

INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL DE TRABAJO SOCIAL DESARROLLADA CON LOS
PACIENTES VIH/SIDA DEL CENTRO DE ATENCIÓN Y DIAGNÓSTICO DE
ENFERMEDADES INFECCIOSAS. CDI S.A.

LEIDY PAOLA MOGOLLÓN NIÑO

UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL
BUCARAMANGA
2005

INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL DE TRABAJO SOCIAL DESARROLLADA CON LOS
PACIENTES VIH/SIDA DEL CENTRO DE ATENCIÓN Y DIAGNÓSTICO DE
ENFERMEDADES INFECCIOSAS. CDI S.A.

LEIDY PAOLA MOGOLLÓN NIÑO
CÓDIGO: 2000113

Trabajo de grado presentado como requisito para la obtención al título de:
TRABAJADORA SOCIAL

Director (a):
ROSALBA RIVERA DE DUARTE
Directora de práctica área de salud

UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL
PRACTICA II
BUCARAMANGA
2005

AGRADECIMIENTOS

A Dios, a mis padres, a mi hermana, mis abuelos y todos mis familiares, por su paciencia y todo su esfuerzo para permitirme hacer este sueño realidad.

Y quienes siempre creyeron en mí.

A Belén a quien he considerado mi amiga, gracias por estar ahí siempre.

A mis compañeros de trabajo social, a mis profesores y en general a todas las personas que estuvieron conmigo durante todo este proceso.

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	1.
1. CONTEXTUALIZACIÓN DE LA INSTITUCIÓN	6.
1.1 CENTRO DE ATENCIÓN Y DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS. CDI S.A.	6.
1.2 PROGRAMA ATENCIÓN INTEGRAL PARA PACIENTES CON VIH/SIDA	8.
1.3 PROTOCOLO DE ATENCIÓN DEL PACIENTE CON VIH/SIDA	10.
1.4 PROTOCOLO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR	27.
1.5 PROTOCOLO DE ATENCIÓN NUTRICIONAL EN EL PACIENTE CON VIH/SIDA Y OBESIDAD	31.
1.6 PROTOCOLO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA INTEGRAL A PACIENTES CON VIH/SIDA	34.
1.7 PROTOCOLO PROGRAMA DE ADHERENCIA	35.
2. MARCO REFERENCIAL	38.
2.1 MARCO LEGAL	38.
2.1.1 Directrices Internacionales sobre VIH/SIDA y Derechos Humanos	38
2.1.2 Constitución Política de Colombia	40.
2.1.3 Ley 100 de 1993	41.
2.1.4 Los Derechos de las personas con VIH/SIDA son Derechos Humanos	43
2.1.5 Decreto 1543 del 12 de Junio de 1997	44.
2.1.6 Declaración de los Derechos de las personas con VIH/SIDA	46.
2.2 MARCO CONCEPTUAL	52.
2.2.1 ¿Qué es el SIDA?	52.
2.2.2 Apoyo social y salud	57.
2.2.3 Uso de la Influencia social en la relación entre el profesional de salud y el paciente	57.
2.2.4 La Comunicación, un valor terapéutico en pacientes con enfermedades crónicas	59.
2.2.5 La Adaptación a la enfermedad en el caso del SIDA	61.
2.2.6 Religiones y Creencias	63
2.2.7 VIH/SIDA en el mundo laboral	66

2.2.8	El Impacto del SIDA en el sector económico	70
2.2.9	El VIH/SIDA y la Educación	72
2.2.10	Teoría de la crisis.	74
2.2.11	Teoría de la Calidad de vida.	77
2.2.12	La vida social de un paciente VIH/SIDA	84
2.3	MARCO TEÓRICO	86
3.	POLÍTICA SOCIAL NACIONAL	90
3.1	POLÍTICA NACIONAL DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVAS	90
3.2	LÍNEAS DE ACCIÓN QUE PRESENTA LA POLÍTICA DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	92
3.3	PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD	95
4.	CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN Y DIAGNOSTICO DETECTADO EN CDI S.A.	97
4.1	MATRIZ DOFA	104
5.	PLANEACION ESTRATÉGICA	105
6.	ROL DEL TRABAJADOR SOCIAL	122
	CONCLUSIONES	127
	RECOMENDACIONES	129
7.	MODELO DE INTERVENCIÓN PROFESIONAL DE TRABAJO SOCIAL PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES VIH/SIDA DEL CENTRO DE ATENCIÓN Y DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS CDI S.A.	132
	LOGROS	143
	LIMITACIÓN	145
	BIBLIOGRAFÍA	146

LISTA DE FIGURAS

		Pág.
FIGURA 1.	GRÁFICO 1. PACIENTE CON DIAGNOSTICO VIH/SIDA QUE INICIA TERAPIA ANTIRRETROVIRAL (ARV)	14.
FIGURA 2.	FLUJOGRAMA 1: ABORDAJE DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO PARA EL RECIÉN NACIDO DE MADRE SEROPOSITIVA	24.
FIGURA 3.	FLUJOGRAMA 2: ESTUDIO Y TRATAMIENTO DE CASO SOSPECHOSO DIFERENTE AL PERIODO NEONATAL. CASO SOSPECHOSO Y/O ANTECEDENTE EPIDEMIOLÓGICO	25.
FIGURA 4.	GRAFICO 2. PROCESO DE INGRESO DE LOS PACIENTES A CDI S.A.	37.
FIGURA 5.	GRAFICO 3. FACTORES QUE INCIDEN EN LA ADAPTACIÓN A LA ENFERMEDAD CRÓNICA.	62.
FIGURA 6.	ESQUEMA 1. VARIABLES QUE COMPONEN LA CALIDAD DE VIDA	81.
FIGURA 7.	ESQUEMA 2. CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD.	83.

