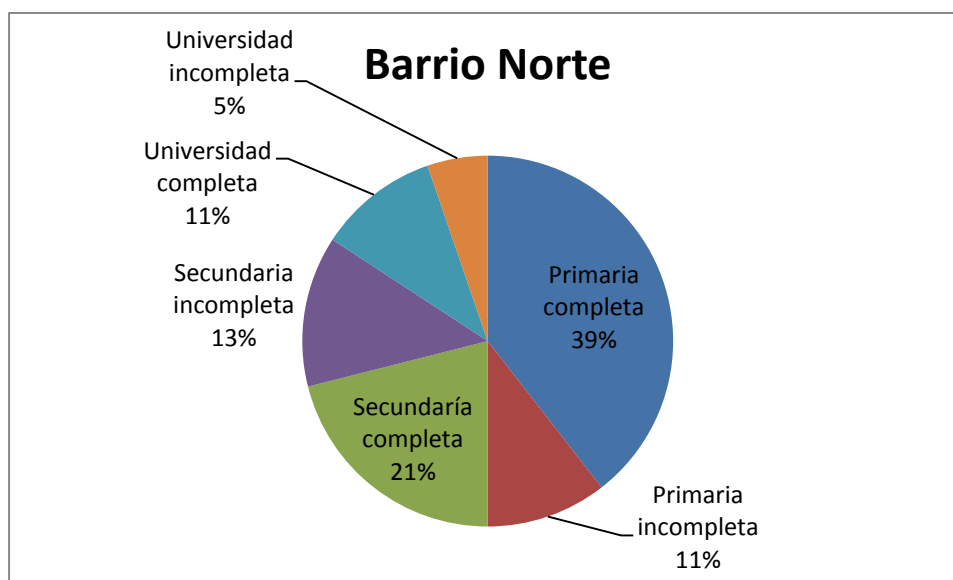
Fuente: encuesta social, aplicada a pacientes atendidos en los diferentes programas que se desarrollan en el Albergue de María, provincia de Colón.

Estos resultados nos indican que las personas encuestadas en los diferentes programas que ofrece el Albergue de María en relación al nivel de escolaridad obtenido el mayor porcentaje se ubica en el 26.1% en función de la primaria completa.

Nivel de Escolaridad

Barrió Norte – Cuadro -47

Escolaridad	Número	Porcentaje
Total	38	100%
Primaria completa	15	39%
Primaria incompleta	4	11%
Secundaria completa	8	21%
Secundaria incompleta	5	13%
Universidad completa	4	11%
Universidad incompleta	2	5%

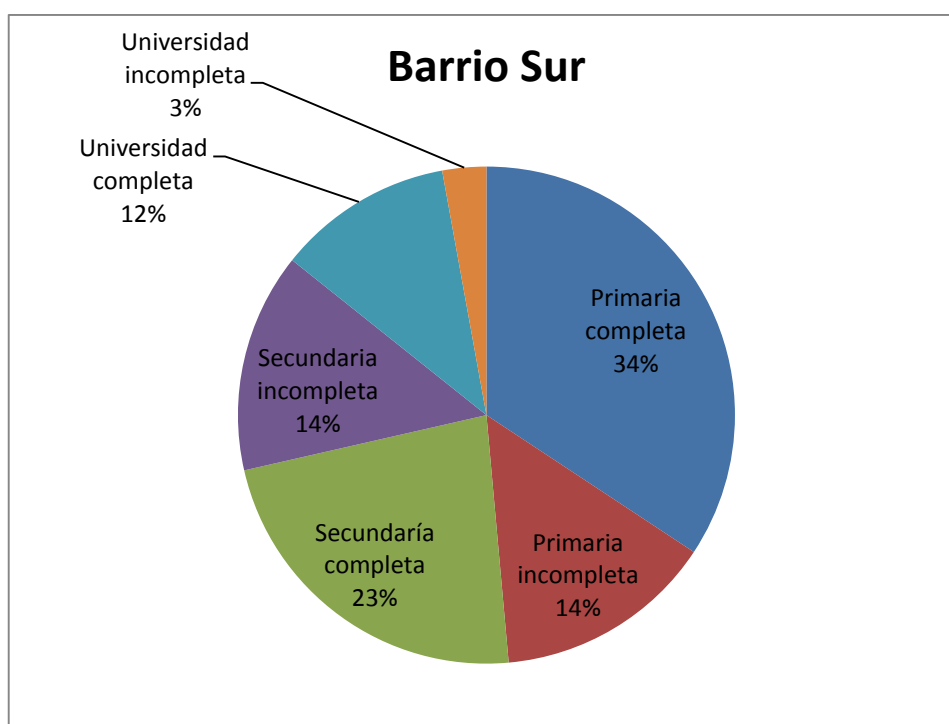


Grafica N°48

Fuente: encuesta social, aplicada a pacientes atendidos en los diferentes programas que se desarrollan en el Albergue de María, provincia de Colón.

Barrio Sur - Cuadro 48

Escolaridad	Número	Porcentaje
Total	35	100%
Primaria completa	12	34%
Primaria incompleta	5	14%
Secundaria completa	8	23%
Secundaria incompleta	5	14%
Universidad completa	4	12%
Universidad incompleta	1	3%

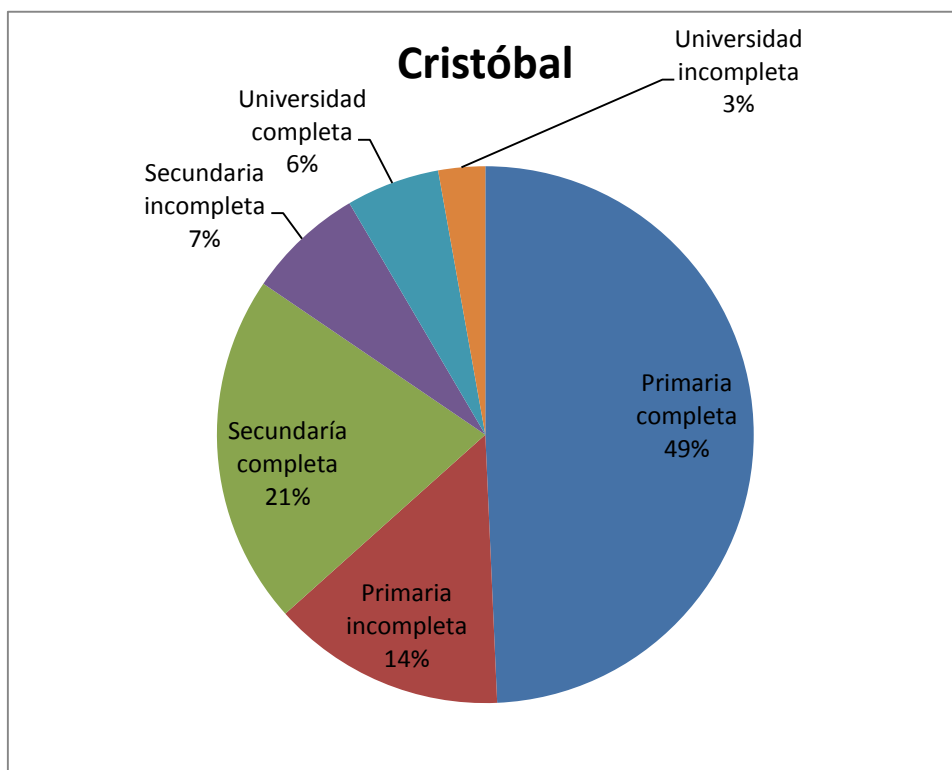


Gráfica N°49

Fuente: encuesta social, aplicada a pacientes atendidos en los diferentes programas que se desarrollan en el Albergue de María, provincia de Colón.

Cristóbal - Cuadro 49

Escolaridad	Número	Porcentaje
Total	71	100%
Primaria completa	35	49%
Primaria incompleta	10	14%
Secundaría completa	15	21%
Secundaria incompleta	5	7%
Universidad completa	4	6%
Universidad incompleta	2	3%

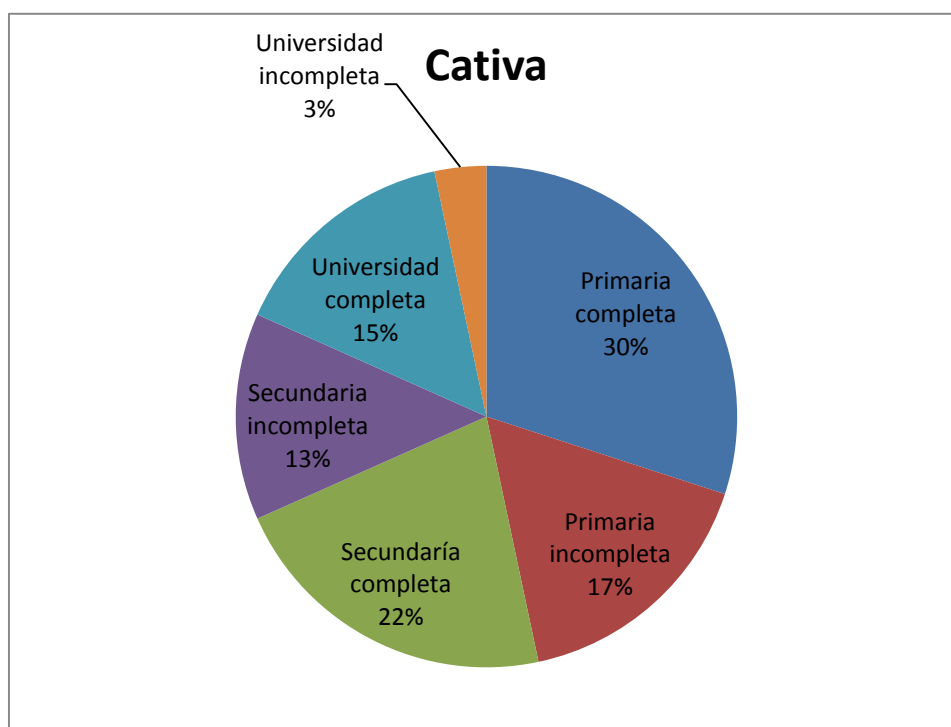


Grafica N°50

Fuente: encuesta social, aplicada a pacientes atendidos en los diferentes programas que se desarrollan en el Albergue de María, provincia de Colón.

Cativá - Cuadro 50

Escolaridad	Número	Porcentaje
Total	60	100%
Primaria completa	18	30%
Primaria incompleta	10	17%
Secundaría completa	13	22%
Secundaria incompleta	8	13%
Universidad completa	9	15%
Universidad incompleta	2	3%

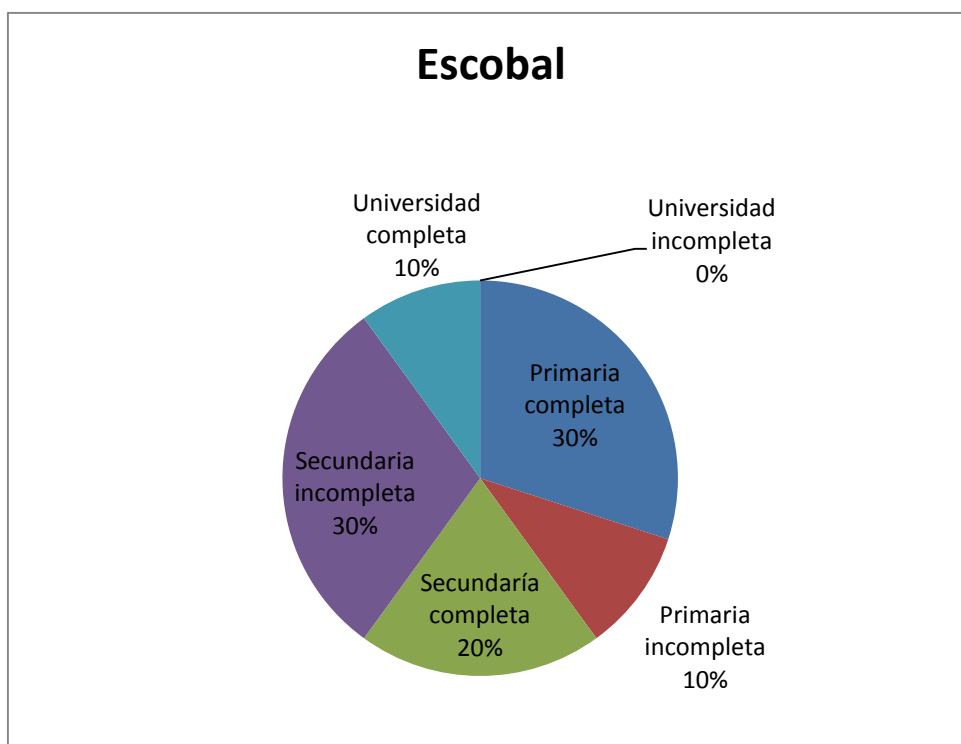


Gráfica N°51

Fuente: encuesta social, aplicada a pacientes atendidos en los diferentes programas que se desarrollan en el Albergue de María, provincia de Colón.

Escobal - Cuadro 51

Escolaridad	Número	Porcentaje
Total	10	100%
Primaria completa	3	30%
Primaria incompleta	1	10%
Secundaria completa	2	20%
Secundaria incompleta	3	30%
Universidad completa	1	10%
Universidad incompleta	0	0%

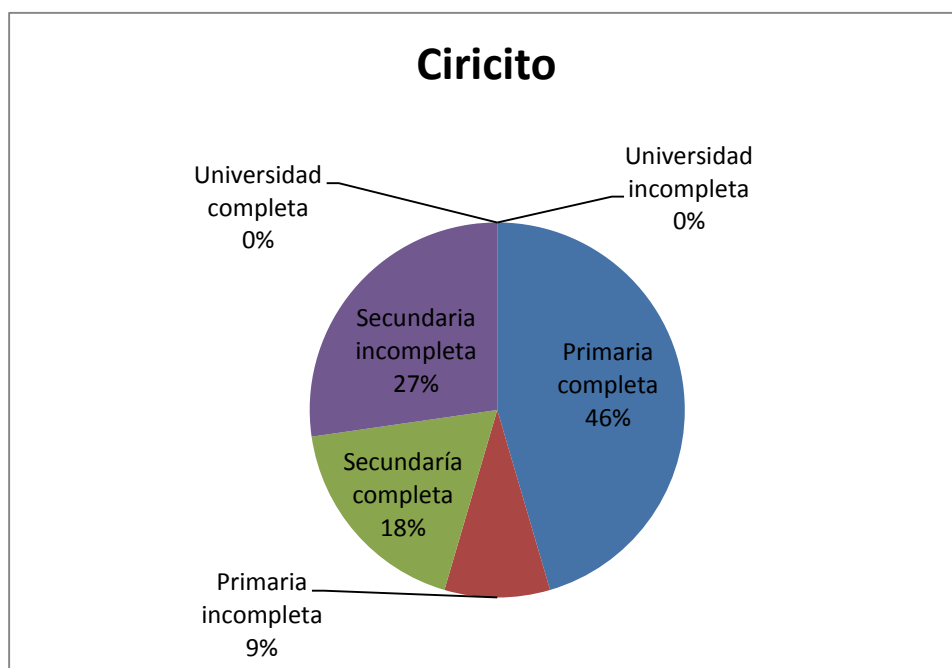


Grafica N°52

Fuente: encuesta social, aplicada a pacientes atendidos en los diferentes programas que se desarrollan en el Albergue de María, provincia de Colón.

Ciricito - Cuadro 52

Escolaridad	Número	Porcentaje
Total	9	100%
Primaria completa	5	46%
Primaria incompleta	1	9%
Secundaria completa	2	18%
Secundaria incompleta	3	27%
Universidad completa	0	0%
Universidad incompleta	0	0%



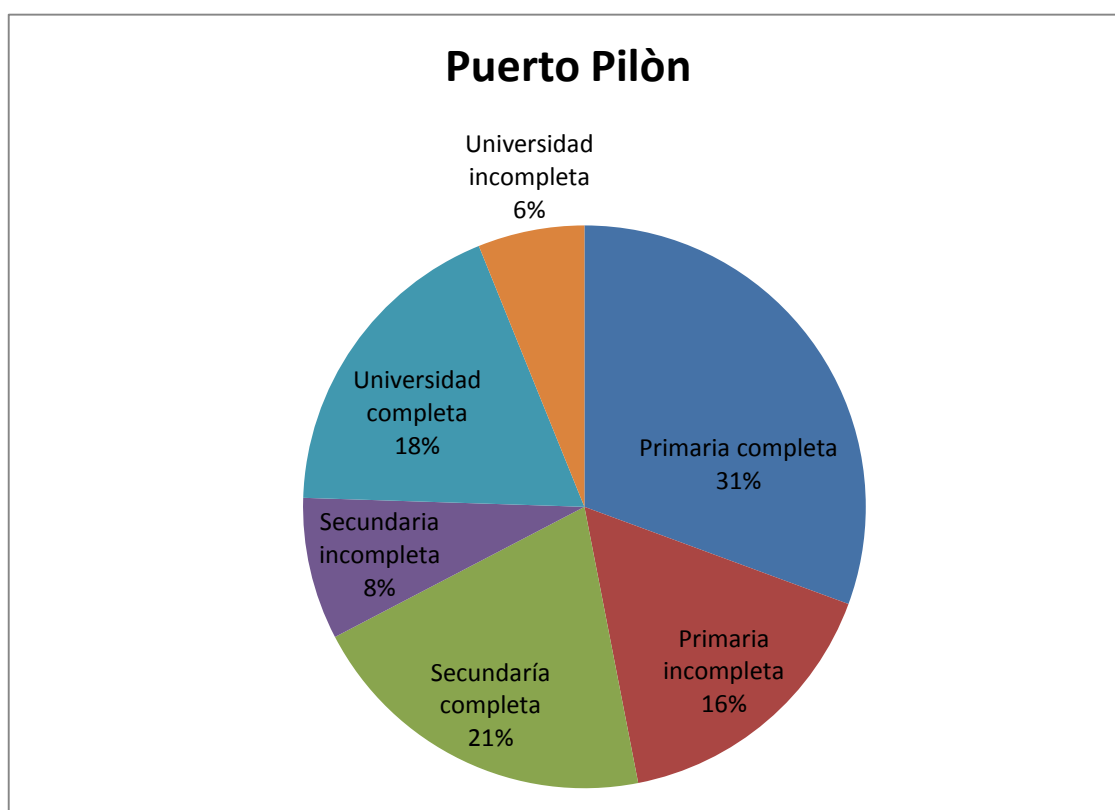
Grafica N°53

Fuente: encuesta social, aplicada a pacientes atendidos en los diferentes programas que se desarrollan en el Albergue de María, provincia de Colón.