RESUMEN

TITULO:

INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL DE TRABAJO SOCIAL DESARROLLADA CON LOS PACIENTES VIH/SIDA DEL CENTRO DE ATENCIÓN Y DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS CDI S.A.

AUTOR:

LEIDY PAOLA MOGOLLON NIÑO**

PALABRAS CLAVES:

SIDA, Inmunología, Adherencia, Profilaxis, Carga viral, Recuentos, Elisa, el western Blot, Esquema Antiretroviral, Infectología, Resistencia a los Medicamentos.

DESCRIPCIÓN:

El Centro de Atención y Diagnóstico de Enfermedades Infecciosas CDI. S.A. se encuentra ubicado en la carrera 37 No. 51-126 de la ciudad de Bucaramanga, es una institución privada que presta servicios de salud, para satisfacer las necesidades terapéuticas de las personas que padecen enfermedades infecciosas y crónicas.

PLANEACIÓN ESTRATÉGICA

El proceso de ejecución de la práctica refleja el alcance del **PRIMER OBJETIVO PLANTEADO** debido a la participación de los pacientes VIH/SIDA en los procesos de Intervención psicosocial, en los cuales se observó una adecuada asimilación de los pacientes a la situación de su diagnóstico, con un manejo oportuno de sus estados de ánimo y la consecución de sus proyectos de vida, teniendo como base fundamental el núcleo familiar, y las personas que sirven de apoyo en el contexto en que se desenvuelven. De esta forma Trabajo social reflejó una labor profesional y humana, posesionada por los miembros de la Institución y los pacientes VIH/SIDA quienes fueron los principales beneficiados de la gestión de este campo profesional.

En CDI se llevó a cabo por parte de Trabajo social **UN SEGUNDO OBJETIVO** el cual estuvo encaminado a la conformación del sistema de información y atención al usuario (**SIAU**), éste se orientó al fomento de la participación social de los pacientes VIH/SIDA en los procesos de atención y servicio que ofrece CDI, facilitándoles su organización e integración para que contribuyeran a la optimización del funcionamiento del programa VIH/SIDA y de la entidad; lo anterior se realizó teniendo en cuenta que los receptores del servicio eran precisamente los pacientes, quienes iban a verse beneficiados así como el programa desarrollado por CDI.

* Proyecto de Grado

** Facultad de Ciencias Humanas, Escuela de Trabajo Social, Director Rosalía Rivera de Duarte.

SUMMARY

I TITLE:

INTERVENTION PSYCHOSOCIAL OF DEVELOPED SOCIAL WORK WITH THE PATIENT VIH/SIDA DELCENTRO OF ATTENTION AND I DIAGNOSE OF INFECTIOUS ILLNESSES CDI CORP.

AUTHOR

LEIDY PAOLA MOGOLLÓN NIÑO**

PASSWORDS:

AIDS, Immunology, Adherence, Prevention, Loads viral, Recounts, Elisa, the western Blot, Outline Antiretroviral, Infectologia, Resistance to the Medications.

DESCRIPTION:

The Center of Attention and Diagnosis of Infectious Illnesses CDI. CORP. you is located in the career 37 No. 51-126 of the city of Bucaramanga, you is a private institution that lends services of health, to satisfy the therapeutic necessities of people that you/they suffer infectious and chronic illnesses.

STRATEGIC GLIDING

The process of execution of the reflective practice the reach of the **FIRST OUTLINED OBJECTIVE** due to the participation of the patient VIH/SIDA in the processes of Intervention psicosocial, in which an appropriate assimilation was observed from the patients to the situation of your diagnosis, with an oportune handling of your states of spirit and the attainment of your projects of life, having like fundamental base the family nucleus, and people that serve as support in the context in that you/they are unwrapped. This way social Work it reflected a professional and human work, appropriated by the members of the Institution and the patient VIH/SIDA who were the main beneficiaries of the administration of this professional field.

In CDI it was carried out on the part of Work social **UN SECOND OBJECTIVE** which was guided to the conformation of the system of information and attention to the user (SIAU), this was guided to the development of the social participation of the patient VIH/SIDA in the processes of attention and service that CDI offers, facilitating you your organization and integration so that they contributed to the optimization of the operation of the program VIH/SIDA and of the entity; the above-mentioned was carried out keeping in mind that the receivers of the service were in fact the patients who went to you turns beneficiaries as well as the program developed by CDI.

* Project of Grade

** Ability of Human Sciences, Social working School, Director Rosalba Rivera de Duarte.

INTRODUCCIÓN

El SIDA es una enfermedad definida como el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, etapa final de la infección del virus VIH que debilita las defensas inmunológicas del organismo de hombres y mujeres frente a otras patologías. Este virus se transmite por vía sexual, perinatal y sanguínea; sus consecuencias afectan no sólo la salud del individuo sino todos los ámbitos de su vida. La infección de VIH/SIDA significa un gran desafío, el cual va mucho más allá de repartir métodos de barrera, implica también una educación en el respeto por el propio cuerpo, por el cuerpo del otro, por mejorar la autoestima de las personas, por promover una sexualidad con afecto y con responsabilidad, implica estimular en los jóvenes la formulación de proyectos de vida que los incluya socialmente, que les brinde herramientas para la toma de decisiones y para el autocuidado. En el presente trabajo se encuentra el desarrollo de la práctica académica que se llevó a cabo con pacientes VIH/SIDA del Centro de Atención y Diagnóstico de Enfermedades Infecciosas CDI S.A. en convenio con la estudiante en práctica de Trabajo Social de la Universidad Industrial de Santander.

En este proyecto se dan a conocer aspectos como la contextualización de la institución realizada desde el momento de ingreso de la estudiante a la entidad y donde se exponen los servicios que ofrece el centro de atención, el equipo de trabajo que hace parte del Programa de atención integral para pacientes VIH/SIDA y los Protocolos de atención de los diferentes campos profesionales. El marco referencial que se dispuso para la práctica estuvo definido por aspectos legales, conceptuales y teóricos enmarcados en el contexto integral que comprende la infección del VIH, en la parte legal, se mencionan las directrices internacionales que se han dispuesto para las personas VIH/SIDA, los principales derechos y

deberes de esta población y los diferentes temas que sobre esta enfermedad crónica plantea la Constitución Política de Colombia, en el eje conceptual se menciona la relación del VIH/SIDA con los diferentes ámbitos de la vida de una persona, el campo laboral, económico, la educación, etc. y en el aspecto teórico se presenta una corriente de pensamiento que desafía el estigma social existente hacia los portadores del virus. Además se hace referencia a la Política Social Nacional que abarca esta patología en donde se presenta la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (SSR), sus líneas de acción y las diferentes formas de participación social en salud. De la misma forma, se manifiesta la caracterización de la población objeto de intervención en la que se define el número de pacientes VIH/SIDA de la Institución, la situación económica, laboral y la composición familiar de los pacientes, entre otros aspectos. También se encuentra el diagnóstico detectado en CDI S.A. referido a sus usuarios y las problemáticas sociales que los afectan, entre las cuales se evidencia el impacto emocional de la enfermedad, las carencias afectivas del paciente (usuarios sin ninguna base emocional ya sea familia, amigos, pareja, etc.) entre otras necesidades. Dentro del diagnóstico se encuentra la Matriz Dofa que contiene las debilidades, fortalezas, oportunidades y amenazas que caracterizan a la población que hace parte del programa de atención integral VIH/SIDA en CDI. S.A. También se muestra el rol de la estudiante en práctica de Trabajo Social dentro de CDI S.A., el cual es el producto del quehacer de este campo profesional dentro del Centro de atención e integra cualidades como la investigación, educación, coordinación, etc. Continuando, se menciona la planeación estratégica establecida para los usuarios del programa VIH/SIDA, la cual se hizo teniendo en cuenta los requerimientos de la academia, el centro de atención, las necesidades de los pacientes y la iniciativa de la practicante de Trabajo Social; este esquema de trabajo contiene el proceso de intervención desarrollado con los pacientes VIH/SIDA, el cual se orienta hacia el estudio socioeconómico, las visitas familiares y el análisis de las condiciones de

vida de los usuarios, además la participación dentro del programa de adherencia a los pacientes, el control de la inasistencia a las consultas y en general toda la labor desarrollada con el equipo interdisciplinario dentro del programa de atención integral para los pacientes VIH/SIDA de la Institución.

Como un componente central de este trabajo se destaca la construcción de un MODELO DE INTERVENCIÓN PROFESIONAL DE TRABAJO SOCIAL PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES VIH/SIDA DE CDI S.A., esta propuesta surgió del análisis de la cotidianidad del usuario quien manifestaba en las consultas la situación que vivía diariamente y ésta reflejaba falencias familiares, laborales, económicas, etc., las cuáles influyen en el avance de su proceso de rehabilitación psicosocial y requieren ser solventadas para obtener una calidad de vida adecuada. Es por esto que dicho Modelo establece unas estrategias y acciones orientadas al reconocimiento de las necesidades de los pacientes, la organización de los usuarios como gestores y actores de propuestas de acción para el alivio de dichas carencias y el desarrollo de esta idea para el mejoramiento de la calidad de vida de los pacientes VIH/SIDA.