Puerto Pilón - Cuadro 53

Escolaridad	Número	Porcentaje
Total	49	100%
Primaria completa	15	31%
Primaria incompleta	8	16%
Secundaria completa	10	21%
Secundaria incompleta	4	8%
Universidad completa	9	18%
Universidad incompleta	3	6%

Grafica N°54

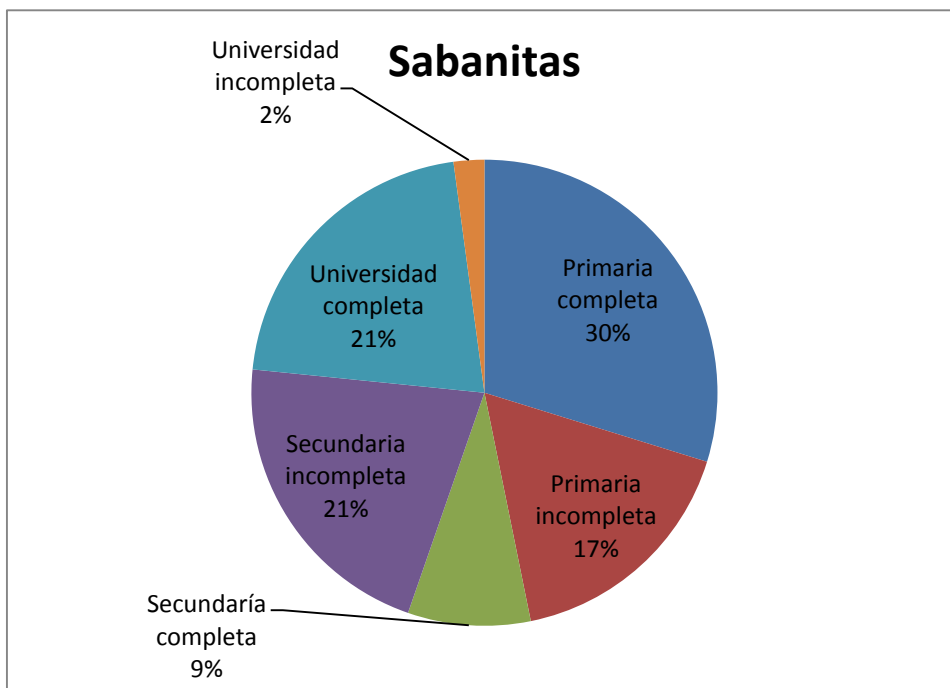


Fuente: encuesta social, aplicada a pacientes atendidos en los diferentes programas que se desarrollan en el Albergue de María, provincia de Colón.

Sabanitas - Cuadro 54

Escolaridad	Número	Porcentaje
Total	47	100%
Primaria completa	14	30%
Primaria incompleta	8	17%
Secundaria completa	4	9%
Secundaria incompleta	10	21%
Universidad completa	10	21%
Universidad incompleta	1	2%

Grafica N°55

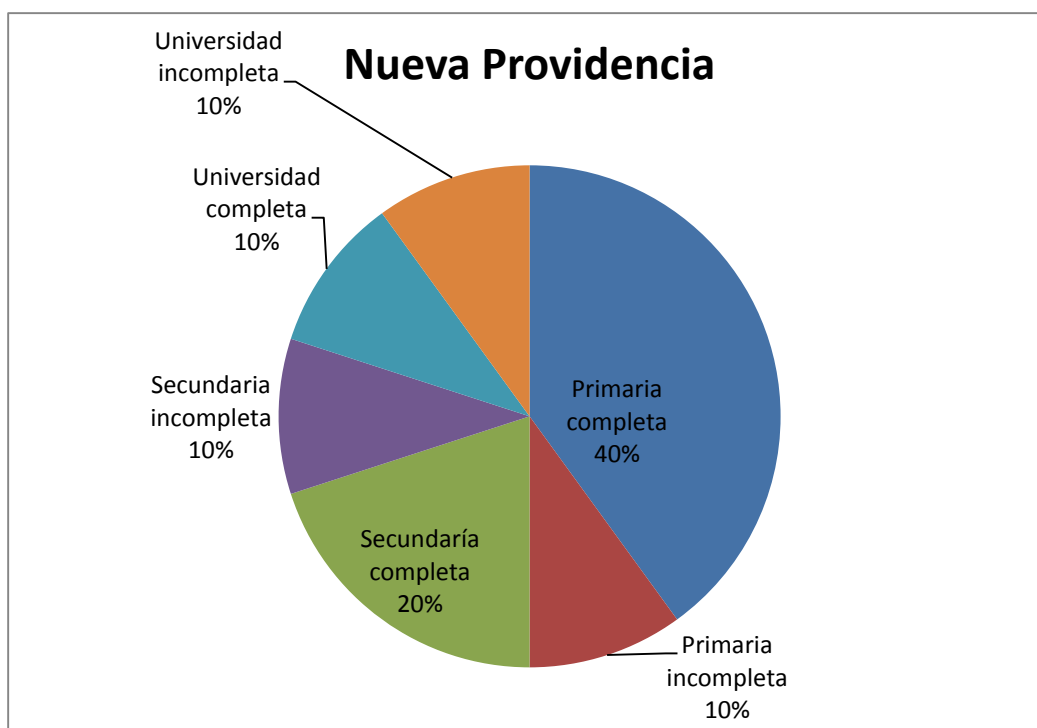


Fuente: encuesta social, aplicada a pacientes atendidos en los diferentes programas que se desarrollan en el Albergue de María, provincia de Colón.

Nueva Providencia - Cuadro 55

Escolaridad	Número	Porcentaje
Total	10	100%
Primaria completa	4	40%
Primaria incompleta	1	10%
Secundaria completa	2	20%
Secundaria incompleta	1	10%
Universidad completa	1	10%
Universidad incompleta	1	10%

Grafica N°56

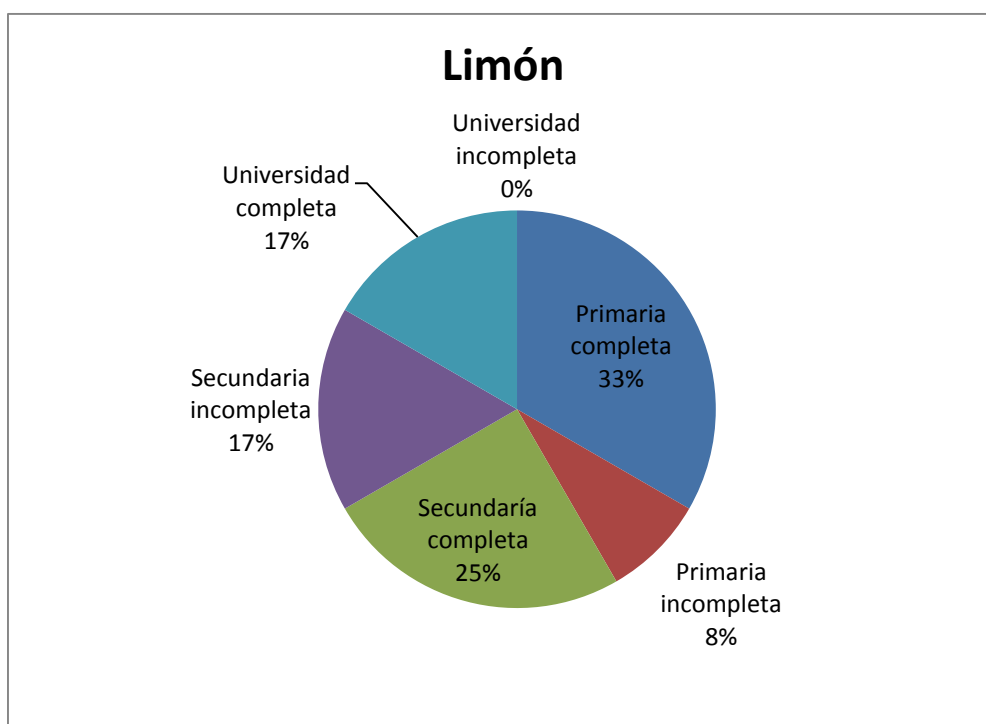


Fuente: encuesta social, aplicada a pacientes atendidos en los diferentes programas que se desarrollan en el Albergue de María, provincia de Colón.

Limón - Cuadro 56

Escolaridad	Número	Porcentaje
Total	12	100%
Primaria completa	4	33%
Primaria incompleta	1	8%
Secundaria completa	3	25%
Secundaria incompleta	2	17%
Universidad completa	2	17%
Universidad incompleta	0	0%

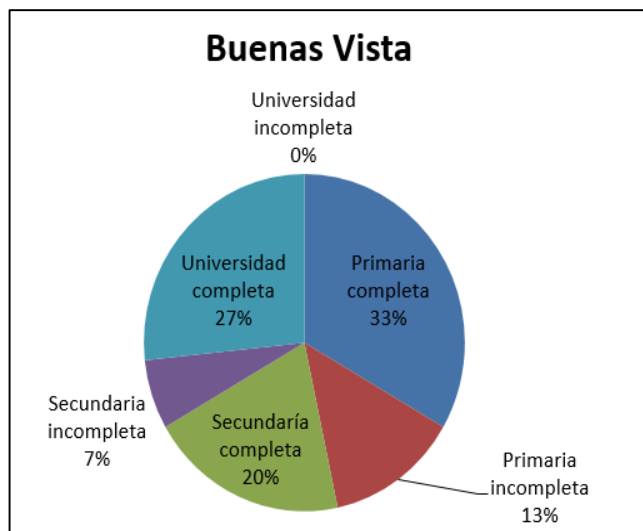
Grafica N°57



Fuente: encuesta social, aplicada a pacientes atendidos en los diferentes programas que se desarrollan en el Albergue de María, provincia de Colón.

Cuadro # 57- Buena Vista

Escolaridad	Número	Porcentaje
Total	15	100%
Primaria completa	5	33%
Primaria incompleta	2	13%
Secundaría completa	3	20%
Secundaria incompleta	1	7%
Universidad completa	4	27%
Universidad incompleta	0	0%

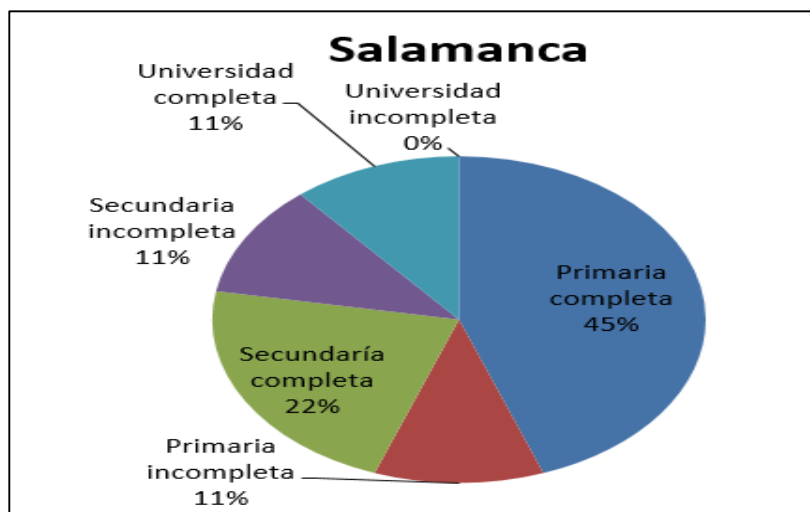


Grafica N°58

Fuente: encuesta social, aplicada a pacientes atendidos en los diferentes programas que se desarrollan en el Albergue de María, provincia de Colón.

Salamanca - Cuadro 58

Escolaridad	Número	Porcentaje
Total	10	100%
Primaria completa	4	45%
Primaria incompleta	1	11%
Secundaría completa	2	22%
Secundaria incompleta	1	11%
Universidad completa	1	11%
Universidad incompleta	0	0%

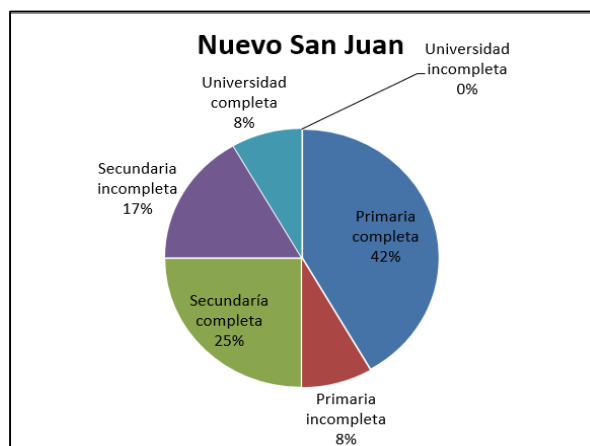


Grafica N°59

Fuente: encuesta social, aplicada a pacientes atendidos en los diferentes programas que se desarrollan en el Albergue de María, provincia de Colón.

Nuevo San Juan – Cuadro 59

Escolaridad	Número	Porcentaje
Total	12	100%
Primaria completa	5	42%
Primaria incompleta	1	8%
Secundaria completa	3	25%
Secundaria incompleta	2	17%
Universidad completa	1	8%
Universidad incompleta	0	0%

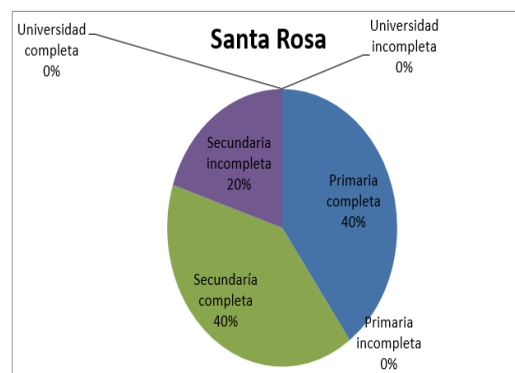


Gráfica N°60

Fuente: encuesta social, aplicada a pacientes atendidos en los diferentes programas que se desarrollan en el Albergue de María, provincia de Colón.

Santa Rosa- Cuadro #60

Escolaridad	Número	Porcentaje
Total	5	100%
Primaria completa	2	40%
Primaria incompleta	0	0%
Secundaria completa	2	40%
Secundaria incompleta	1	20%
Universidad completa	0	0%
Universidad incompleta	0	0%



Gráfica N°61

Fuente: encuesta social, aplicada a pacientes atendidos en los diferentes programas que se desarrollan en el Albergue de María, provincia de Colón.

4.2. Fuente y Conocimiento del tema

Fuente de información, se denomina fuente de información a diversos medios, tipos de documentos que contienen datos útiles para satisfacer una demanda de información o conocimiento, se caracterizan en fuente de información primaria y fuente de información secundaria dependiendo del nivel de información que proporcionan.

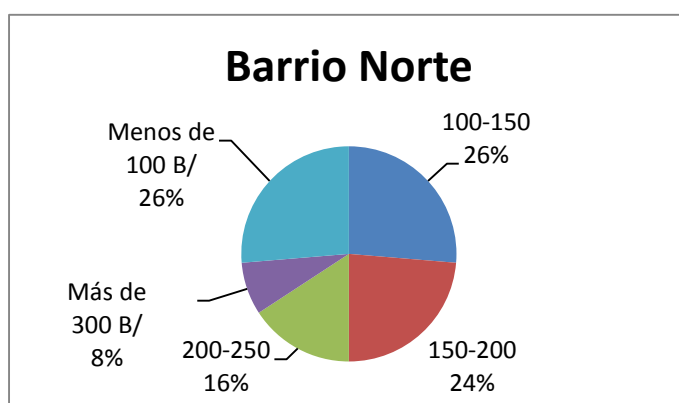
4.2.1 Situación Laboral

Contiene información nueva y original, resultado de un trabajo intelectual son documentos primarios libros, revistas científicas y de entretenimiento, periódicos diarios, documentos oficiales de instituciones públicas o privadas patentes, normas técnicas. Fuente de conocimiento secundario: es aquel que contiene información organizada que refiere a documentos originales. Son fuentes secundarias enciclopedias, antologías, directorios libros o artículos que interpretan otros trabajos o investigaciones.

4.3. Ingreso Familia

Barrio Norte Cuadro 61

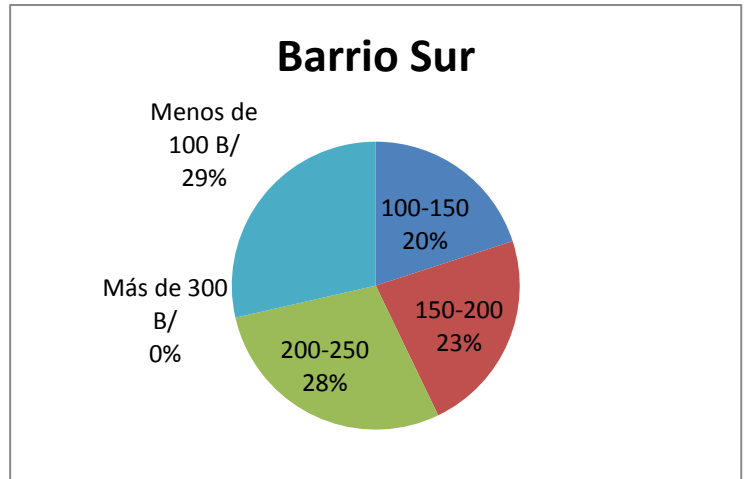
Ingreso	Número	Porcentaje
Total	38	100%
100-150	10	26%
150-200	9	23%
200-250	6	16%
Más de 300 B/	3	8%
Menos de 100 B/	10	26%



Gráfica N°62

Barrio Sur - Cuadro 62

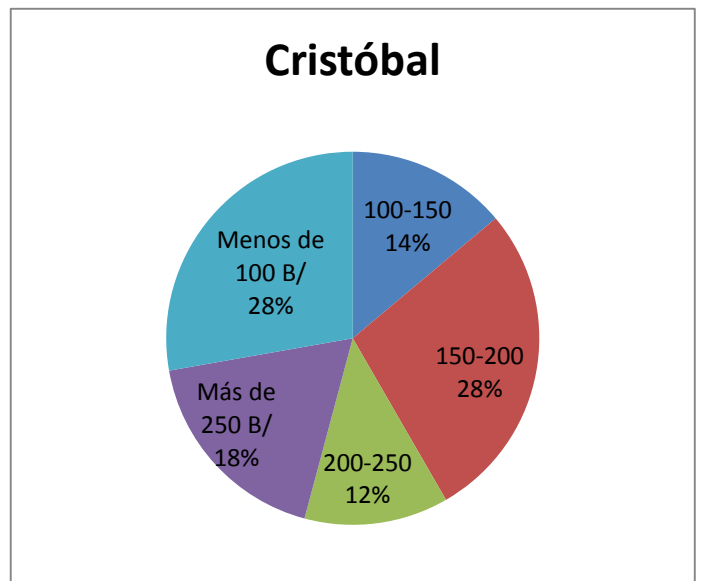
Ingreso	Número	Porcentaje
Total	35	100%
100-150	7	20%
150-200	8	23%
200-250	10	28%
Más de 300 B/	0	0%
Menos de 100 B/	10	29%



Grafica N°63

Cristóbal Cuadro 63

Ingreso	Número	Porcentaje
Total	71	100%
100-150	10	14%
150-200	20	28%
200-250	9	12%
Más de 250 B/	13	18%
Menos de 100 B/	20	28%

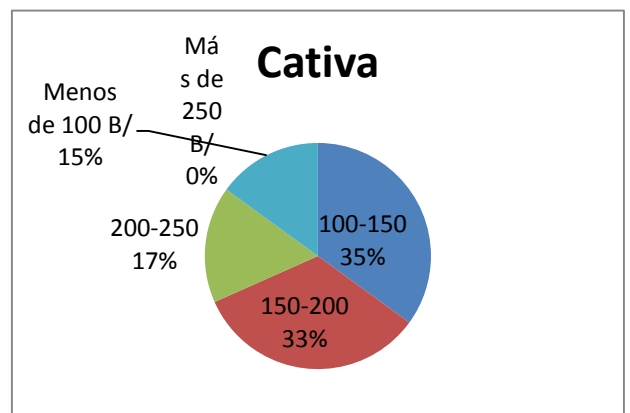


Grafica N°64

Fuente: encuesta social, aplicada a pacientes atendidos en los diferentes programas que se desarrollan en el Albergue de María, provincia de Colón.