"...Las labores de investigación deben continuarse pero no sólo en el ámbito médico sino también en el psicosocial ya que estos factores han demostrado su influencia sobre la calidad de vida de las personas infectadas por VIH/SIDA. La infección VIH avanzada conlleva una alta carga sintomática con una elevada prevalencia de trastornos de la esfera psicológica y deterioro de la calidad de vida. Las nuevas estrategias de tratamiento antirretroviral inducen una mejoría global a los pacientes pero se hace necesario un abordaje de los trastornos psicológicos..."¹

¹ PAGAN SANTINI, Rafael H. Evaluación de calidad de vida y VIH. Puebla, México. Centro Universitario de Investigación sobre el Sida, Universidad Autónoma de Puebla. 2000. p 19

Trabajo Social intervino a pacientes diagnosticados con VIH/SIDA, quienes presentan carencias en muchos ámbitos de sus vidas (educativo, laboral, familiar, económico, etc.) y que influyen en el manejo de un estilo de vida adecuado. El quehacer de este campo profesional se centró en el impacto que genera para el paciente poseer un diagnóstico VIH/SIDA; la mayoría de los usuarios se manifiestan totalmente bloqueados mental, emocional y fisiológicamente, perciben que sus vidas se encuentran obstaculizadas, no existen motivos por los cuales vivir y orientarse; es por eso que en la ejecución del trabajo de caso se realizó un proceso de consejería y reflexión con el paciente acerca de las ventajas que genera asumir la patología del VIH/SIDA como un suceso manejable a través del consumo de los medicamentos, el reconocimiento y búsqueda de sus bases afectivas (familia, pareja, amigos, entre otros) y la proyección de su nuevo estilo de vida. Lo anterior generó seguridad y confianza en el paciente para adaptarse a su diagnóstico y alivió esa carga emocional que traía en el momento de la consulta donde desconocía el proceso de rehabilitación psico-social que se teje alrededor de esta enfermedad crónica.

Es así como se hace evidente el objetivo de este proyecto el cual se dirigió a ejecutar procesos de consejería y acompañamiento profesional que permitieran aminorar la carga emocional de los pacientes, los motivara hacia la consecución de sus proyectos de vida y el reconocimiento de sus bases afectivas, las cuales fueron el eje principal para la superación y la adecuada asimilación del diagnóstico.

Fue importante realizar un trabajo de caso con los usuarios que permitiera interactuar con ellos, conocer todas sus problemáticas, comprender su cotidianidad y aportar soluciones a esta problemática; fue necesaria dicha labor porque facilitó la expresión de sentimientos por parte del paciente: frustración, ira, egoísmo, tristeza, entre otras emociones. Además, esta intervención permite a la sociedad

en general analizar dicha enfermedad desde un enfoque psicosocial y conocer las diversas formas de enfrentar esta problemática social.

En definitiva, la lectura de este trabajo significa sumergirse en una realidad que encierra una gran parte de la población mundial, específicamente en Colombia abarca a todo tipo de población niños, jóvenes y adultos, lo que manifiesta la necesidad de proponer acciones orientadas al mejoramiento del estilo de vida de los pacientes VIH/SIDA a través de campos de intervención como Trabajo social.

INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL DE TRABAJO SOCIAL DESARROLLADA CON LOS
PACIENTES VIH/SIDA DEL CENTRO DE ATENCIÓN Y DIAGNÓSTICO DE
ENFERMEDADES INFECCIOSAS. CDI S.A.

1. CONTEXTUALIZACIÓN DE LA INSTITUCIÓN²

**1.1 CENTRO DE ATENCIÓN Y DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDADES
INFECCIOSAS. CDI S.A.**

El Centro de Atención y Diagnóstico de Enfermedades Infecciosas CDI. S.A. se encuentra ubicado en la carrera 37 No. 51-126 de la ciudad de Bucaramanga, es una institución privada que presta servicios de salud, para satisfacer las necesidades terapéuticas de las personas que padecen enfermedades infecciosas y crónicas. Esta organización se ha constituido como el primer centro del oriente colombiano, especializado en este tipo de patologías, contando con un cuerpo de profesionales altamente especializados. Actualmente existe una sede en Cúcuta/Norte de Santander donde se brinda la atención y se prestan los servicios para los usuarios, entre los cuales se encuentran pacientes VIH/SIDA.

Programas ofrecidos:

- Diagnóstico y seguimiento de enfermedades infecciosas.
- Biología molecular.
- Inmunología.
- Vacunación.
- Atención al paciente con VIH.

² CENTRO DE ATENCIÓN Y DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS CDI S.A. Equipo interdisciplinario (Personal Médico, Enfermera Jefe, Nutricionista, Trabajadora social y Psicólogo). "Portafolio de servicios y funciones de CDI S.A." Segunda actualización. Bucaramanga. Instalaciones de CDI S.A. 2004. p. 7

- Farmacia especializada en antirretrovirales.
- Atención integral de accidentes de trabajo con riesgo biológico.
- Asesoría e investigación en epidemiología.

Equipo multidisciplinario: Para lograr los objetivos se cuenta con un grupo interdisciplinario que busca prestar atención integral al paciente y su familia para lograr mantener su calidad de vida.

Grupo primario está conformado por:

- Médicos Especialistas en: Infectología, Medicina interna y Pediatría.
- Enfermera coordinadora del programa.
- Nutricionista.
- Psicólogo.
- Bacterióloga.
- Trabajadora social.
- Auxiliar de enfermería.

Grupo de apoyo conformado por:

- Oftalmólogo.
- Psiquiatra.
- Neurólogo.
- Ginecólogo.
- Neumólogo.
- Dermatólogo.
- Médico internista.