Cativá - Cuadro 64

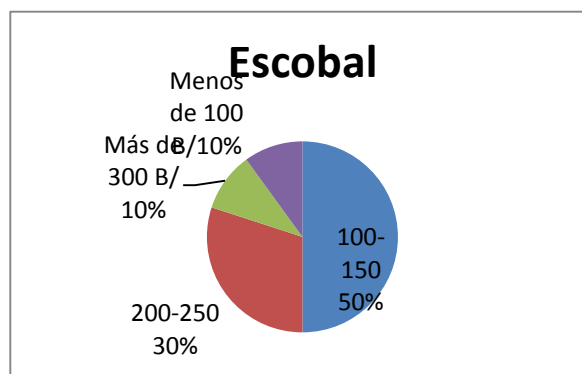
Ingreso	Número	Porcentaje
Total	60	100%
100-150	21	35%
150-200	20	33%
200-250	10	17%
Más de 250 B/	0	0%
Menos de 100 B/	9	15%



Grafica N°65

Escobal – cuadro -65

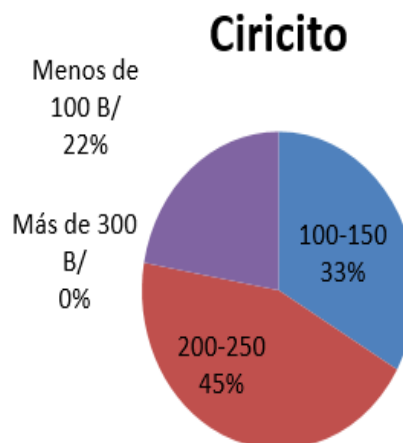
Ingreso	Número	Porcentaje
Total	10	100%
100-150	5	50%
200-250	3	30%
Más de 300 B/	1	10%
Menos de 100 B/	1	10%



Grafica N°66

Ciricito - cuadro 66

Ingreso	Número	Porcentaje
Total	9	100%
100-150	3	33%
200-250	4	45%
Más de 300 B/	0	0%
Menos de 100 B/	2	22%

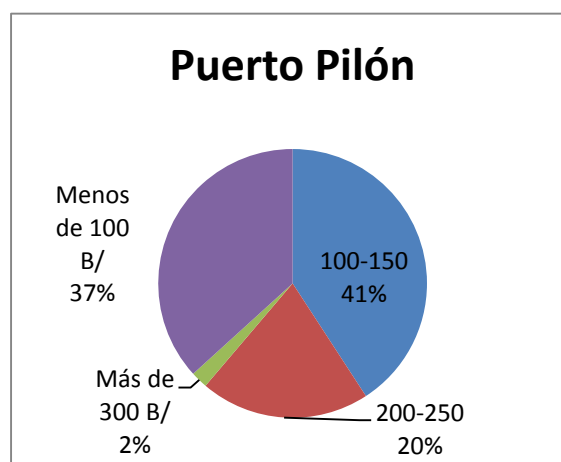


Grafica N°67

Fuente: encuesta social, aplicada a pacientes atendidos en los diferentes programas que se desarrollan en el Albergue de María, provincia de Colón.

Puerto Pilón - Cuadro 67

Ingreso	Número	Porcentaje
Total	40	100
100-150	20	41%
200-250	10	20%
Más de 300 B/	1	2%
Menos de 100 B/	18	37%

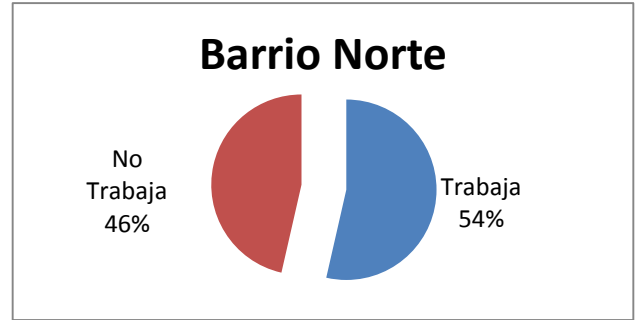


Grafica N°68

4.3.1. Situación Laboral

Barrio Norte – cuadro 68

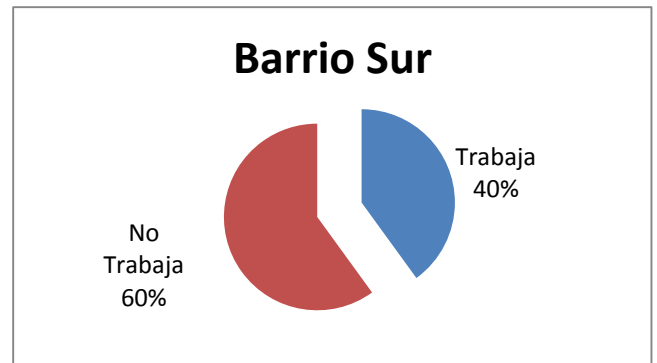
Situación Laboral	Número	Porcentaje
Total	38	100%
Trabaja	15	54%
No Trabaja	13	46%



Grafica N°69

Barrio Sur Cuadro -69

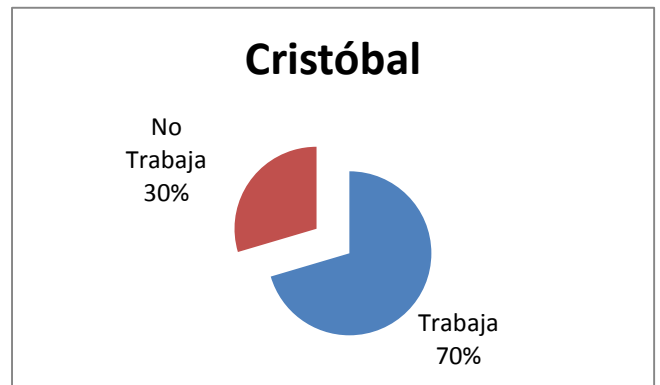
Situación Laboral	Número	Porcentaje
Total	35	100%
Trabaja	10	40%
No Trabaja	15	60%



Grafica N°70

Cristóbal – Cuadro #70

Situación Laboral	Número	Porcentaje
Total	71	100%
Trabaja	50	70%
No Trabaja	21	30%

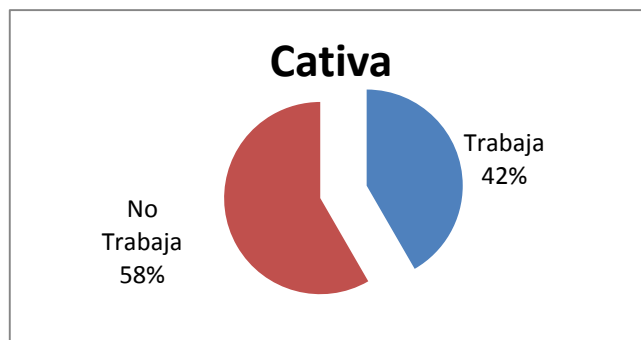


Fuente: encuesta social, aplicada a pacientes atendidos en los diferentes programas que se desarrollan en el Albergue de María, provincia de Colón.

Grafica N°71

Cativá - Cuadro # 71

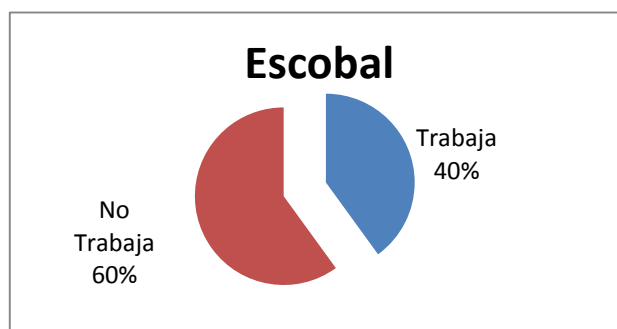
Situación Laboral	Número	Porcentaje
Total	60	100%
Trabaja	25	42%
No Trabaja	35	58%



Grafica N°72

Escobal - Cuadro # 72

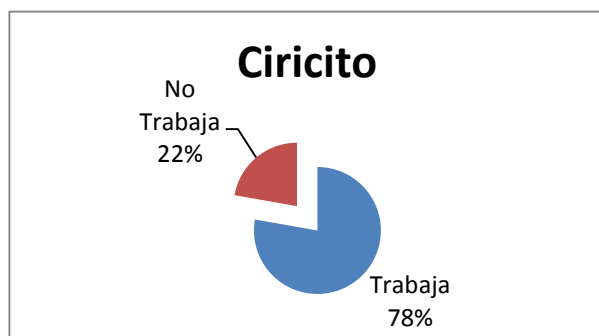
Situación Laboral	Número	Porcentaje
Total	10	100%
Trabaja	4	40%
No Trabaja	6	60%



Grafica N°73

Ciricito - Cuadro # 73

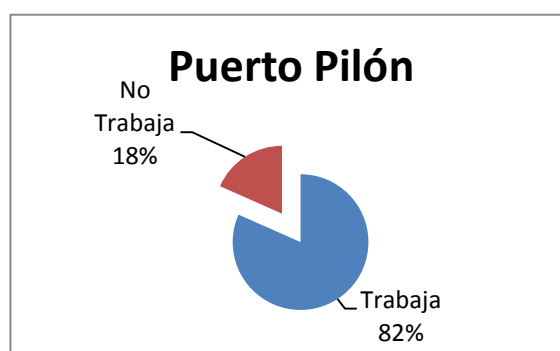
Situación Laboral	Número	Porcentaje
Total	9	100%
Trabaja	7	78%
No Trabaja	2	22%



Grafica N°74

Puerto Pílon - Cuadro # 74

Situación Laboral	Número	Porcentaje
Total	49	100%
Trabaja	40	82%
No Trabaja	9	18%

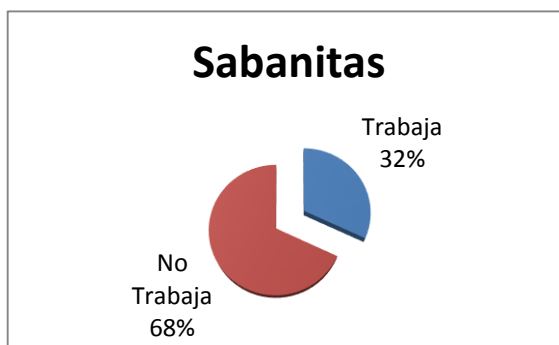


Grafica N°75

Fuente: encuesta social, aplicada a pacientes atendidos en los diferentes programas que se desarrollan en el Albergue de María, provincia de Colón.

Sabanitas – cuadro 75

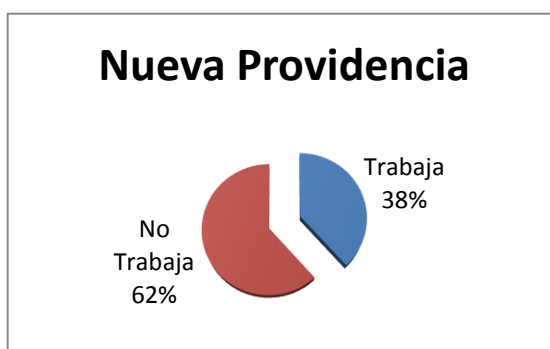
Situación Laboral	Número	Porcentaje
Total	47	100%
Trabaja	15	32%
No Trabaja	32	68%



Grafica N°76

Nueva Providencia – cuadro 76

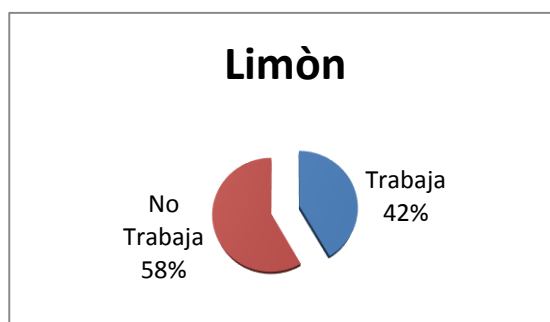
Situación Laboral	Número	Porcentaje
Total	47	100%
Trabaja	18	38%
No Trabaja	29	62%



Grafica N°77

Limón – Cuadro 77

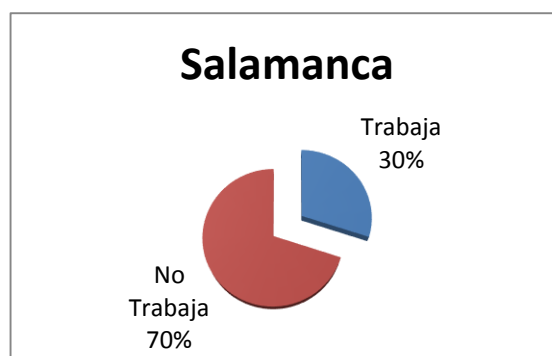
Situación Laboral	Número	Porcentaje
Total	12	100%
Trabaja	5	42%
No Trabaja	7	58%



Grafica N°78

Salamanca – cuadro 78

Situación Laboral	Número	Porcentaje
Total	10	100%
Trabaja	3	30%
No Trabaja	7	70%



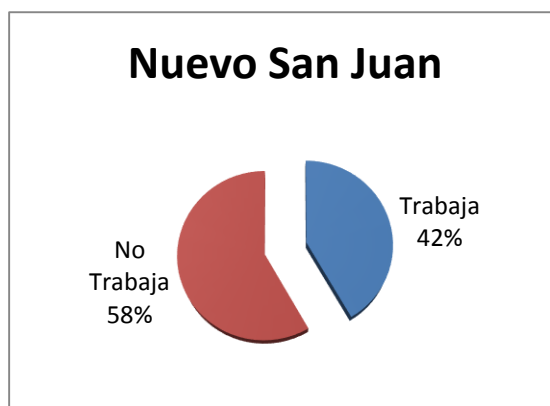
Grafica N°79

Fuente: encuesta social, aplicada a pacientes atendidos en los diferentes programas que se desarrollan en el Albergue de María, provincia de Colón.

Nuevo San Juan – cuadro 79

Situación Laboral	Número	Porcentaje
Total	12	100%
Trabaja	5	42%
No Trabaja	7	58%

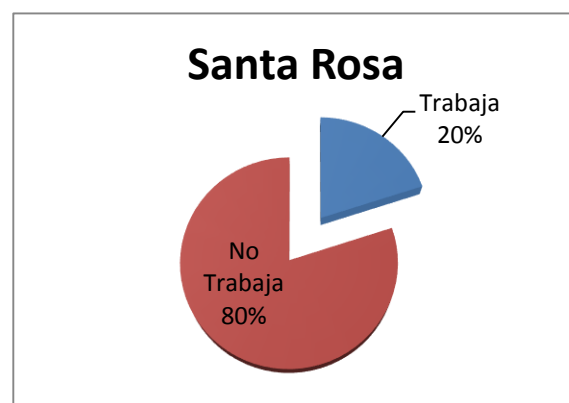
Grafica N°80



Santa Rosa- cuadro 80

Situación Laboral	Número	Porcentaje
Total	5	100%
Trabaja	1	20%
No Trabaja	4	80%

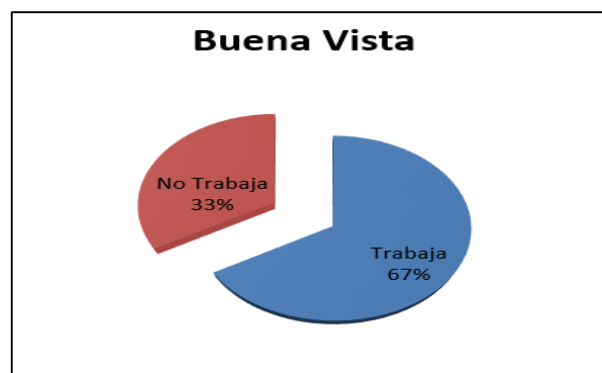
Grafica N°81



Buena Vista - cuadro 81

Situación Laboral	Número	Porcentaje
Total	15	100%
Trabaja	10	67%
No Trabaja	5	33%

Grafica N°82

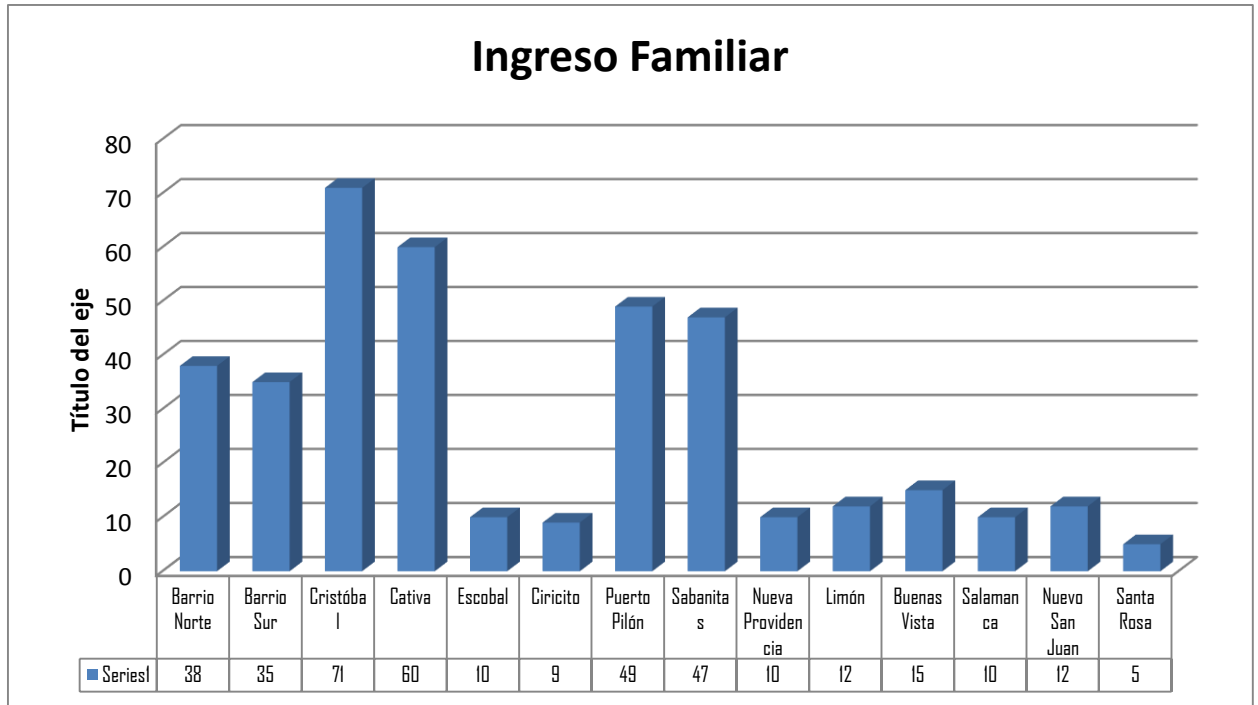


Situación laboral: se entiende por este término a todas aquellas situaciones o elementos vinculados de una u otra forma con el trabajo , entendiendo por este último como cualquier actividad física o intelectual que recibe algún tipo de respaldo o remuneración en el marco de una actividad o institución de índole social.

4.4. Otros datos

4.4.1. Ingreso Familia

Grafica N°83



Fuente: encuesta social, aplicada a pacientes atendidos en los diferentes programas que se desarrollan en el Albergue de María, provincia de Colón.

El ingreso familiar es la totalidad de las ganancias o ingresos que tiene una buena familia, esto obviamente incluye al sueldo, salario de todos aquellos miembros de la misma que trabajan y que por ello perciben un sueldo y todos estos ingresos que pueden considerarse extras.

Resumen de los cuadros de las diferentes regiones de la provincia de Colón.

Barrio Norte - Cuadro 81

Ingreso	Número	Porcentaje
Total	38	100
100-150	10	26.3
150-200	9	23.6
200-250	6	15.7
Más de 300 B/	3	7.8
Menos de 100 B/	10	26.3

Cativá - Cuadro 84

Ingreso	Número	Porcentaje
Total	60	100
100-150	21	35.0
150-200	20	33.3
200-250	10	16.0
Más de 250 B/	0	0
Menos de 100 B/	9	15.0

Barrio Sur - Cuadro 82

Ingreso	Número	Porcentaje
Total	35	100
100-150	7	20.0
150-200	8	22.8
200-250	10	28.5
Más de 300 B/	0	0
Menos de 100 B/	10	28.5

Escobal - Cuadro 85

Ingreso	Número	Porcentaje
Total	10	100
100-150	5	50
200-250	3	30
Más de 300 B/	1	10
Menos de 100 B/	1	10

Cristóbal - Cuadro 83

Ingreso	Número	Porcentaje
Total	71	100
100-150	10	14.0
150-200	20	28.1
200-250	9	12.7
Más de 250 B/	13	18.3
Menos de 100 B/	20	28.1

Ciricito - Cuadro 86

Ingreso	Número	Porcentaje
Total	9	100
100-150	3	33.3
200-250	4	44.4
Más de 300 B/	0	0
Menos de 100 B/	2	22.2

Fuente: encuesta social, aplicada a pacientes atendidos en los diferentes programas que se desarrollan en el Albergue de María, provincia de Colón.

Puerto Pilón - Cuadro 87

Ingreso	Número	Porcentaje
Ingreso	Número	Porcentaje
Total	49	100%
Menos de 100	8	16%
150-250	19	39%
250-300	12	24%
300 - 500	8	16%
500 y más	2	4%

Buena Vista - Cuadro 91

Ingreso	Número	Porcentaje
Total	15	100%
Menos de 100	3	20%
150-250	5	33%
250-300	4	27%
300 - 500	2	13%
500 y más	1	7%

Sabanitas - Cuadro 88

Ingreso	Número	Porcentaje
Total	47	100%
Menos de 100	5	11%
150-250	15	32%
250-300	10	21%
300 - 500	9	19%
500 y más	8	17%

Salamanca - Cuadro 92

Ingreso	Número	Porcentaje
Total	10	100%
Menos de 100	7	70%
150-250	2	20%
250-300	1	10%
300 - 500	0	0%
500 y más	0	0%

Nueva Providencia - Cuadro 89

Ingreso	Número	Porcentaje
Ingreso	Número	Porcentaje
Total	10	100%
Menos de 100	0	0%
150-250	3	30%
250-300	2	20%
300 - 500	4	40%
500 y más	1	10%

Nuevo San Juan - Cuadro 93

Ingreso	Número	Porcentaje
Total	12	100%
Menos de 100	6	50%
150-250	2	17%
250-300	3	25%
300 - 500	1	8%
500 y más	0	0%

Limón - Cuadro 90

Ingreso	Número	Porcentaje
Ingreso	Número	Porcentaje
Total	12	100%
Menos de 100	0	0%
150-250	4	33%
250-300	3	25%
300 - 500	4	33%
500 y más	1	8%

Santa Rosa - Cuadro 94

Ingreso	Número	Porcentaje
Total	2	100%
Menos de 100	2	67%
150-250	1	33%
250-300	0	0%
300 - 500	0	0%
500. más	0	0%

Fuente: encuesta social, aplicada a pacientes atendidos en los diferentes programas que se desarrollan en el Albergue de María, provincia de Colón.

4.4.2. Composición Familiar

Barrio Norte- Cuadro 95

Parentesco	Número	Porcentaje
Padre	15	35%
Hermano	5	12%
Sobrino	8	19%
Sobrina	0	0%
Amigo	0	0%
Otros familiares	15	35%
Total	43	100%

Ciricito - Cuadro 98

Parentesco	Número	Porcentaje
Padre	0	0%
Hermano	2	22%
Sobrino	0	0%
Sobrina	0	0%
Amigo	1	11%
Otros familiares	6	67%
Total	9	100%

Barrio Sur - Cuadro 96

Parentesco	Número	Porcentaje
Padre	11	31%
Hermano	8	23%
Sobrino	6	17%
Sobrina	0	0%
Amigo	0	0%
Otros familiares	10	29%
Total	35	100%

Cristóbal - Cuadro 99

Parentesco	Número	Porcentaje
Padre	5	7%
Hermano	0	0%
Sobrino	0	0%
Sobrina	0	0%
Amigo	5	7%
Otros familiares	61	86%
Total	71	100%

Escobal - Cuadro 97

Parentesco	Número	Porcentaje
Padre	0	0%
Hermano	0	0%
Sobrino	0	0%
Sobrina	0	0%
Amigo	0	0%
Otros familiares	10	100%
Total	10	100%

Cativá - Cuadro 100

Parentesco	Número	Porcentaje
Padre	2	3%
Hermano	3	5%
Sobrino	1	2%
Sobrina	4	7%
Amigo	0	0%
Otros familiares	50	83%
Total	60	100%

Puerto Pilón - Cuadro 101

Parentesco	Número	Porcentaje
Padre	2	4%
Hermano	3	6%
Sobrino	0	0%
Sobrina	1	2%
Amigo	0	0%
Otros familiares	43	88%
Total	49	100%

Sabanitas - Cuadro 102

Parentesco	Número	Porcentaje
Padre	2	4%
Hermano	1	2%
Sobrino	0	0%
Sobrina	1	2%
Amigo	0	0%
Otros familiares	43	91%
Total	47	100%

Nueva Providencia - Cuadro 103

Parentesco	Número	Porcentaje
Padre	0	0%
Hermano	1	10%
Sobrino	0	0%
Sobrina	0	0%
Amigo	1	10%
Otros familiares	8	80%
Total	10	100%

Limón - Cuadro 104

Parentesco	Número	Porcentaje
Padre	0	0%
Hermano	0	0%
Sobrino	0	0%
Sobrina	0	0%
Amigo	2	17%
Otros familiares	10	83%
Total	12	100%

Buena Vista - Cuadro 105

Parentesco	Número	Porcentaje
Padre	0	0%
Hermano	2	13%
Sobrino	0	0%
Sobrina	0	0%
Amigo	1	7%
Otros familiares	12	80%
Total	15	100%

Salamanca - Cuadro 106

Parentesco	Número	Porcentaje
Padre	1	5%
Hermano	0	0%
Sobrino	0	0%
Sobrina	0	0%
Amigo	9	45%
Otros familiares	10	50%
Total	20	100%

Nuevo San Juan - Cuadro 107

Parentesco	Número	Porcentaje
Padre	2	17%
Hermano	0	0%
Sobrino	0	0%
Sobrina	0	0%
Amigo	0	0%
Otros familiares	10	83%
Total	12	100%

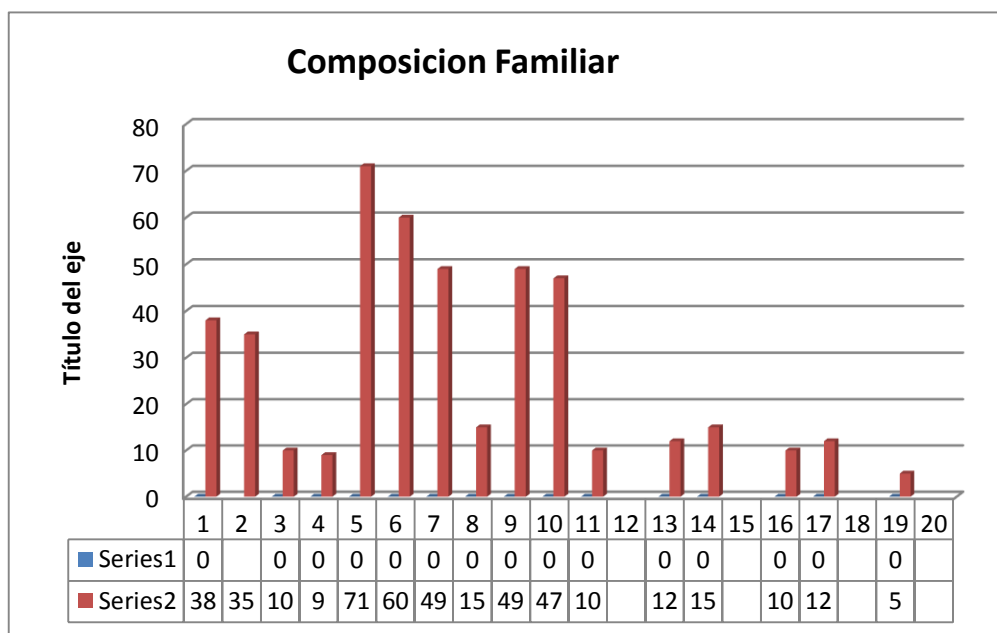
Santa Rosa - Cuadro 108

Parentesco	Número	Porcentaje
Padre	5	100%
Hermano	0	0%
Sobrino	0	0%
Sobrina	0	0%
Amigo	0	0%
Otros familiares	0	0%
Total	5	100%

Fuente: encuesta social, aplicada a pacientes atendidos en los diferentes programas que se desarrollan en el Albergue de María, provincia de Colón.

La composición familiar consiste en un grupo de personas unidas por vínculos de parentesco, ya sea consanguíneo, por matrimonio o adopción que viven juntos por un periodo indefinido de tiempo. Son derechos familiares de la persona humana, la procreación y decisión responsable del número de hijos tanto enfermo como sano. Según el Artículo 692. La familia, en interacción con el apoyo de la comunidad y del Estado, debe realizar esfuerzos organizados para mejorar, proteger y mantener su salud integral de todo su miembro.

4.4.3. Situación de Vivienda



Grafica N°84

Fuente: encuesta social, aplicada a pacientes atendidos en los diferentes programas que se desarrollan en el Albergue de María, provincia de Colón.

La vivienda es el lugar cerrado y cubierto que se construye para que sea habitado por personas, este tipo de edificaciones ofrece refugio a los seres humanos y les protege de las condiciones climáticas adversas, además de proporcionarles intimidad y espacio y espacio para guardar sus pertenencias y desarrollar sus actividades cotidianas.

El Estado debe garantizará la vivienda a las persona con VIH-SIDA abandonada por su familia ayudarlo a satisfacción de las necesidades primarias de alimentación, vivienda, salud, educación y estabilidad económica y ayudarlo a su unidad familiar, a través de las instituciones especialmente creadas para estos fines.

Barrio Norte - Cuadro 109

Tenencia	Número	Porcentaje
Propia	0	0%
Alquilada	10	30%
Cedida	5	15%
Otros	18	55%
Total	33	100%

Cristóbal - Cuadro 113

Tenencia	Número	Porcentaje
Propia	50	70%
Alquilada	10	14%
Cedida	3	4%
Otros	8	11%
Total	71	100%

Barrio Sur – Cuadro 110

Tenencia	Número	Porcentaje
Propia	2	6%
Alquilada	5	14%
Cedida	0	0%
Otros	28	80%
Total	35	100%

Catavá – Cuadro 114

Tenencia	Número	Porcentaje
Propia	30	50%
Alquilada	15	25%
Cedida	10	17%
Otros	5	8%
Total	60	100%

Escobal – cuadro 111

Tenencia	Número	Porcentaje
Propia	5	50%
Alquilada	3	30%
Cedida	2	20%
Otros	0	0%
Total	10	100%

Puerto Pilón – Cuadro 115

Tenencia	Número	Porcentaje
Propia	20	48%
Alquilada	6	14%
Cedida	16	38%
Otros	0	0%
Total	42	100%

Ciricito – Cuadro 112

Tenencia	Número	Porcentaje
Propia	5	56%
Alquilada	2	22%
Cedida	2	22%
Otros	0	0%
Total	9	100%

Sabanitas – Cuadro 116

Tenencia	Número	Porcentaje
Propia	23	
Alquilada	15	
Cedida	1	
Otros	8	
Total	47	100

Nueva Providencia – Cuadro 117

Tenencia	Número	Porcentaje
Propia	3	30%
Alquilada	3	30%
Cedida	0	0%
Otros	4	40%
Total	10	100%

Limón – Cuadro 118

Tenencia	Número	Porcentaje
Propia	6	50%
Alquilada	4	33%
Cedida	0	0%
Otros	2	17%
Total	12	100%

Buena Vista - Cuadro 119

Tenencia	Número	Porcentaje
Propia	8	53%
Alquilada	7	47%
Cedida	0	0%
Otros	0	0%
Total	15	100%

Fuente: encuesta social, aplicada a pacientes atendidos en los diferentes programas que se desarrollan en el Albergue de María, provincia de Colón.

Salamanca - Cuadro 120

Tenencia	Número	Porcentaje
Propia	4	40%
Alquilada	6	60%
Cedida	0	0%
Otros	0	0%
Total	10	100%

Nuevo San Juan - Cuadro 121

Tenencia	Número	Porcentaje
Propia	5	42%
Alquilada	5	42%
Cedida	0	0%
Otros	2	17%
Total	12	100%

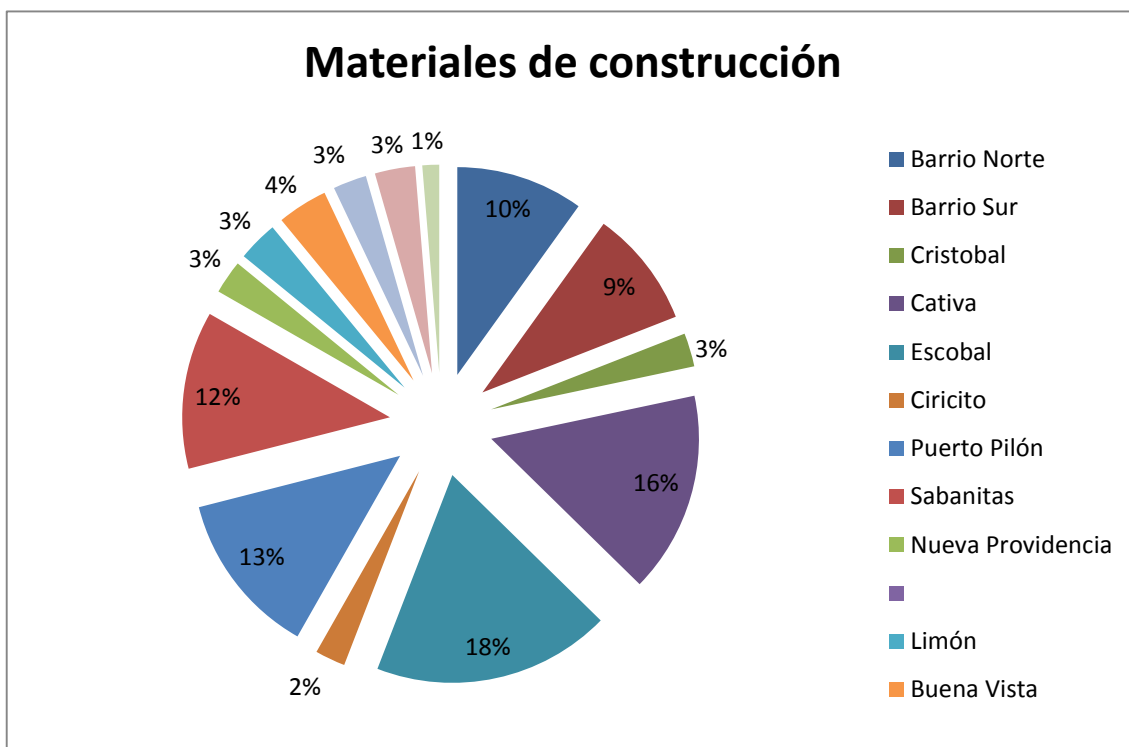
Santa Rosa - Cuadro 122

Tenencia	Número	Porcentaje
Propia	5	100%
Alquilada	0	0%
Cedida	0	0%
Otros	0	0%
Total	5	100%

Es importante saber que el proporcionar asesoría en VIH/SIDA es una actividad que, sin lugar a dudas, ocasiona en quien la brinda reacciones positivas y negativas. Estas deben ser conocidas y reconocidas por el orientador, a fin de tratar aquellas que generan obstáculos para elevar la calidad de atención y potenciar las positivas

4.4.4. Vivienda

Grafica N°85



Materiales de construcción es una materia prima o un producto elaborado empleado en la construcción de edificios u obras, cualquiera que sea su naturaleza, composición y forma, de tal manera que cumplan con los requisitos mínimos para tal fin. Existen diferentes tipos de materiales entre los que se pueden mencionar bloque, cemento, madera, cañazas, entre otros.

Barrio Norte - Cuadro 123

Materiales de construcción	Número	Porcentaje
Bloque	10	26%
Madera	25	66%
Zinc	0	0%
Otros	3	8%
Total	38	100%

Barrio Sur - Cuadro 124

Materiales de construcción	Número	Porcentaje
Bloque	10	29%
Madera	15	43%
Zinc	8	23%
Otros	2	6%
Total	35	100%

Escobal - Cuadro 125

Materiales de construcción	Número	Porcentaje
Bloque	5	50%
Madera	4	40%
Zinc	1	10%
Otros	0	0%
Total	10	100%

Ciricito - Cuadro 126

Materiales de construcción	Número	Porcentaje
Bloque	4	44%
Madera	5	56%
Zinc	0	0%
Otros	0	0%
Total	9	100%

Cristóbal - Cuadro 127

Materiales de construcción	Número	Porcentaje
Bloque	50	70%
Madera	10	14%
Zinc	6	8%
Otros	5	7%
Total	71	100%

Cativá - Cuadro 128

Materiales de construcción	Número	Porcentaje
Bloque	24	40%
Madera	15	25%
Zinc	13	22%
Otros	8	13%
Total	60	100%

Puerto Pilón- Cuadro 129

Materiales de construcción	Número	Porcentaje
Bloque	22	45%
Madera	15	31%
Zinc	10	20%
Otros	2	4%
Total	49	100%

Sabanitas - Cuadro 130

Materiales de construcción	Número	Porcentaje
Bloque	24	51%
Madera	14	30%
Zinc	8	17%
Otros	1	2%
Total	47	100%

Nueva Providencia - Cuadro 131

Materiales de construcción	Número	Porcentaje
Bloque	4	40%
Madera	3	30%
Zinc	2	20%
Otros	1	10%
Total	10	100%

Limón - Cuadro 132

Materiales de construcción	Número	Porcentaje
Bloque	6	50%
Madera	4	33%
Zinc	2	17%
Otros	0	0%
Total	12	100%

Fuente: encuesta social, aplicada a pacientes atendidos en los diferentes programas que se desarrollan en el Albergue de María, provincia de Colón.