El grupo primario evalúa en cada disciplina los pacientes que ingresan al programa y se establece de acuerdo a su condición actual la necesidad de los controles y del

seguimiento. Los pacientes que lo requieran son remitidos a interconsultas en las especialidades mencionadas de común acuerdo con la Entidad Promotora de Salud (EPS) o Administradora del Régimen Subsidiado (ARS).

Misión:

Somos una organización que brinda soluciones integrales en prevención, manejo y rehabilitación de enfermedades infecciosas, garantizando una atención oportuna para los usuarios y entidades del sistema general de seguridad social en salud.

Visión:

Nos proponemos consolidarnos como uno de los mejores centros especializados en atención de enfermedades infecciosas del país, proyectándonos como laboratorio de referencia para otras instituciones afines. Continuamente nos preparamos manteniendo siempre un espíritu de investigación y desarrollo, considerando nuevas tecnologías que nos permitan seguir siendo competitivos en el futuro.

1.2 PROGRAMA ATENCIÓN INTEGRAL PARA PACIENTES CON VIH/SIDA.³

Misión:

Ofrecer atención integral a los pacientes que padecen VIH/SIDA, dentro del contexto familiar, comunitario y laboral de cada uno de ellos.

³ Ibíd., p. 10

Visión del programa:

Continuar liderando la atención de excelencia con los pacientes VIH/SIDA, fortaleciendo al ser humano, fomentando la educación médica y promocionando la investigación, todo ello en beneficio de los pacientes.

Objetivo General del programa VIH/SIDA:

Brindar atención integral a los pacientes con VIH/SIDA, así como asesoría a la comunidad médica.

Objetivos específicos:

1. Ofrecer atención médica especializada a los pacientes VIH/SIDA, de manera oportuna, actualizada y humana.
2. Ofrecer evaluación nutricional y psicológica a los pacientes, con el fin de optimizar su calidad de vida.
3. Ofrecer evaluación virológica y estado inmune del paciente.

El programa se encuentra dirigido por la Enfermera Jefe de la institución quien supervisa todo lo relacionado con los protocolos de atención de cada una de las áreas y/o disciplinas para la recuperación de los pacientes. La práctica de Trabajo Social se encuentra directamente vinculada y dirigida por la Coordinadora.

Entre las funciones de la Coordinadora se destacan:

- Coordinar el equipo de salud.
- Hacer cumplir las normas y protocolos del programa.
- Evaluar junto al equipo interdisciplinario el funcionamiento del programa.
- Promover la educación continuada del equipo multidisciplinario.
- Presentar indicadores de evaluación del programa del equipo multidisciplinario y las ARS y EPS.

CDI. S.A. trabaja con base en protocolos de atención diseñados y formulados bajo **la norma 412 del 2000 resolución que contempla las guías de salud elaboradas por el Ministerio de Salud y el decreto 1543 del 12 de junio de 1997**, por el cual se reglamenta el manejo de la infección por VIH y SIDA, además de las condiciones necesarias para prestar un servicio de atención integral a los pacientes. Los protocolos se elaboran, teniendo en cuenta el objetivo general y específico de la atención, así como el proceso que se lleva con el paciente, acordando número de encuentros o programación de citas. Dentro del programa cada profesional ha diseñado el protocolo de acuerdo a las condiciones y necesidades del paciente, ya sean de tipo físico y/o emocional.

1.3 PROTOCOLO DE ATENCIÓN DEL PACIENTE CON VIH/SIDA⁴

Objetivo General:

Establecer para CDI S.A. las pautas de manejo del paciente con VIH/SIDA, siguiendo las normas Nacionales e internacionales de atención médica, farmacología y de laboratorio clínico adaptándolas a nuestro medio.

Objetivos específicos:

1. Unificar el protocolo de diagnóstico y tratamiento del VIH/SIDA para CDI S.A.
2. Prestar atención integral al paciente y a su familia.
3. Establecer grupos interdisciplinarios de atención.

⁴ Ibíd., p. 18

Evaluación inicial del paciente con VIH/SIDA.

Las pruebas presuntivas de ELISA se realizan a través de los laboratorios de las diversas EPS y ARS que a su vez solicitan la realización de la prueba confirmatoria de WESTERN BLOOT. Una vez confirmado el caso del paciente es remitido a CDI para su evaluación inicial con los respectivos exámenes ELISA Y WESTERN BLOOT (Exámenes que confirman la presencia del virus de inmunodeficiencia adquirida VIH) y nota de interconsulta en caso de que el paciente ya haya sido valorado por un médico o en algunos casos proceda de una hospitalización.

Para esta valoración deberá presentar el resultado del W. Bloot que se anexará a la historia clínica, la cual contiene los formatos de cada intervención profesional de atención integral para pacientes VIH/SIDA.

Al ingresar el paciente se realizará el siguiente procedimiento:

- Evaluación por médico Especialista (Historia clínica: examen físico y anamnesis. Etc.)
- Evaluación Psicológica y estudio de contactos. (Ver protocolo de psicología, Pág. 29)
- Evaluación nutricional inicial. (Ver protocolo de nutrición, Pág. 26)
- Consejería en planificación familiar a las mujeres (Ver protocolo de planificación familiar, Pág. 21)
- Prueba de laboratorios:

Exámenes de ingreso:

- Carga Viral y Recuentos de Linfocitos CD3, CD4 y CD8 (posterior al W. Bloot (+) positivo.)

- De ingreso: Cuadro Hemático completo; Glicemia; Perfil lipídico: Colesterol y triglicéridos; Parcial de orina, Citología, entre otros.
- Dependiendo de la sintomatología se solicitarán, si el paciente lo requiere: Coproparasitoscópico; Frotis vaginal; Cultivo de secreción; Anticuerpos para Hepatitis C; TAC y otros exámenes.

Exámenes de seguimiento:

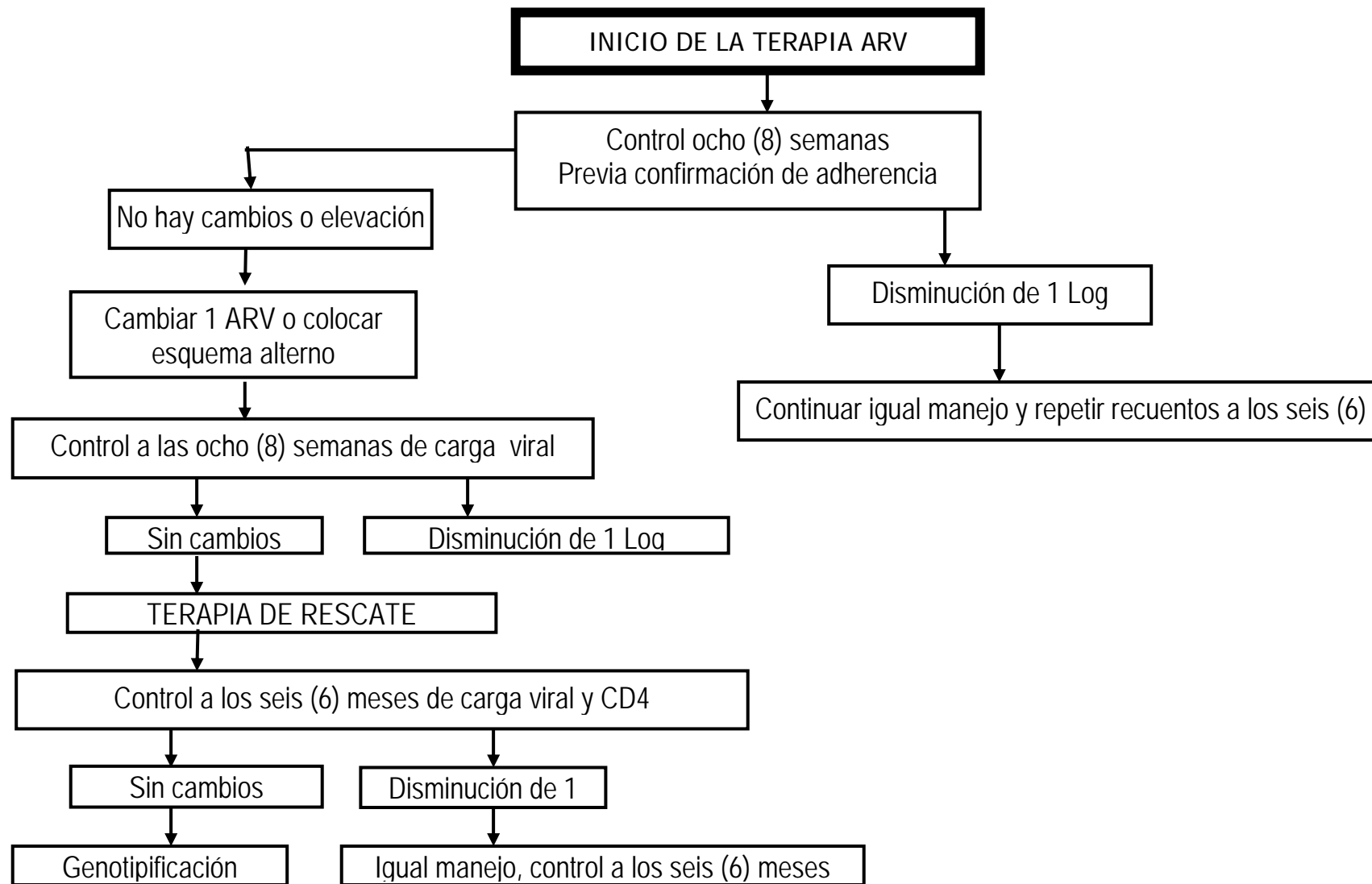
- Para pacientes que reciben inhibidores de proteasa (Es un medicamento que retira la capa del virus que cubre a las células que han sido afectadas), deben hacerse los siguientes laboratorios cada seis (6) meses: Perfil lipídico; Glicemia; las proteínas totales y la albúmina solo si el paciente está haciendo manifestaciones de pérdida de peso. En caso de presentar Lipodistrofia o alteraciones del perfil lipídico debe hacerse controles cada tres (3) meses.
- En pacientes que están con síndrome anémico deben hacerse laboratorios cada tres (3) meses de: Hemoglobina; Hematocrito; Plaquetas.
- En pacientes que están recibiendo cualquier antirretroviral deben hacerse controles cada seis (6) meses de cuadro hemático (Exámenes de sangre), con el fin de verificar la toma de los medicamentos y que no estén haciendo anemias post medicamentos.
- Control anual para todos los pacientes: Perfil lipídico, Cuadro Hemático completo y Glicemia.
- **Exámenes especializados para seguimiento de pacientes VIH (carga viral y recuentos de linfocitos CD3, CD4 y CD8).**

Las pruebas especializadas (Carga Viral y Recuentos) se realizarán en los siguientes casos.