Buena Vista - Cuadro 133

Materiales de construcción	Número	Porcentaje
Bloque	7	47%
Madera	4	27%
Zinc	3	20%
Otros	1	7%
Total	15	100%

Salamanca - Cuadro 134

Materiales de construcción	Número	Porcentaje
Bloque	4	40%
Madera	6	60%
Zinc	0	0%
Otros	0	0%
Total	10	100%

Nuevo San Juan - Cuadro 135

Materiales de construcción	Número	Porcentaje
Bloque	4	33%
Madera	4	33%
Zinc	3	25%
Otros	1	8%
Total	12	100%

Santa Rosa - Cuadro 136

Materiales de construcción	Número	Porcentaje
Bloque	3	60%
Madera	2	40%
Zinc	0	0%
Otros	0	0%
Total	5	100%

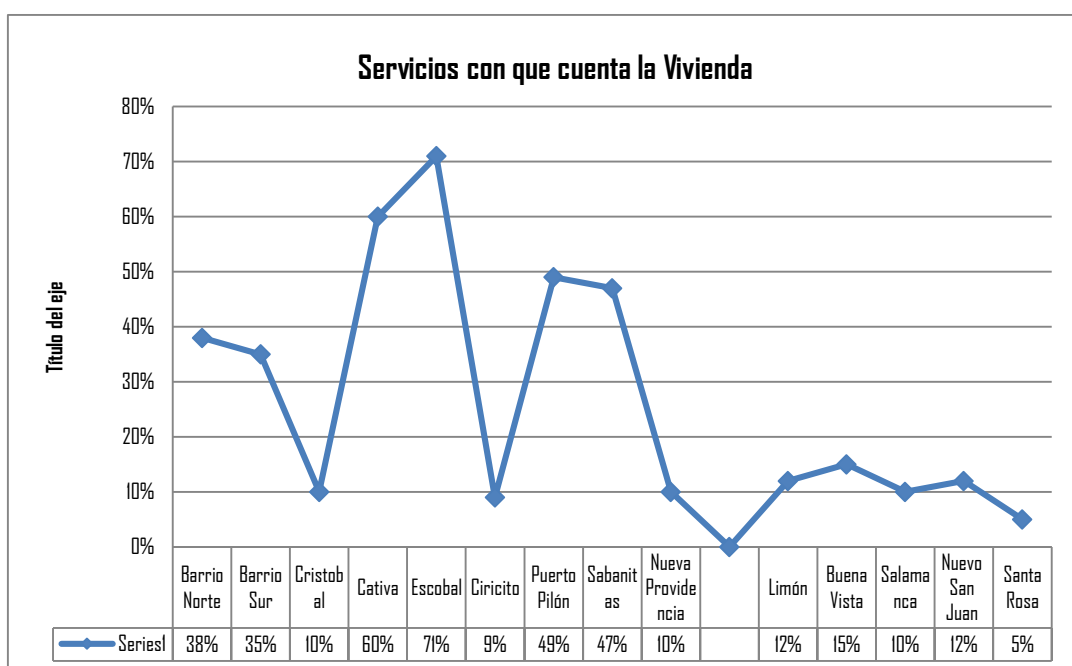
Fuente: encuesta social, aplicada a pacientes atendidos en los diferentes programas que se desarrollan en el Albergue de María, provincia de Colón.

Reunirse en un lugar que sea cómodo y privado. Debe buscarse un sitio que permita una conversación confidencial y libre de interrupciones, para que el paciente pueda descargar sus sentimientos en un ambiente de privacidad. Tan importante como la técnica utilizada es el lugar y el tiempo en que se vaya a llevar a cabo la asesoría. Por ello, es importante procurar que el lugar sea cómodo, discreto y provea confidencialidad.

Tener un lugar seguro y asequible para vivir es importante para la calidad de vida de todos. Cuando vive con VIH, esto también es una parte importante del cuidado de su salud en general. Tener una vivienda estable, agua limpia, baños, refrigeración y comida hace que sea mucho más fácil tomar sus medicamentos antivirales y mantenerse saludable.

La falta de vivienda es un problema que afecta a muchas personas en la ciudad de Colón, incluidas muchas personas que viven con VIH. Tratar su VIH y cuidar su salud en general puede ser difícil si no tiene hogar. Si no tiene hogar, hay programas que ofrecen una variedad de servicios, que incluyen alojamiento, alimentos, asesoramiento y capacitación en habilidades para el empleo.

4.4.5. Servicios con que cuenta la vivienda



Grafica N°86

Servicios con que cuenta la vivienda

Los servicios básicos en una vivienda son muy importantes para el entorno en que las personas interactúan y se desarrollan. Al respecto, expertos de la comisión nacional de vivienda identificaron cuatro servicios básicos con los que deben contar las viviendas; acceso al agua potable, disponibilidad de servicios de drenaje, servicio de electricidad y combustible para cocinar en la vivienda.

Barrio Norte Cuadro 137

Servicios	Número	Porcentaje
Luz	18	47%
Agua potable	18	47%
Letrina	0	0%
Servicios sanitario	2	5%
Total	38	100%

Ciricito - Cuadro 140

Servicios	Número	Porcentaje
Luz	3	33%
Agua potable	3	33%
Letrina	1	11%
Servicios sanitario	2	22%
Total	9	100%

Barrio Sur - Cuadro 138

Servicios	Número	Porcentaje
Luz	15	43%
Agua potable	15	43%
Letrina	0	0%
Servicios sanitario	5	14%
Total	35	100%

Cristóbal - Cuadro 141

Servicios	Número	Porcentaje
Luz	30	42%
Agua potable	30	42%
Letrina	5	7%
Servicios sanitario	6	8%
Total	71	100%

Escobal Cuadro 139

Servicios	Número	Porcentaje
Luz	3	30%
Agua potable	3	30%
Letrina	2	20%
Servicios sanitario	2	20%
Total	10	100%

Cativá - Cuadro 142

Servicios	Número	Porcentaje
Luz	20	33%
Agua potable	20	33%
Letrina	8	13%
Servicios sanitario	12	20%
Total	60	100%

Puerto Pilón - Cuadro 143

Servicios	Número	Porcentaje
Luz	15	31%
Agua potable	15	31%
Letrina	5	10%
Servicios sanitario	14	29%
Total	49	100%

Sabanitas - Cuadro 144

Servicios	Número	Porcentaje
Luz	18	38%
Agua potable	18	38%
Letrina	4	9%
Servicios sanitario	7	15%
Total	47	100%

Nueva Providencia - Cuadro 145

Servicios	Número	Porcentaje
Luz	3	30%
Agua potable	3	30%
Letrina	1	10%
Servicios sanitario	3	30%
Total	10	100%

Limón - Cuadro 146

Servicios	Número	Porcentaje
Luz	4	33%
Agua potable	4	33%
Letrina	2	17%
Servicios sanitario	2	17%
Total	12	100%

Buena Vista - Cuadro 147

Servicios	Número	Porcentaje
Luz	5	33%
Agua potable	5	33%
Letrina	2	13%
Servicios sanitario	3	20%
Total	15	100%

Salamanca - Cuadro 148

Servicios	Número	Porcentaje
Luz	3	30%
Agua potable	3	30%
Letrina	2	20%
Servicios sanitario	2	20%
Total	10	100%

Nuevo San Juan - Cuadro 149

Servicios	Número	Porcentaje
Luz	4	33%
Agua potable	4	33%
Letrina	2	17%
Servicios sanitario	2	17%
Total	12	100%

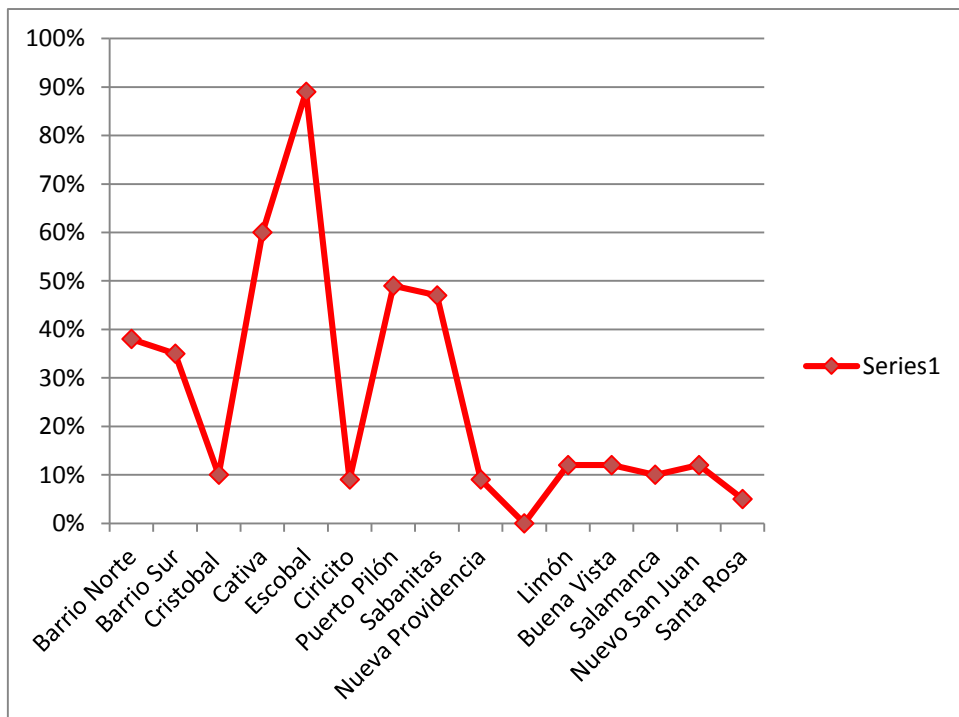
Santa Rosa - Cuadro 150

Servicios	Número	Porcentaje
Luz	2	40%
Agua potable	1	20%
Letrina	1	20%
Servicios sanitario	1	20%
Total	5	100%

Fuente: encuesta social, aplicada a pacientes atendidos en los diferentes programas que se desarrollan en el Albergue de María, provincia de Colón.

Se define autocuidado como las acciones que permiten al individuo atender de una forma adecuada su situación de salud, frente a determinada enfermedad, a fin de evitar el deterioro y/o complicaciones. Estas acciones puede realizarlas por sí mismo y con los recursos a su alcance, partiendo de las recomendaciones dadas por el personal de salud.

4.5.Fuente y conocimiento del tema, medio donde obtuvo la información



Grafica N°87

La fuente de conocimiento o medio de información son instrumentos para el conocimiento, búsqueda y acceso a la información. Le contribuyen todos los elementos capaces de suministrar información para ser utilizada en una investigación.

Factores asociados son aquellos elementos que pueden condicionar una situación, convirtiéndose en los causantes de la evolución o transformación de los hechos.

Los medios de comunicación social son instrumentos de información, educación, recreación y difusión cultural y científica. Cuando sean usados para la publicidad o la difusión de propaganda, éstas no deben ser contrarias a la salud, la moral, la educación, formación cultural de la sociedad y la conciencia nacional

Barrio Norte - Cuadro 151

Medio de información	Número	Porcentaje
Radio	5	13%
Televisión	10	26%
Folleto	5	13%
Revista	5	13%
Periódico	5	13%
Internet	8	21%
Total	38	100%

Escobal - Cuadro 153

Medio de información	Número	Porcentaje
Radio	2	20%
Televisión	2	20%
Folleto	2	20%
Revista	1	10%
Periódico	2	20%
Internet	1	10%
Total	10	100%

Barrio Sur - Cuadro 152

Medio de información	Número	Porcentaje
Radio	5	14%
Televisión	8	23%
Folleto	5	14%
Revista	5	14%
Periódico	7	20%
Internet	5	14%
Total	35	100%

Ciricito - Cuadro 154

Medio de información	Número	Porcentaje
Radio	2	22%
Televisión	3	33%
Folleto	2	22%
Revista	1	11%
Periódico	1	11%
Internet	0	0%
Total	9	100%

Fuente: encuesta social, aplicada a pacientes atendidos en los diferentes programas que se desarrollan en el Albergue de María, provincia de Colón.

Cristóbal – Cuadro 155

Medio de información	Número	Porcentaje
Radio	10	11%
Televisión	10	11%
Folleto	18	20%
Revista	18	20%
Periódico	21	24%
Internet	12	13%
Total	89	100%

Puerto Pilón - Cuadro 157

Medio de información	Número	Porcentaje
Radio	16	33%
Televisión	5	10%
Folleto	10	20%
Revista	8	16%
Periódico	0	0%
Internet	10	20%
Total	49	100%

Cativá - Cuadro 156

Medio de información	Número	Porcentaje
Radio	15	25%
Televisión	15	25%
Folleto	15	25%
Periódico	10	17%
Internet	5	8%
Total	60	100%

Sabanitas - Cuadro 158

Medio de información	Número	Porcentaje
Radio	10	21%
Televisión	8	17%
Folleto	10	21%
Revista	0	0%
Periódico	8	17%
Internet	11	23%
Total	47	100%

Fuente: encuesta social, aplicada a pacientes atendidos en los diferentes programas que se desarrollan en el Albergue de María, provincia de Colón.

Nueva Providencia - Cuadro 159

Medio de información	Número	Porcentaje
Radio	2	22%
Televisión	2	22%
Folleto	1	11%
Revista	0	0%
Periódico	1	11%
Internet	3	33%
Total	9	100%

Salamanca – Cuadro 162

Medio de información	Número	Porcentaje
Radio	2	20%
Televisión	1	10%
Folleto	2	20%
Revista	0	0%
Periódico	0	0%
Internet	5	50%
Total	10	100%

Limón - Cuadro 160

Medio de información	Número	Porcentaje
Radio	3	25%
Televisión	3	25%
Folleto	4	33%
Revista	0	0%
Periódico	0	0%
Internet	2	17%
Total	12	100%

Nuevo San Juan - Cuadro 163

Medio de información	Número	Porcentaje
Radio	2	17%
Televisión	1	8%
Folleto	4	33%
Revista	0	0%
Periódico	0	0%
Internet	5	42%
Total	12	100%

Buena Vista - Cuadro 161

Medio de información	Número	Porcentaje
Radio	2	17%
Televisión	2	17%
Folleto	4	33%
Revista	0	0%
Periódico	1	8%
Internet	3	25%
Total	12	100%

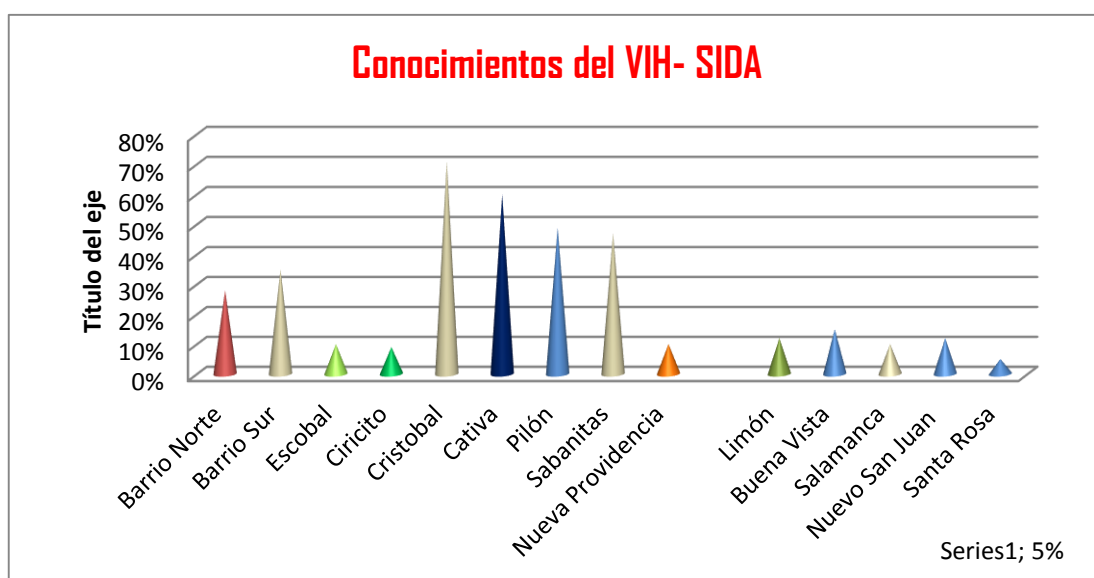
Santa Rosa - Cuadro 164

Medio de información	Número	Porcentaje
Radio	1	20%
Televisión	1	20%
Folleto	2	40%
Revista	0	0%
Periódico	0	0%
Internet	1	20%
Total	5	100%

Los medios de comunicación, como especial vehículo de formación y educación de la colectividad, deberán promover, de manera constante y permanente, el desarrollo integral del menor, respetando los principios de moral, salud física o mental de los menores.

Desarrollo de programas en los medios de comunicación (prensa, radio y televisión) agresivos y positivos que sensibilicen la opinión pública y aboguen por la defensa de los afectados por la epidemia e inclusión de la diversidad sexual.

4.6. Conocimientos del VIH- SIDA



Grafica N°88

El objetivo de la prevención es lograr que la población adquiriera suficientes conocimientos sobre las ITS/VIH/SIDA, para que sean capaces de reconocer el entorno y los comportamientos de riesgo y puedan modificar sus conductas y/o entornos para adquirir estilos de vida saludables.

Barrio Norte - Cuadro 165

Conocimiento	Número	Porcentaje
Mucho	15	54%
Poco	13	46%
Nada	0	0%
Total	28	100%

Cristóbal - Cuadro 169

Conocimiento	Número	Porcentaje
Mucho	20	28%
Poco	35	49%
Nada	16	23%
Total	71	100%

Barrio Sur - Cuadro 166

Conocimiento	Número	Porcentaje
Mucho	8	23%
Poco	15	43%
Nada	12	34%
Total	35	100%

Cativá - Cuadro 170

Conocimiento	Número	Porcentaje
Mucho	10	17%
Poco	20	33%
Nada	30	50%
Total	60	100%

Escobal - Cuadro 167

Conocimiento	Número	Porcentaje
Mucho	4	40%
Poco	3	30%
Nada	3	30%
Total	10	100%

Puerto Pilón- Cuadro 171

Conocimiento	Número	Porcentaje
Mucho	10	20%
Poco	15	31%
Nada	24	49%
Total	49	100%

Ciricito - Cuadro 168

Conocimiento	Número	Porcentaje
Mucho	4	44%
Poco	2	22%
Nada	3	33%
Total	9	100%

Sabanitas - Cuadro 172

Conocimiento	Número	Porcentaje
Mucho	15	32%
Poco	17	36%
Nada	15	32%
Total	47	100%

Fuente: encuesta social, aplicada a pacientes atendidos en los diferentes programas que se desarrollan en el Albergue de María, provincia de Colón.

Nueva Providencia - Cuadro 173

Conocimiento	Número	Porcentaje
Mucho	2	20%
Poco	4	40%
Nada	4	40%
Total	10	100%

Salamanca - Cuadro 176

Conocimiento	Número	Porcentaje
Mucho	4	40%
Poco	3	30%
Nada	3	30%
Total	10	100%

Limón - Cuadro 174

Conocimiento	Número	Porcentaje
Mucho	2	17%
Poco	6	50%
Nada	4	33%
Total	12	100%

Nuevo San Juan - Cuadro 177

Conocimiento	Número	Porcentaje
Mucho	4	33%
Poco	3	25%
Nada	5	42%
Total	12	100%

Buena Vista - Cuadro 175

Conocimiento	Número	Porcentaje
Mucho	7	47%
Poco	7	47%
Nada	1	7%
Total	15	100%

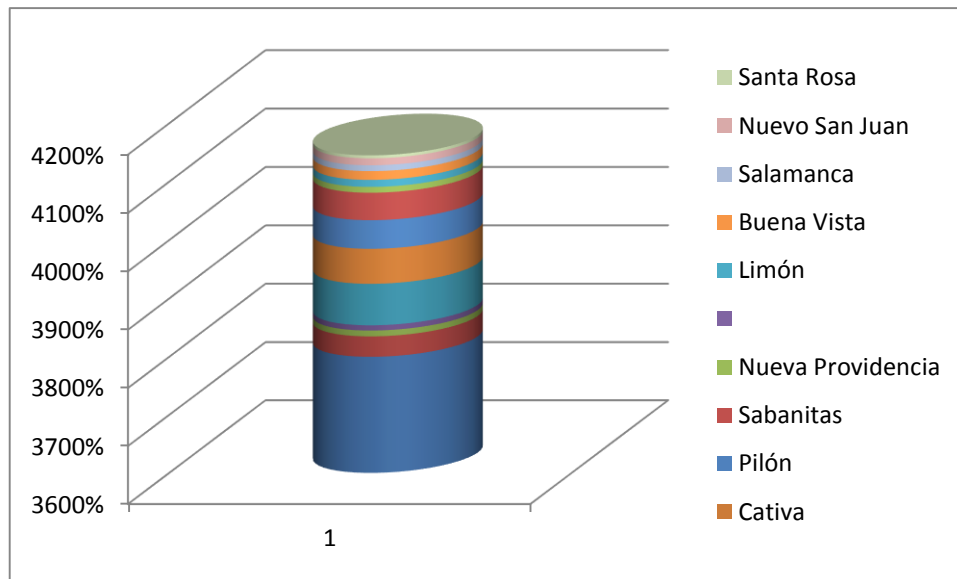
Santa Rosa - Cuadro 178

Conocimiento	Número	Porcentaje
Mucho	2	40%
Poco	3	60%
Nada	0	0%
Total	5	100%

Fuente: encuesta social, aplicada a pacientes atendidos en los diferentes programas que se desarrollan en el Albergue de María, provincia de Colón.