1. A las ocho (8) semanas de iniciar la terapia, previa confirmación de su adherencia al tratamiento durante este tiempo, con el propósito de confirmar la respuesta al Esquema antirretroviral instaurado.
2. Debe hacerse a todos los pacientes un control semestral (Cada 6 meses) de Carga Viral y Recuentos.

A continuación se presenta un gráfico que expresa claramente el proceso a seguir desde el momento que el paciente inicia la terapia antirretroviral:

GRÁFICO 1: PACIENTE CON DIAGNOSTICO VIH/SIDA QUE INICIA TERAPIA ANTIRRETROVIRAL (ARV).⁵



⁵ *Ibíd.*, p. 23

- **ESQUEMAS PARA LA TERAPIA ANTIRRETROVIRAL**

Criterios de inicio de la terapia antirretroviral:

- Se dará a todo paciente con enfermedad que defina SIDA (Enfermedad oportunista) o que indique compromiso severo de la salud del paciente independientemente del recuento de CD4 y Carga viral.
- Se administrará a paciente asintomático en los siguientes casos:

Criterios para inicio de la terapia ARV⁶

<u>Categoría clínica</u>	<u>Conteo CD4/mm³</u>	<u>Carga viral COP/ml</u>	<u>Recomendación</u>
Sintomático	Cualquier valor	Cualquier valor	Tratamiento
Asintomático	>350/mm ³	>100.000Cop/ml	Tratamiento
Asintomático	200-350/mm ³	>20.000Cop/ml	Tratamiento
Asintomático	<200mm ³	Cualquier Valor	Tratamiento
Mujer embarazada >3 meses	Cualquier valor	Cualquier valor	Tratamiento

Criterios de tratamiento de mujer embarazada:

- Toda mujer embarazada con infección por el VIH debe recibir tratamiento antirretroviral, (Independientemente del valor de su recuento de linfocitos y carga viral) atención integral por parte del equipo interdisciplinario de salud de CDI S.A. y atención de Ginecobtetricia por parte de la EPS o ARS a la que pertenece.
- El Esquema antirretroviral seleccionado para el tratamiento de la gestante debe ser altamente activo y debe escogerse independientemente de su embarazo.

⁶ Ibíd., p. 26

- El objetivo primario del tratamiento ARV de la embarazada es lograr carga viral indetectable o mínima en el período del trabajo de parto para reducir a cero la posibilidad de infección del bebe.
- La gestante debe recibir información completa y actualizada por parte del Médico tratante sobre las ventajas y desventajas de recibir tratamiento ARV en la gestación.
- Para iniciar el tratamiento ARV en la gestante se necesita de su aprobación y consentimiento informado.
- En las maternas que rechacen el tratamiento ARV se debe realizar un trabajo de reeducación e información reforzado de parte del Médico, Psicólogo, Enfermera, Trabajador social, conducentes para lograr su aprobación para la toma de los antirretrovirales. Si a pesar de esta actividad la materna se niega a tomar los antirretrovirales, se debe hacer un informe completo en la historia clínica.
- Se recomienda una Carga viral y recuentos de células CD4 a las 36 semanas de gestación.
- El Médico Infectólogo de CDI S.A. en la semana 32 debe remitirle al médico obstetra tratante de la EPS o ARS el plan de manejo de la Profilaxis intraparto y posparto (Madre e Hijo).
- La terminación del embarazo será vía cesárea a las 38 semanas.
- Está contraindicada la lactancia materna.
- En el posparto (primer mes) la paciente debe ser valorada por el médico tratante para continuar con su manejo.
- A las 2 y 8 semanas de vida se realizará la Carga viral del recién nacido para conocer el estado del bebé frente al VIH.

Esquemas antirretrovirales recomendados en las gestantes.

- La selección del tratamiento antirretroviral será individualizado. El esquema escogido debe contener Zidobudina (AZT).
- EL Efavirenz (Stocrin) o D4T estavudina + DDI (Didanosina o D4T Estavudina + Zidobudina (AZT) está contraindicado durante el embarazo.
- Se recomienda retardar terapia hasta la semana 12 de gestación si nunca ha recibido antirretrovirales.
- Se recomienda el siguiente esquema antirretroviral.

Combibir (Zidobudina + Lamibudina) c/12 horas + Viracept (Nelfinavir) c/12 horas.

- Si llega posterior a la 36 semana y nunca ha recibido antirretroviral, sólo se debe administrar AZT.
- Paciente que viene recibiendo tratamiento ARV antes de 36 semanas, seguir igual manejo evitando: Stocrin; DDI + D4T O D4T + AZT.
- Para formulación de otros esquemas antirretrovirales diferentes a estos 2 se debe contar con el visto bueno del Infectólogo.