Para proporcionar apoyo a la persona con VIH y a sus familias, se requieren destrezas, conocimientos, conciencia de sí mismo y experiencia. Las técnicas de asesoría y comunicación descritas en las secciones anteriores proporcionan la base para trabajar eficazmente como asesor a domicilio. No obstante, algunas personas con VIH, y en especial aquellas que entran a la fase sida, antes o después del comienzo del tratamiento antirretroviral, pueden necesitar de la atención de los servicios de salud mental.

4.7. Factores asociados a la enfermedad



Grafica N°89

Explorar los conocimientos que tiene el usuario, solicitándole que exprese lo que sabe acerca de la infección, la enfermedad, la prueba de VIH y formas de prevención. Esto permite valorar el nivel de información que maneja y evitar repetir aspectos que ya son de su dominio.

Se debe reconocer la validez de conocimientos correctos, especialmente con jóvenes, que verán disminuir la distancia con el asesor. Por otro lado, la enfermedad por sí misma, o la posibilidad del diagnóstico pueden reactivar patologías mentales preexistentes, las cuales deben recibir una inmediata atención por parte del equipo multidisciplinario, con miras a proteger al individuo y/o al grupo social. Es deber de asesor, la detección temprana y eficiente de estas condiciones para poder hacer una referencia oportuna al especialista adecuado.

Barrio Norte - Cuadro 179

Factores asociados	Número	Porcentaje
Promiscuidad	10	26%
Droga	10	26%
Alcohol	10	26%
Otros	8	21%
Total	38	100%

Barrio Sur - Cuadro 180

Factores asociados	Número	Porcentaje
Promiscuidad	16	46%
Droga	10	29%
Alcohol	5	14%
Otros	4	11%
Total	35	100%

Escobal - Cuadro 181

Factores asociados	Número	Porcentaje
Promiscuidad	4	40%
Droga	3	30%
Alcohol	2	20%
Otros	1	10%
Total	10	100%

Ciricito - Cuadro 182

Factores asociados	Número	Porcentaje
Promiscuidad	2	22%
Droga	3	33%
Alcohol	3	33%
Otros	1	11%
Total	9	100%

Cristóbal - Cuadro 183

Factores asociados	Número	Porcentaje
Promiscuidad	30	42%
Droga	15	21%
Alcohol	19	27%
Otros	7	10%
Total	71	100%

Cativá - Cuadro 184

Factores asociados	Número	Porcentaje
Promiscuidad	21	35%
Droga	15	25%
Alcohol	14	23%
Otros	10	17%
Total	60	100%

Fuente: encuesta social, aplicada a pacientes atendidos en los diferentes programas que se desarrollan en el Albergue de María, provincia de Colón.

Puerto Pilón - Cuadro 185

Factores asociados	Número	Porcentaje
Promiscuidad	15	31%
Droga	17	35%
Alcohol	8	16%
Otros	9	18%
Total	49	100%

Sabanitas - Cuadro 186

Factores asociados	Número	Porcentaje
Promiscuidad	19	40%
Droga	16	34%
Alcohol	10	21%
Otros	2	4%
Total	47	100%

Nueva Providencia - Cuadro 187

Factores asociados	Número	Porcentaje
Promiscuidad	2	20%
Droga	3	30%
Alcohol	1	10%
Otros	4	40%
Total	10	100%

Fuente: encuesta social, aplicada a pacientes atendidos en los diferentes programas que se desarrollan en el Albergue de María, provincia de Colón.

Limón - Cuadro 188

Factores asociados	Número	Porcentaje
Promiscuidad	2	17%
Droga	4	33%
Alcohol	4	33%
Otros	2	17%
Total	12	100%

Buena Vista - Cuadro 189

Factores asociados	Número	Porcentaje
Promiscuidad	4	27%
Droga	4	27%
Alcohol	3	20%
Otros	4	27%
Total	15	100%

Salamanca - Cuadro 190

Factores asociados	Número	Porcentaje
Promiscuidad	2	20%
Droga	4	40%
Alcohol	4	40%
Otros	0	0%
Total	10	100%

Fuente: encuesta social, aplicada a pacientes atendidos en los diferentes programas que se desarrollan en el Albergue de María, provincia de Colón.

Nuevo San Juan - Cuadro 191

Factores asociados	Número	Porcentaje
Promiscuidad	4	33%
Droga	2	17%
Alcohol	5	42%
Otros	1	8%
Total	12	100%

Santa Rosa Cuadro 192

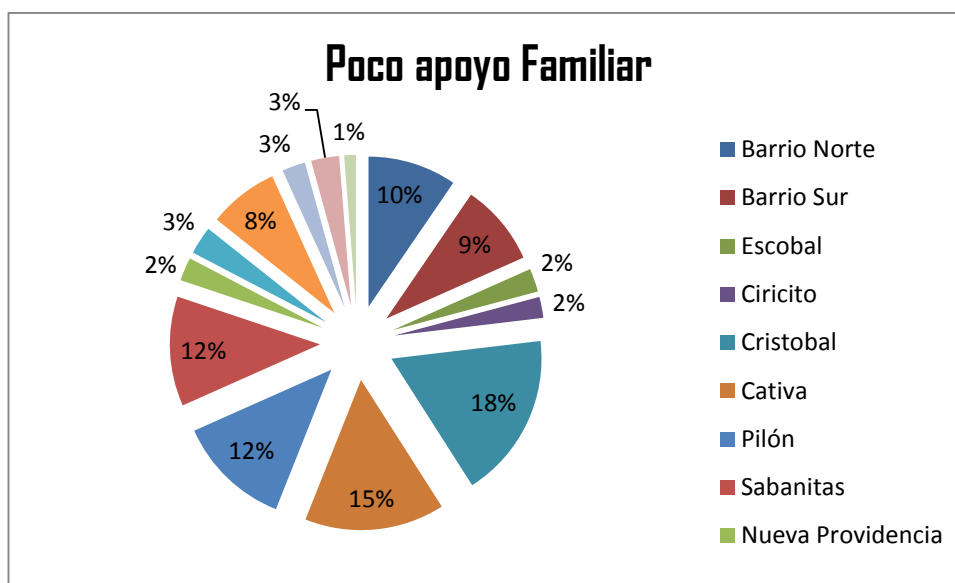
Factores asociados	Número	Porcentaje
Promiscuidad	2	40%
Droga	1	20%
Alcohol	2	40%
Otros	0	0%
Total	5	100%

Fuente: encuesta social, aplicada a pacientes atendidos en los diferentes programas que se desarrollan en el Albergue de María, provincia de Colón.

A pesar de la asesoría pre-y post-prueba, habrá momentos durante el transcurso de la infección o de la enfermedad, en que la persona con VIH tendrá una necesidad especial de apoyo y asistencia en el manejo de su vida diarias.

El personal que realiza visita a domicilio puede ser alguna de las pocas personas que pueden proporcionar este servicio. Integrar al familiar en el asesoramiento, puede suponer una gran ayuda para que la persona con VIH sea más aceptada y apoyada por su familia.

4.8. Impacto del poco apoyo Familiar



Grafica N°90

Poco apoyo familiar como la ausencia de la unidad familiar durante cualquier evento de enfermedad, discapacidad y ausencia de cualquiera de sus miembros.

Actitud es un procedimiento habitual que se produce en diferentes circunstancias. Las actitudes determinan la vida anímica de cada individuo.

Barrió Norte - Cuadro 193

Factores asociados	N°	Porcentaje
Aceptación	15	54%
Rechazo	11	39%
Sentimiento de culpa	12	43%
Total	38	136%

Barrio Sur - Cuadro 194

Factores asociados	N°	Porcentaje
Aceptación	10	29%
Rechazo	25	71%
Sentimiento de culpa	0	0%
Total	35	100%

Fuente: encuesta social, aplicada a pacientes atendidos en los diferentes programas que se desarrollan en el Albergue de María, provincia de Colón.

Escobal - Cuadro 195

Factores asociados	N°	Porcentaje
Aceptación	2	20%
Rechazo	8	80%
Sentimiento de culpa	0	0%
Total	10	100%

Puerto Pílon - Cuadro 199

Factores asociados	N°	Porcentaje
Aceptación	10	20%
Rechazo	39	80%
Sentimiento de culpa	0	0%
Total	49	100%

Ciricito - Cuadro 196

Factores asociados	N°	Porcentaje
Aceptación	5	56%
Rechazo	3	33%
Sentimiento de culpa	1	11%
Total	9	100%

Sabanitas- Cuadro 200

Factores asociados	N°	Porcentaje
Aceptación	20	43%
Rechazo	12	26%
Sentimiento de culpa	15	32%
Total	47	100%

Cristóbal - Cuadro 197

Factores asociados	N°	Porcentaje
Aceptación	40	56%
Rechazo	31	44%
Sentimiento de culpa	0	0%
Total	71	100%

Nueva Providencia - Cuadro 201

Factores asociados	N°	Porcentaje
Aceptación	3	30%
Rechazo	6	60%
Sentimiento de culpa	1	10%
Total	10	100%

Cativá - Cuadro 198

Factores asociados	N°	Porcentaje
Aceptación	20	33%
Rechazo	15	25%
Sentimiento de culpa	25	42%
Total	60	100%

Limón- Cuadro 202

Factores asociados	N°	Porcentaje
Aceptación	5	42%
Rechazo	7	58%
Sentimiento de culpa	0	0%
Total	12	100%

Buena Vista - Cuadro 203

Factores asociados	Nº	Porcentaje
Aceptación	15	50%
Rechazo	10	33%
Sentimiento de culpa	5	17%
Total	30	100%

Nuevo San Juan – Cuadro 205

Factores asociados	Nº	Porcentaje
Aceptación	5	42%
Rechazo	6	50%
Sentimiento de culpa	1	8%
Total	12	100%

Salamanca - Cuadro 204

Factores asociados	Nº	Porcentaje
Aceptación	5	50%
Rechazo	4	40%
Sentimiento de culpa	1	10%
Total	10	100%

Santa Rosa - Cuadro 206

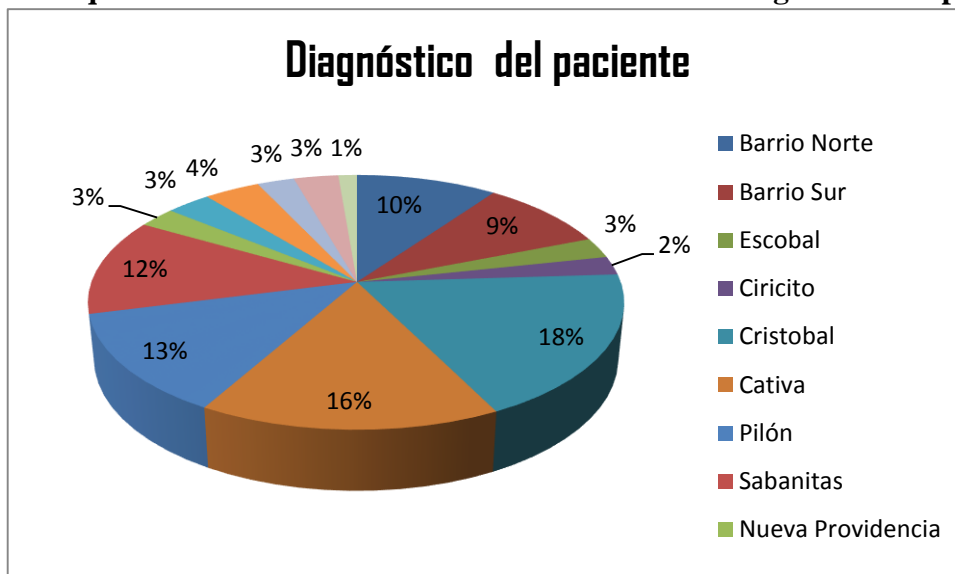
Factores asociados	Nº	Porcentaje
Aceptación	2	40%
Rechazo	3	60%
Sentimiento de culpa	0	0%
Total	5	100%

Fuente: encuesta social, aplicada a pacientes atendidos en los diferentes programas que se desarrollan en el Albergue de María, provincia de Colón.

Escuchar a la persona sin interrupción. Permitirle a la persona que nos hable de cómo se siente y todo lo que la nueva situación implica para ella. Dejarla que se desahogue, ya que hablar de sus síntomas puede ayudarle a encontrar el apoyo y medidas eficaces para poder manejar sus síntomas. Acompañamiento psicológico se define como el proceso a través del cual una persona o profesional capacitado brinda apoyo y sostén a la persona que ha sido diagnosticada o padece la enfermedad.

Apoyo emocional la atención a la familia va a depender de la etapa de la infección en la cual la persona ha sido notificada. Generalmente, en casos de enfermedad más avanzada en el paciente, la aceptación de la familia es mayor, por la percepción de proximidad no evitable de la muerte.

4.9. Actitud que asumió la familia al momento de conocer el diagnóstico del paciente



Grafica N°91

Se le debe enfocar a la persona con VIH que el mismo es un padecimiento crónico, que a la fecha no tiene cura, pero sí control. Se sugiere hacer un compromiso de visitas diarias, cuya duración dependerá de la etapa en la cual se está trabajando día a día. Además, es conveniente incluir técnicas de relajación que permitan ayudar en los momentos de ansiedad que la persona pueda experimentar.

Un diagnóstico por VIH no supone el final de la vida, aún quedan muchas cosas por hacer y resolver, al diagnóstico, las pruebas de laboratorio, los métodos para prevenir la transmisión de madre a hijo; y mejorar la comprensión de los factores que influyen en la epidemia y las medidas para hacerle frente mediante, entre otras cosas, más recursos y alianzas entre el sector público y el privado; establecer un entorno propicio para la investigación y cerciorarse de que ésta se ciña a los más altos principios éticos.

Barrio Norte - Cuadro 207

Busco ayuda	Número	Porcentaje
Sí	10	26%
No	28	74%
Total	38	100%

Barrio Sur - Cuadro 208

Busco ayuda	Número	Porcentaje
Sí	9	26%
No	26	74%
Total	35	100%

Fuente: encuesta social, aplicada a pacientes atendidos en los diferentes programas que se desarrollan en el Albergue de María, provincia de Colón.

Escobal - Cuadro 209

Busco ayuda	Número	Porcentaje
Sí	4	40%
No	6	60%
Total	10	100%

Ciricito - Cuadro 210

Busco ayuda	Número	Porcentaje
Sí	0	0%
No	9	100%
Total	9	100%

Cristóbal - Cuadro 211

Busco ayuda	Número	Porcentaje
Sí	35	49%
No	36	51%
Total	71	100%

Cativá - Cuadro 212

Busco ayuda	Número	Porcentaje
Sí	25	42%
No	35	58%
Total	60	100%

Puerto Pílon - Cuadro 213

Busco ayuda	Número	Porcentaje
Sí	28	57%
No	21	43%
Total	49	100%

Sabanitas - Cuadro 214

Busco ayuda	Número	Porcentaje
Sí	21	45%
No	26	55%
Total	47	100%

Nueva Providencia- Cuadro 215

Busco ayuda	Número	Porcentaje
Sí	4	40%
No	6	60%
Total	10	100%

Limón - Cuadro 216

Busco ayuda	Número	Porcentaje
Sí	0	0%
No	12	100%
Total	12	100%

Buena Vista - Cuadro 217

Busco ayuda	Número	Porcentaje
Sí	7	47%
No	8	53%
Total	15	100%

Salamanca - Cuadro 218

Busco ayuda	Número	Porcentaje
Sí	4	40%
No	6	60%
Total	10	100%

Nuevo San Juan - Cuadro 219

Busco ayuda	Número	Porcentaje
Sí	5	42%
No	7	58%
Total	12	100%

Santa Rosa - Cuadro 220

Busco ayuda	Número	Porcentaje
Sí	2	40%
No	3	60%
Total	5	100%

CAPITULO V

5.1. Propuesta

“Fortalecimiento de la dinámica familiar para mejorar el poco apoyo que reciben las personas que viven con VIH/SID.

5.2. Justificación

Esta propuesta surge ya que en Panamá, la provincia de Colón es una de las provincias con mayor incidencia de casos de VIH/SIDA. Es por ello que este albergue inicio su camino el 21 de octubre de 1999 a solicitud del monseñor Carlos María Arzobispo de Colón Guna Yala, y a partir del 11 de febrero del año 2,000; ofrece servicios a los enfermos con VIH-SIDA, tanto infantil como adultos de la provincia de Colón, Darién y la comarca Guna Yala, se brindan atenciones a cerca de 238 personas aproximadamente al mes, de las cuales 120 son niños, esto entre pacientes ambulatorios que llegan en busca de medicamentos, alimentos y seguimiento y los que son admitidos.

Luego en el año 2005 se inauguran las clínicas de pediatría y en el año 2007 se inaugura la clínica de odontología, consultorios de psicología, trabajo social y sala de fisioterapias.

Esta condición de las personas afectadas por el **VIH**, significa virus de inmunodeficiencia humana, causante de la infección del mismo nombre. Las siglas “**VIH**” pueden referirse al virus y a la infección que causa. **SIDA** de las cuales significa síndrome de inmunodeficiencia adquirida. El **SIDA** es la fase más avanzada de infección por el **VIH**.

El albergue de María cuenta con 2 Trabajadoras Sociales; una que se encarga de la población de niños y niñas y adolescentes internos y externos y la otra de los pacientes adultos internos y externos, además de los niños de madres (que al realizarse el control prenatal arrojaron positivo (calificativos de niños expuestos) reciben la atención pediátrica, se realizan las atenciones y los estudios necesarios para determinar su

condición de resultar negativos para el VIH el menor sale de las atenciones y se registra como niño sano. El VIH/SIDA es un problema que afecta la salud pública en general desde distintos puntos de vista.

Si bien es cierto la profesión de Trabajo Social en esencia con nuestro abordaje de intervención pretende en el albergue de María, brindar una atención integral, desde el trabajo individual, grupal, comunidad, asistencial, gestora, terapéutica, promocional, educativa, conciencizadora, orientaciones, evaluaciones, promotor, animador, visitas a hospitales - domiciliarias y etc.

Procuramos entrelazar estrategias y metodologías de trabajo que permitan brindar el apoyo, la comprensión y la solidaridad para la persona con VIH/SIDA y su familia para que así puedan enfrentar el aislamiento, la ignorancia, la vergüenza, el silencio y la deshumanización que caracteriza a nuestra sociedad en relación a la temática del VIH/SIDA.

Es necesario adentrarnos en un análisis - estudio - reflexión de los métodos o formas de intervención que vayan cónsonos con la necesidad de esta población de pacientes con VIH-SIDA, donde se requiere de una intervención profesional desde otras perspectivas y coherentes con los principios que orientan al Trabajador Social.

Es importante reconocer que los esfuerzos de las y los distintos profesionales que han laborado con personas VIH/SIDA y sobre todo de Trabajo Social, han permitido asimilar la enfermedad de manera diferente, considerando que se trabaja con personas que tienen derechos y que no deben ser juzgadas, ni discriminadas. Asimismo aunque el trabajo social en el área del SIDA es relativamente reciente y está escrito “de manera

dolorosa sobre la experiencia de seres humanos que lo sufren, ello nos obliga a rechazar esquemas mentales y de trabajo, a hablar un idioma universal de respeto y tolerancia, a exacerbar la creatividad y sobre todo dentro de un concepto solidario, unir esfuerzos con todas las personas que transitaron y continúan por esta ruta, a fin de ofrecer respuestas efectivas para este flagelo que está diezmando la humanidad" .

Es por lo tanto que nuestro accionar con esta población de pacientes con VIH-SIDA, y el manejo de apoyo intrafamiliar, influye de manera determinante en la adherencia al tratamiento, ya que es indispensable que el paciente tome su medicación libremente, sin esconderla, en algunos casos que puedan contar con el apoyo-refuerzo-motivación con alguien de la familia que se lo recuerde, si es necesario. La familia es un pilar importante, pero la responsabilidad respecto al tratamiento es siempre del paciente. Estar bien adherido al tratamiento, es decir, tomar toda la medicación y a la hora indicada, le permitirá no sólo vivir más años, sino también vivirlos con mejor calidad de vida. Dada la complejidad que encierra este estudio de tipo cuantitativo, se considera factible y adecuado abordarla bajo una perspectiva integradora.

Actualmente el VIH/SIDA es una enfermedad que tiene en alerta los índices de salud a nivel mundial. Su expansión ha cobrado miles de vidas, y el impacto social que se desprende de tan devastadora enfermedad, no logra medirse debido al constante aumento en el deterioro de las relaciones humanas, la injusticia, el abandono, la desintegración familiar y el manejo inadecuado de todo aquel campo en el que media una vida humana en riesgo social.

En un inicio de la epidemia de VIH/sida, los hombres eran los más afectados, y pese a que aún es así, las mujeres ya los están alcanzando; un estrecho margen los divide. Datos

estadísticos e investigaciones al respecto nos llevan a que en nuestro país no está lejos de este flagelo; presentaremos reportes como los siguientes: Panamá registró sus primeros casos de SIDA en el año 1984, y al año siguiente comenzó a funcionar el primer centro de examen y asesoramiento en VIH/SIDA.

La epidemia ha crecido concentrada en grupos identificados como de alta vulnerabilidad y vulnerables: personas privadas de libertad, jóvenes e indígenas, principalmente, Kunas (aproximadamente un 10% de la población de Panamá es indígena).” 2012 Según cálculos de la OMS-ONUSIDA”. Una de las razones para transmisión del VIH/SIDA en este país, es su ubicación geográfica como puente que une Centroamérica con Sudamérica.

Esta condición convierte a Panamá en el punto de tránsito para poblaciones migrantes, las cuales, resultan difíciles de captar ya sea para proveerles información de prevención del VIH/SIDA. (1984-2004)”Situación Epidemiológica del Sida en la República de Panamá.”

En Panamá se ha conmemorado el 1 de diciembre como día mundial de la lucha contra el SIDA. Panamá ha elaborado leyes destinadas a regir todos los aspectos de esta epidemia. En el año 2000 se crea la Ley N° 3 General sobre las ITS y VIH/SIDA. Un año después, se promulgó el decreto Ejecutivo N° 119, el cual reglamenta esta Ley.

La sociedad civil, principalmente grupos de PVVS, ONG y organismos internacionales, también respondieron a investigaciones a la epidemia. Es así como surgen instituciones como la Asociación Hombres y Mujeres Nuevos de Panamá (AHMNP), PROBIDSIDA, grupo Génesis, APLAFA y otros a los que se suman organizaciones como la Cruz Roja

Panameña (CRP), Defensoría del Pueblo y el Instituto Interamericano de Derechos Humanos en Salud (IIDHESA). Muchas de las acciones de estas organizaciones están orientadas al apoyo social y psicológico, pero de un modo no sistematizado, con escasos y focalizados en los grupos más vulnerables.

Esta propuesta nos permitirá realizar una intervención centrada en la familia de donde surge una complejidad de aspectos tanto clínicos como psicosociales propios de esta patología (VIH/SIDA). La dimensión del problema del VIH/SIDA conlleva una serie de elementos tales como:

- La distribución social de la enfermedad entendida como posibilidades diferenciadas según el sector social de pertenencia para adquirir la infección y acceder a recursos de tratamiento y prevención.
- Discriminación se trabaja mucho este aspecto puesto que se discrimina mucho a estas personas con actitudes de rechazo y aislamiento.
- Las representaciones sociales, los mitos y prejuicios que encierran, las definiciones sobre causas y consecuencias de la enfermedad y su incidencia en las prácticas de cuidados y prevención.
- El apoyo social es un elemento prioritario para contrarrestar deficiencias inmunitarias.
- Queremos enfatizar que la familia representa mucho más que cuidado y apoyo mutuo, para muchos de nosotros contribuye a ser el espacio en el que realizamos nuestras más profundas experiencias humanas.

Hacemos referencia a la familia ya que el tratamiento del cuerpo está íntimamente ligado a la condición emocional del sujeto, es importante señalar que las relaciones sociales

actúan como determinantes del proceso de salud, enfermedad, atención, contribuyendo un mapa de vulnerabilidades diferenciales entre la población.

El tema del VIH/SIDA obligan a interrogarse sobre temas de sexualidad, las condiciones socioeconómicas, el placer, el riesgo, la política, economía el cuerpo y la atención de la propia salud, las situaciones de violencia, los diversos estilos de parejas, el control social, los derechos humanos, la ética en fin es un elemento bien complejo.

Ponemos de manifiesto las necesidades sentidas como punto de partida de la intervención e indagar sobre el significado que los sujetos les asignan a fin de que contribuyan al inicio de una dinámica de transformación se unen a la problemática de las condiciones materiales de vida y de las dificultades para el tratamiento del VIH/SIDA y otras necesidades como:

- Afecto: intolerancia, discriminación en el ámbito laboral.
- Entendimiento: pedido de información sobre el tema.
- Participación: interés por integrarse a otros conformando un grupo de pertenencia.
- Ocio: grupo de actividades que permitan disfrutar el tiempo libre y despreocuparse momentáneamente.
- Creación deseo de trabajar no solo por un interés económico sino como actividades de reproducción, como posibilidad de expresión y gestación de proyectos.
- Identidad problemática de la autoestima y aceptación de las diferencias.
- Libertad: oportunidad laboral como independencia, aumento de autonomía y autoestima.

El VIH/SIDA constituye un revelador social que evidencia situaciones sociales de injusticias y de exclusión, esto conlleva a mitos y prejuicios que muestran la intolerancia

a la diferencia, la exclusión como mecanismo de seguridad ante lo que ignora y se teme, el encubrimiento de cuestiones que implican dolor, sufrimiento y muerte. Proponemos establecer estrategias para la atención integral y continua de personas que viven con VIH/SIDA de tal forma que la misma está integrada por componentes.

Promoción y prevención	Servicios de apoyo
<ul style="list-style-type: none"> • Consejería y diagnóstico 	En el primer componente de promoción y prevención se contempla fomentar estilos de vidas saludables que eviten la transmisión y aparición de nuevos casos de infección.
<ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento 	La Buena ingesta de la terapia antiretroviral.
<ul style="list-style-type: none"> • Cuidados clínicos 	Cumplimiento responsable de sus controles clínicos.

5.3. Objetivos

Objetivo General:

- Trabajar con los pacientes que viven con el VIH/SIDA y los familiares para mejorar la situación del poco apoyo familiar.

Objetivos Específicos:

- Concienciar a las personas lo significativo que es apoyo familiar para una persona que vive con VIH/SIDA.
- Mantener el interés de apoyar emocionalmente a las personas que viven con VIH/SIDA específicamente la familia.
- Identificar las situaciones sociales que afectan las relaciones familiares de personas que viven con VIH/SIDA.
- Ofrecer asesoría a la familia durante el proceso de recuperación.

5.4. Alcance

Es necesario recordar que nuestra profesión se cimienta sobre las bases de la solidaridad, la comprensión, la ayuda mutua, por lo tanto, aunar esfuerzos para mejorar la calidad de vida de personas que sufren a causa del VIH/SIDA.

La principal razón por la que este tema de investigación nos lleva a buscar un norte en nuestro accionar y sin dejar atrás los años de experiencia con esta población vulnerable como es el VIH-SIDA; en niños/as, jóvenes y adultos; provenientes de la provincia de Colón, comarca indígena Guna Yala y Darién. Los efectos de la enfermedad en su mayoría, sufren de discriminación y algunos el olvido de sus familiares. Es por ello que, centrándonos en esta problemática, hay que buscar los mecanismos pertinentes y cónsonos con la realidad que viven día a día, años tras años.

Las personas con seropositividad tienden a sentir cierta incertidumbre al momento de informarles a sus familiares, sobre su condición, lo que puede desencadenar muchas reacciones, tanto positivas de aceptación y apoyo como negativas; al rechazo, a las recriminaciones sobre el estilo de vida y, por otro lado, cuestionamientos, abandono, al que dirán, al contagio. etc.

Las familias de pacientes con VIH-SIDA al conocer el diagnóstico entran en un estado estresante y de incertidumbre, La revelación del diagnóstico es vivida por los miembros de la familia como un fuerte impacto emocional, que puede generar reacciones de incredulidad, tristeza, miedo o desesperación y manifestarse a través de alteraciones del estado de ánimo, como el llanto o el insomnio., hasta rechazar al familiar con VIH-SIDA, Es aquí donde también se encuentra el paciente en la encrucijada en un proceso de adaptación a pérdidas de diversa índole (económicas, laborales, académicas, sociales).

Una fuente fundamental de apoyo para el paciente es la familia, y sin ella se hará más difícil su proceso de manejo del tratamiento y asimilación de aceptación. De aquí el apoyo que pueda recibir por instancias en el manejo de su condición, de igual manera el centro o albergue desea coordinar con los familiares de manera que el proceso de rehabilitación del paciente sea integral. En este proceso es de importancia el acceso a los medicamentos antirretrovirales que le ayudaran a mantenerse en vida y que el VIH/SIDA no se convierta en una enfermedad crónica. Sin embargo, a diferencia de otras enfermedades de este tipo, ésta tiene un impacto psicosocial distinto debido a su estigmatización.

Cuando los miembros de la familia se enteran de que uno de sus miembros ha contraído el VIH, pueden experimentar una amplia gama de reacciones, como angustia, miedo, ira, tristeza, depresión o desesperanza. Como ocurre con el paciente, la reacción inicial de los familiares es influida por esta asociación del VIH/SIDA a la muerte y aspectos morales, la posibilidad tanto de una muerte física como social. Algunas familias intentan adaptarse al estigma y al posible rechazo de sus miembros, manteniendo la enfermedad en secreto de manera selectiva, hacia la familia extensa y la comunidad, o encubriéndola diciendo que se trata de otra enfermedad, como el cáncer, este mal manejo lo que a la larga debilita el proceso de adaptación y cuidados del paciente, más aún cuando no asimilan el proceso de concienciación sobre esta patología. De acuerdo a estudios previos; nos adentramos a hacer mención de lo que en nuestro país acontece en base a investigaciones sobre este tema de VIH-SIDA como afección de pacientes diagnosticados.

5.5.Meta

La Meta que se persigue es mejorar la calidad de vida de las personas que viven con VIH/SIDA aumentando el apoyo familiar. Pretendemos con este estudio hacer énfasis en

una propuesta fortalecedora de intervención ante el abordaje de la dinámica familiar y atención al paciente con VIH-SIDA. La realización de esta propuesta se basó en el impacto del poco apoyo familiar recibido por pacientes diagnosticados con VIH/SIDA atendidos en el Albergue de María, provincia de Colón. Podemos mencionar que los objetivos de descripción propuestos en la investigación a niveles generales y específicos fueron alcanzados a través de este estudio.

Debido a las implicaciones que conlleva el poco apoyo familiar de pacientes viviendo con VIH/SIDA, nos da la satisfacción de contribuir con este trabajo a mejorar esta grave situación, decimos grave si, porque es un padecimiento que causa con mayor ligereza el deterioro de la persona, por las afectaciones emocionales que contribuyen a llegar más pronto al fallecimiento.

En esta investigación nos concentramos mucho en el tema de la familia ya que esta es parte de un sustrato biológico ligado a la sexualidad y a la procreación, la familia es la institución social que regula, canaliza y confiere significado social y cultural a estas dos necesidades. Incluye también la convivencia cotidiana expresada en la idea del hogar y del techo: una economía compartida, una domesticidad colectiva, el sustento cotidiano, que van unidos a la sexualidad legítima y a la procreación. En la actualidad, la familia es una institución social creada y transformada por hombres y mujeres en su accionar cotidiano, individual y colectivo su universalidad reside en algunas funciones y tareas que deben ser realizadas en toda sociedad.

El desarrollo de la vida cotidiana se define como ámbito de la con-vivencia social, la cotidianeidad se presenta como el espacio donde se manifiestan e interactúan, necesidades, condicionamientos, afectos, valoraciones, relaciones humanas y vínculos

personales. La vida cotidiana es el conjunto de actividades que caracterizan la reproducción de los hombres particulares, los cuales a su vez crean la posibilidad de la reproducción social a partir de su inserción en la división social del trabajo. Al hablar de cambios en la composición familiar, el SIDA por ser una enfermedad que afecta a los adultos jóvenes y a los niños, juega un papel importante generando modificaciones en las familias. La disolución de las parejas, la separación de esa persona de su ámbito familiar para insertarse en otros grupos y constituir así una nueva familia, la internación prolongada o la muerte de algunos adultos jóvenes cambia la estructura familiar.

Esta modificación de vínculos familiares remite a la estructura y dinámica que dibujan el perfil y la identidad del grupo co-residente en torno a las necesidades y tareas de reproducción y sobrevivencia social. Dinámica como juego de roles, funciones, tareas y vínculos que se estructuran en un tiempo y espacio articulando a sus miembros según el género y la generación, la cual se ve modificada por el impacto de una situación problemática puntual.

La infección del VIH/SIDA es una de las enfermedades emergentes más importantes para la salud a nivel mundial, desde que en 1981 se diagnosticó el primer caso del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, en adelante SIDA cuya etiología fue descubierta en 1983, desde entonces se ha convertido en una pandemia mundial.

5.6. Beneficiarios

Pacientes que viven con VIH/SIDA, y que cuentan con poco apoyo familiar. El cómo y por quien se llevan a cabo esta investigación, nos ayuda a Fortalecer las formas de organización de los agentes sociales, los entornos y las formas de las familias considerando que estas son múltiples y variables.

La familia no es una institución en vías de extinción, sino que se ha producido en ella un formidable estallido que la ha convertido en un hecho plural y multiforme. Este proceso de transformación no implica necesariamente su desaparición sino su modificación. Las modificaciones producidas al modelo nuclear tradicional por efecto de la desocupación, precariedad laboral, enfermedades producen que la familia tal como existe en el imaginario colectivo no desaparece, no es reemplazada por otro modelo, sino que modifica su estructura y su dinámica.

5.7. Programas a establecer

La infección del VIH/SIDA es una de las enfermedades emergentes más importantes para la salud a nivel mundial, desde que en 1981 se diagnosticó el primer caso del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, en adelante SIDA cuya etiología fue descubierta en 1983, desde entonces se ha convertido en una pandemia mundial.

Recomendamos atreves de este trabajo:

- Cuidar al ser humano desde su integridad constituyendo esto en un reto y en un propósito es decir que desde el acompañamiento a la persona enferma se alcance un equilibrio a pesar de su malestar.
- Comprender que como paciente puede recibir o rechazar el cuidado. a pesar de su condición física,
- La infección por el VIH/SIDA aunque se considera de carácter crónico implica para el paciente que la vivencia conlleva unos niveles altos de incertidumbre dado a la estigmatización que rodea a esta enfermedad y la noticia del diagnóstico como tal lo lleva a preocuparse por las posibles reacciones en su entorno social.

- Hacer el llamado a considerar que esta es una enfermedad crónica pero tratable y que ya es momento que conozcamos más de la misma de manera científica para hacerle frente a mal que no aqueja a un sector sino ya al mundo entero. Las personas que viven con VIH/SIDA, presentan alteraciones emocionales y padecen aislamiento, discriminación y rechazo social.
- Es importante que conozcan a través de este trabajo que el VIH/SIDA despoja al paciente de su autonomía Psicológica, el control de su autoestima.
- El VIH sobresalta al sistema nervioso en diversas formas y desde el inicio, manifestándose en alteraciones de atención, memoria, función ejecutiva y en casos de SIDA, cuadros complejos de demencia.
- Estas personas al experimentar la enfermedad como tal le temen con frecuencia a la discapacidad, deficiencia física o minusvalía que sobrevienen como consecuencia de la evolución de la enfermedad.

Ayudar al paciente o la persona con esta enfermedad evitando el:

- El rechazo y el abandono social debido a la estigmatización del VIH, como puede ser el abandono por parte de familiares, parejas o amigos debido al diagnóstico.
 - Déficit informativo de asesoramiento y de atención social.
 - Disminución gradual de la autoestima, con sentimientos de culpabilidad, autorrechazo, auto marginación.
 - Rechazo familiar y social, pérdida de redes personales necesarias para el afectado en este momento de gran estrés.
 - Dificultades en la inserción laboral evitación de la búsqueda de empleo por miedo a suscitar el rechazo o el estigma social, junto a la existencia de prejuicios y tópicos sociales en torno a esta enfermedad por parte de la sociedad en general.
- Una recomendación añadida es que no se debe tener miedo a estas personas a

menudo se sienten desplazados de la sociedad y a pesar que ha tenido mucha evolución sigue teniendo alto grado de rechazo, es importante que sigamos tratando a la persona infectada igual que antes, con el mismo cariño y respeto con el que se trata al resto de las personas, tampoco es que debas tener un trato especial, simplemente el mismo ya que sigue siendo la misma persona,

Para este efecto se destacan las siguientes areas:

5.8. Áreas de intervención

5.8.1. Trabajo Social.

VIH/SIDA a través de acciones dirigidas a promover cambios de comportamiento en los siguientes niveles de audiencia:

- Individual donde a través de la consejería y educación personalizada en los diferentes niveles de atención y establecimiento de las redes de servicio de salud.
- Familiar con orientación a las familias que tienen familiares que viven con VIH/SIDA sobre cuidados y formas de apoyo que estos requieren.
- Poblacional en general para la prevención de la infección utilizando diferentes medios de comunicación.
- Consejería y diagnóstico se considera un aspecto clave en la supervivencia de personas viviendo con VIH/SIDA puesto que el diagnóstico oportuno requiere que en los diferentes niveles y establecimientos del sistema de atención se cuente con equipo, materiales, suministros y personal capacitado para hablar del tema.

En cuanto a los componentes del tema nos referimos específicamente al TARV a la cual consiste en una combinación de medicamentos que procuran impedir que el virus se multiplique en el cuerpo y de esta manera retrase la llegada a la fase SIDA, es importante que el individuo y la familia este consiente de que el inicio oportuno y continuo

del TARV es la clave para prolongar y mejorar la calidad de vida de las personas que viven con esta enfermedad.

En cuanto a los componentes de cuidados clínicos es importante ya que incluirá acciones realizadas por profesionales de la salud, que contribuirán al bienestar y a la sobrevivencia de las personas que viven con VIH/SIDA.

- Detención temprana y tratamiento de infecciones oportunistas
- Detección de otras situaciones sociales que complican el padecimiento o diagnóstico de VIH
- Terapia nutricional
- Atención prenatal
- Cuidados odontológicos
- Servicios oftalmológicos
- Inmunizaciones
- Cuidados paliativos

Muchos de estos cuidados deben ser provistos en el ámbito institucional pero también pueden desarrollarse en el ámbito comunitario donde está la familia.

En el aspecto de componentes de servicios de apoyo:

Nos referimos a que además de las atenciones médicas o clínicas estas personas tienen otras necesidades que no corresponden a estos ámbitos pero que afectan su bienestar general, muchas de estas necesidades quedan insatisfechas, por el desconocimiento de la existencia de estos servicios que en muchos casos son provistos por otras instituciones no gubernamentales como en nuestro caso que es una organización basada en la fe entre otras cosas y tanto la persona enferma como la familia desconoce o piensa en el costo que conlleva una atención, sin saber que en este lugar no se paga absolutamente nada.

Proponemos el nombramiento de un personal de psicología ya que contamos con una pero es de tiempo medio. Esta propuesta está basada en incrementar la atención de personas viviendo con VIH/SIDA, sus familias y la población en general.

5.8.2. Salud mental

Criterios de referencia a salud mental

- Toda persona con VIH (menores, adolescentes, adultos y embarazadas) debe ser referida al equipo de salud mental.
- Los padres o tutores de los menores o adolescentes seropositivos deben ser referidos al equipo de salud mental.
- Los familiares de las personas con VIH que así lo soliciten o que presenten algún tipo de reacción emocional ante el diagnóstico de VIH deben ser referidos al equipo de salud mental.
- Todo candidato a la TARV debe ser referido al equipo de salud mental. Todas las personas con VIH que suspendan la TARV deben ser referidas a un miembro del equipo de salud mental.
- Todas las personas con VIH con consumo de alcohol y/o drogas ilícitas deben ser referidas al equipo de salud mental.
- Todas las personas con VIH con síntomas de enfermedad mental deben ser referidas al equipo de salud mental.
- Todas las personas con VIH con riesgo de suicidio u homicidio deben ser referidas al equipo de salud mental.
- Todas las personas con VIH que dejen de asistir a controles de salud deben ser referidas al equipo de salud mental.
- Todo enfermo con sida en etapa avanzada que no responda al tratamiento y sus

familiares debe ser atendido por el equipo de salud mental.

- Evaluación inicial de las personas con VIH , Historia clínica y evaluación del estado mental. Determinar antecedentes de atención psiquiátrica y/o psicológica previo al diagnóstico de VIH.
- Evaluar la condición de salud mental de las personas con VIH mediante pruebas psicológicas, en los casos que así lo ameriten.
- Determinar la presencia de trastornos neuro-psiquiátricos secundarios o no al VIH y presencia de trastornos de personalidad.
- Determinar el conocimiento que tiene el usuario sobre la enfermedad.
- Evaluar grado de aceptación de su estado o de la enfermedad.

Brindar soporte emocional ante el diagnóstico VIH.

- Orientar y manejar las reacciones de duelo ante un diagnóstico de VIH (negación, ira, depresión, regateo o negociación, aceptación, conciliación y esperanza: NIDRACE).
- Explorar riesgo suicida y/o homicida.
- Explorar consumo de drogas ilícitas y/o alcoholismo.
- En personas adictas se debe orientar sobre centros de rehabilitación, grupos de autoayuda para el consumo de drogas ilícitas y alcohólicos anónimos.
- Determinar la presencia de discapacidad física y mental.

Evaluar la necesidad de medicación en personas con enfermedad mental previa y/o posterior al diagnóstico de VIH.

De acuerdo al caso utilizar:

- Intervención en crisis. Psicoterapia breve. Psicoterapia de grupo. Otras psicoterapias. Orientar sobre el VIH, grupos de apoyo y opciones de tratamiento. Aclarar dudas y mitos en relación al VIH.
- Orientar sobre el concepto enfermedad crónica y sus implicaciones. Evaluar soporte social (familiar, escolar, laboral, comunidad).
- Indagar sobre la espiritualidad y sentido de trascendencia dentro de la entrevista. Orientar sobre la importancia de la espiritualidad y sus organizaciones a nivel comunitario.
- Orientar sobre comunicación del resultado de la prueba según la Ley N°3 (si tiene pareja sexual debe señalarle que tiene la obligación de notificarle su resultado, Artículo 34 de la Ley N° 3 sobre las ITS/VIH/SIDA de 5 de enero de 2000). Ayudar al usuario a tomar decisiones acerca de la revelación del diagnóstico.

Explorar la esfera sexual y determinar prácticas sexuales, para:

- Orientar sobre prácticas de mayor riesgo, menor riesgo y riesgo de reinfección. • Orientar sobre estilos de vida saludables. Encontrándose ante una mujer, se deberá tener en cuenta: Grado de autonomía en la relación.

5.9. Manejo nutricional

El manejo nutricional debe ser creativo y flexible para dar respuesta a los problemas de alimentación y nutrición que presente.

Se requiere el apoyo familiar y del equipo multidisciplinario para alcanzar los objetivos de la atención nutricional. Dentro del manejo nutricional tanto en el primero, segundo y tercer nivel de atención se debe tomar en cuenta:

- La evaluación nutricional. Evaluación bioquímica. La entrevista alimentaria.

Cálculo de requerimientos nutricionales.

- El personal sanitario, en el marco de la atención integral en VIH, juega un papel importante no sólo en la atención a las personas que directamente creen que puedan tener VIH o las que efectivamente tienen VIH, sino también al resto de la comunidad.
- El personal de salud tiene un acceso más inmediato a las condiciones sanitarias de la comunidad, por lo que puede tomar medidas más rápidas y eficaces para contribuir a contener la expansión del VIH y mejorar la salud pública del país.

5.10. Salud bucal

La atención de salud bucal en pacientes viviendo con VIH/SIDA es sumamente importante ya que la boca puede ser la primera parte de su cuerpo afectada cuando hay una infección de HIV. La infección de HIV debilitará su sistema inmune, esto significa que será susceptible a infecciones y a otros problemas. En la boca, esto puede causarle dolor y pérdida de dientes. Las personas con HIV pueden tener las siguientes afecciones bucales:

- Boca seca
- Candidiasis
- Lesiones blancas a los lados de la lengua (leucoplaquia oral pilosa)
- Gingivitis de banda roja
- Periodontitis ulcerativa
- Sarcoma de Kaposi
- Brotes de virus herpes simple
- Llagas
- Úlceras en la boca

Las afecciones dentales y orales relacionadas con el HIV pueden causar dolor, lo que puede dar problemas para masticar o tragar. Esto puede impedirle que tome su medicina para el HIV. También puede provocar malnutrición, ya que puede haber dificultades para comer y absorber suficientes nutrientes esenciales. Un sistema digestivo comprometido podría afectar la absorción de medicinas para tratar el HIV

5.11. Consideraciones finales sobre la estrategia propuesta.

Esperamos que esta investigación sea fuente de apoyo y consulta a todas las personas interesadas en el abordaje de esta población vulnerable como son los pacientes de VIH-SIDA.

Además, proponemos para entidades como ONGS la creación de un centro de acopio permanente a personas diagnosticadas con VIH-SIDA; que no cuenten con apoyo familiar y emocional como de amistades; cuyo objetivo llevara implícito el fortalecimiento a esta población como entes promotores de cambios e independencia desde la triada de concienciación-formación-valores.

Dando importancia al apoyo familiar, proponemos la implementación de estrategias que refuercen la dinámica familiar, con miras a lograr relaciones familiares saludables, proteger y aumentar los recursos familiares y reforzar la adaptación de las familias dentro de un medio siempre cambiante, ya que no existe un sólo formato o perspectiva para el desarrollo de estrategias familiares relevantes como respuesta al VIH/SIDA.

Además de las ayudas a las familias con miembros portadores del virus de inmunodeficiencia es importante diseñar programas que puedan contribuir a:

- Identificar y reforzar la capacidad de familias vulnerables para resistir a ser afectados con VIH, tomando acción para cambiar las prácticas familiares que perpetúen la epidemia y sufrimiento consecuentes.
- Asegurar que las familias con un miembro ya infectado por el VIH, obtengan el conocimiento, habilidades y medios para asegurar que la enfermedad no se siga transmitiendo fuera del contexto de esta familia.
- Identificar y reforzar la capacidad de las familias afectadas por el VIH para retrasar el SIDA, y prepararlos para un eventual progreso de la enfermedad y muerte.
- Prevenir la estigmatización y discriminación dentro de las familias por la comunidad y por las instituciones sociales.
- Identificar a las familias afectadas por el VIH-SIDA, brindarles apoyo dentro del desempeño de sus funciones familiares, proteger los derechos y el bienestar de los miembros sobrevivientes de familias afectadas por la muerte a causa del SIDA.
- Fortalecer las familias para la viabilidad del sostenimiento económico.

BIBLIOGRAFIA

GARCÍA SALORD, S. “Especificidad y rol del Trabajo Social”. Editorial Humanitas. Buenos Aires, Argentina, 1991.

GATTINO, S. Y AQUIN, N. “Las familias de la nueva pobreza”. Editorial Espacio. Buenos Aires, Argentina, 1999.

HELLER, AGNES; “Sociología de la vida cotidiana”, Editorial Península, 5ta edición. Barcelona, 1998.

JELIN, E. “Pan y afectos: La transformación de las familias”. Editorial Fondo de Cultura Económica. Buenos Aires, Argentina, 1998.

ROZAS PAGAZA, M.. "Una perspectiva teórica metodológica de la intervención del Trabajo Social". Editorial Espacio. Buenos Aires, Argentina, 1998.

WAINERMAN CATALINA H.. “Vivir en familia”. UNICEF Losada, 1994.

GHISELLI, SILVIA y Otros. Trabajo sobre Niñez, Sida y Educación. . Buenos Aires, Argentina, 2000.

CONVENCIÓN INTERNACIONAL sobre los Derechos del Niño; art. 75 inc. 22 de la Constitución Nacional Argentina, reformada en 1994. Ley Nacional de SIDA y su Decreto Reglamentario; Ley N 23.798. .

VILLEGAS VILMA. Repercusiones Biopsicosociales del paciente con VIH/SIDA C.C.SS.Hospital de México.1900

VACHON, M. VIVENCIAS La Familia Del Paciente Terminal, Dilemas y conflictos.1991

VEGA ROBLES, ISABEL. Cambio Social, estructural y ámicafamiliar.1993 - Situación Epidemiológica del SIDA en la República de Panamá. 1984-2004.

RICHMOND, MARY Caso Social individual Editorial Humanitas. Buenos Aires Argentina.E1977

ORTIZ SANDRA NORAVIH/SIDA Un Enfoque desde el Trabajo Social 1998.

HERNÁNDEZ, ROBERTO SAMPIERI y otros DF Metodología de la investigación interamericana 4ta edición.mc Graw- Hill Interamericana. México DF.2006

ANEXOS

**UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO
FACULTAD DE ADMINISTRACIÓN PÚBLICA.**

**PERCEPCIÓN DEL IMPACTO QUE CAUSA EL POCO APOYO FAMILIAR
DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON VIH/SIDA, DEL ALBERGUE DE
MARÍA, PROVINCIA DE COLÓN.**

Le agradecemos su cooperación, las respuestas que se emitan en este estudio se manejarán con respeto y confidencialidad.

1-CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO.

Indique

Sexo: F _____ M _____

Indique su:

Edad _____

¿Cuál es su domicilio actual? Lugar de procedencia

Domicilio _____

Comunidad _____ Área o sector _____

Estado civil

Casado	
Unido	
Soltero	

Nivel de escolaridad último año cursado.

Primaria completa	
Primaria incompleta	
Secundaria completa	
Secundaria incompleta	
Universidad completa	
Universidad incompleta	

Situación Laboral

Trabaja: Sí _____ No _____

Indique su ocupación actual: _____

Indique cuál es su ingreso

Menos de 100	
150 a 250	
250 a 300	
300 a 500	
500 y mas	

Composición Familiar.

Personas que viven en el hogar

nombre	parentesco	edad	escolaridad	ocupación

Situación de vivienda:

Tenencia de la vivienda:

Propia	
Alquilada	
Cedida	
Otros	

Materiales de los que está construida la vivienda:

Bloque	
madera	
zinc	
otros	

Servicios con que cuenta la vivienda:

Luz	
Agua potable	
Letrina	
. Servicio Sanitario	

B- Fuente y conocimiento del tema VIH/SIDA.

Medios donde obtuvo información

Radio	
Televisión	
Folletos	
Revistas	
periódico	
Internet	

Que sabía usted del tema

Mucho	
Poco	
Nada	

C- Factores asociados a la enfermedad VIH/SIDA

promiscuidad	
Drogas	
alcohol	
Otros	

D Actitud asumida por la familia al momento de conocer el diagnóstico del paciente.

1- Buscó ayuda o asesoría

Sí	
No	

2-Impacto del poco apoyo familiar

aceptación	
Rechazo	
Sentimiento de culpa	

Firma del entrevista

GLOSARIO

1. **VIH:** es una enfermedad infecciosa causada por el virus de la inmune deficiencia humana (VIH); es incurable, mortal y contagiosa. Virus - Inmunodeficiencia - Humana. Es el que causa el: síndrome conjunto de síntomas causados por un fenómeno o un agente externo.
2. **Inmune:** sistema de defensa del organismo.
3. **Deficiencia:** debilitamiento o disminución del sistema de defensa.
4. **Adquirida:** aparece con el curso de la vida, es decir no es hereditaria.
5. **TARV:** son las siglas de los tratamientos antirretrovirales, no eliminan el virus, por lo tanto no se puede hablar de curación, sin embargo retrasan su progresión, aislándolo y controlándolo para que no se reproduzca.
6. **V.I.H** es la abreviatura del término virus de la inmunodeficiencia humana. Cuando el VIH ingresa al organismo por primera vez se instala en los glóbulos blancos llamados linfocitos T (encargados de nuestras defensas). Inmediatamente empieza a reproducirse, es decir a multiplicarse más y más alterando nuestro sistema inmunológico.
7. **S.I.D.A:** se llama a la forma más grave de infección por VIH, es decir cuando el Sistema Inmunológico ha resultado tan deteriorado por el virus que ya no puede hacer frente a infecciones que comúnmente suelen mantenerse controladas.
8. **Test de Elisa:** prueba de laboratorio que detecta la presencia de anticuerpos VIH en la sangre de las personas infectadas.
9. **C.V:** es un estudio de laboratorio que permite medir la cantidad de VIH circulando en plasma (sangre) utilizado para controlar su evolución y por lo tanto la efectividad del tratamiento con drogas. También es utilizado por el médico para evaluar cuando tendría el paciente que iniciar la toma de medicación y/o si se

deben modificar los esquemas de medicamentos.

10. **Enfermedades oportunistas:** son aquellas que aparecen cuando el sistema inmunológico se encuentra lo suficientemente deteriorado o deficiente como para no poder hacer frente a agresiones que en condiciones normales son combatidas fácilmente.
11. **Apoyo familiar:** es la presencia de la unidad familiar durante el proceso de enfermedad, discapacidad y asistencia de uno de sus miembros. El resto de los miembros debe ofrecer su apoyo emocional, mantener con éste una buena comunicación, participar en su cuidado y estar en contacto con otros miembros de la familia para informarles y demandarle ayuda si fuera necesario, en relación al apoyo familiar toma especial protagonismo el rol de cuidador familiar.
12. **Percepción:** Primer conocimiento de una cosa por medio de las impresiones que comunican los sentidos.
13. **Apoyo familiar:** manifiesta preocupación por la ayuda y por el trato recibido. En este primer momento de la experiencia con la enfermedad, las familias mantienen como elemento central de su representación del SIDA asociada a la muerte.
14. **Alcoholismo:** efecto en la relajación en las normas de conducta es ya conocido, lo que facilita al individuo alcoholizado adoptar conductas sexuales que no tendría en estado de sobriedad.
15. **Necesidad de identificación con el grupo social:** este aspecto es de primordial importancia entre los jóvenes, es posible que en el fondo de esta situación subyazca una integración familiar inadecuada.
16. **Machismo:** El reducir a la mujer a ser un objeto para la satisfacción sexual del hombre, conlleva con frecuencia a la búsqueda de relaciones sexuales con múltiples parejas e incluso de tipo bisexual.

17. **Educación sexual inapropiada.** conducir, especialmente a los jóvenes a practicar conductas sexuales de alto riesgo.
18. **Ausencia de una imagen de amor en familia:** como causa y como consecuencia de los problemas anteriores. La desintegración familiar transmite a las generaciones jóvenes mensajes impregnados de pesimismo y frustración respecto a la posibilidad de un amor auténtico entre los miembros de la familia.
19. **Violación:** cuyo efecto en relación con la aparición de ETS no ha sido evaluado debidamente en nuestro medio, pero que se trata sin duda de un grave problema que no es posible soslayar.
20. **Prostitución:** Aunque su práctica podría clasificarse como un delito, de sus clientes y de las familias de estos o contra la salud, ya que atenta contra la salud de las prostitutas, de sus clientes y de las familias de estos, ha habido pocos intentos para intervenir en este sentido y las razones son obvias, la salud de las prostitutas no es motivo aun de preocupación social, aunque oficialmente en el sector salud se tengan algunos programas de control. Por otra parte, la salud de los clientes es un asunto personal.
21. **Desigualdad social:** constituye un elemento de alto riesgo que cada vez en forma más aguda ha generado una situación de crisis para un sector cada vez más amplio de la población. Esto incluye los problemas más agobiantes e inmediatos como el desempleo, la falta de vivienda, la falta de servicios básicos y la desnutrición.
22. **Aislamiento informativo:** comprende que un gran porcentaje de la población ignora los conceptos básicos respecto a lo que constituye el VIH/SIDA y las medidas para prevenirlos.
23. **El estigma y la discriminación a los pacientes que viven con VIH/SIDA:** Son aspectos que interactúan entre si y son comunes en todos los aspectos de la vida.

El estigma del VIH y la discriminación resultante, real o temida, han demostrado ser los obstáculos más difíciles para la prevención eficaz del VIH, ambas situaciones simultáneas reducen la eficacia de los esfuerzos para controlar la pandemia mundial y crean un clima ideal para que esta avance aún más.

24. **Estigma:** se ha definido como un atributo indeseable de descredito que una persona ostenta, la cual reduce el estatus de esa persona ante los ojos de la sociedad, el estigma del VIH surge tanto del miedo como de asociar el SIDA con las relaciones sexo-genitales, la enfermedad y la muerte y comportamientos que pueden ser ilegales prohibidos o tabú, tales como las relaciones sexo genitales pre y extramatrimoniales la industria del sexo, las relaciones sexo genitales entre varones y consumo de drogas intravenosas.

25. **Discriminación:** acto de hacer una defunción o segregación que atenta contra la igualdad. Normalmente se utiliza para referirse a la violación de la igualdad de derechos para los individuos por cuestión social, racial, religiosa, política, orientación sexual, por razón de género u otra situación en particular como es el caso de VIH/SIDA.

REVISIÓN DE ESPAÑOL