- **LISTADO DE ANTIRRETROVIRALES DISPONIBLES EN COLOMBIA⁷**

Inhibidores de transcriptasa reversa nucleósidos:

- Zidobudina AZT
- Lamibudina 3TC
- Estavudina D4T
- Didanosina DDI
- Abacavir Ziagen
- Combibir 3TC/AZT
- Trizivir Abacavir/3TC/AZT

⁷ Ibíd., p. 29

- **Inhibidores de transcriptasa reversa no nucleósidos:**

- Nevirapine Viramune
- Efavirenz Stocrin

- **Inhibidores de proteasa:**

- Indinavir Crixivan
- Ritonavir Norvir
- Nelfinavir Viracept
- Saquinavir Fortovase
- Lopinavir/ Ritonavir Kaletra
- Atazanavir Reyataz

*** Terapia de Inicio:**

Una de las piezas claves del éxito de la terapia antirretroviral es la adherencia o cumplimiento que tenga el paciente con su tratamiento. A su vez, diversas estadísticas han demostrado que la adherencia de los pacientes esta relacionado con el número de comprimidos que este debe consumir al día.

*** Esquema de Inicio:**

Combibir (AZT 300 mg /3TC 150 mg) una tableta cada doce (12) horas + Stocrin (Efavirenz) 600mg una tableta al día.

*** Indicaciones del Stocrin (Efavirenz) como terapia de inicio:**

Stocrin es un producto que en la actualidad exhibe el mejor perfil de Eficacia y seguridad de los antirretrovirales utilizados como primera línea, su presentación en monodosis facilita el cumplimiento del paciente en la terapia. Adicionalmente, la administración de Efavirenz se traduce en una rápida mejoría clínica y virológica de

los pacientes libre de efectos secundarios, los cuáles se observan en el uso de Inhibidores de Proteasa es así como se considera un medicamento de primera opción.

- **Cambios de esquemas de inicio por razones diferentes a resistencia:**

Las causas pueden ser:

1. **Toxicidad:** Por ejemplo: en caso de anemia debido al AZT (Zidobudina); Efavirenz + Estavudina + Lamibudina o Didanosina + Lamibudina.
2. **Intolerancia:** Por la presencia de efectos secundarios a causa de los antirretrovirales.
3. **Baja adherencia:** Por no cumplir con las recomendaciones dadas por el equipo de salud en la toma de los antirretrovirales. (Horario, dosis y administración).

- **TERAPIA SWITCH:⁸**

Existe evidencia que indica los beneficios de un cambio de la terapia de Inhibidores de Proteasa incluidos Kaletra, a un Inhibidor no Nucleósido de Transcriptasa reversa como el Efavirenz (Stocrin) en pacientes clínicamente estables sin enfermedades oportunistas, con carga viral < 200 copias/ml, bajo tratamiento con Inhibidores de Proteasa. El cambio a Efavirenz sostiene los beneficios clínicos y virológicos, evitando efectos secundarios como Lipodistrofia, Hiperglicemia, entre otras consecuencias.

- **TERAPIA DE RESCATE: (Fracaso terapéutico)⁹**

Se puede definir desde el punto de vista virológico y clínico:

1. **Virológico:**

- Carga viral > 5000 copias/ml

⁸ Ibíd., p. 32

⁹ Ibíd., p. 34

- Viraje de la carga viral de indetectable (<50 copias/ml) a un valor superior a 2000 COP/ml o un aumento de un logaritmo en la carga viral.

Nota: La ausencia de reconstitución inmune (< 200 CD4/mm³) no indica por si sola la falla terapéutica.

2. **Clínico:** Deterioro clínico del paciente por enfermedad oportunista acompañado de disminución significativa del conteo de linfocitos CD4 más del 20% de un conteo a otro en seis (6) meses.

Se usan diferentes tipos de combinaciones propuestas internacionalmente, optando por las opciones de terapia de rescate más adecuadas, dependiendo del esquema previo del paciente.

- **TRATAMIENTO PEDIÁTRICO¹⁰**

En niños menores de una año la terapia debe ser iniciada tan pronto como el diagnóstico se haya establecido, independientemente de su estado clínico, virológico o inmunológico; sin embargo se debe propender para que se obtenga carga viral y conteo de CD3, CD4 Y CD8 antes del inicio de la terapia antirretroviral con intenciones de predecir pronóstico y resistencia. En pacientes mayores de un año se opta por dos tendencias: tratarlos a todos o diferir el tratamiento en niños asintomáticos mayores de un año con estado inmune normal, especialmente en aquellas situaciones en las cuales el riesgo de progresión de la enfermedad es bajo (baja carga viral, niveles de CD4 normales) y cuando se sospecha dificultad en la adherencia; en este último caso el médico debe estar en vigilancia estrecha de parámetros clínicos, virológicos e inmunológicos.

¹⁰ NIEDERBACHER VELÁSQUEZ, Jurg. Programa de tratamiento pediátrico para pacientes de CDI S.A. Segunda actualización. Bucaramanga. Instalaciones de CDI S.A. 2004. p. 30

Con el equipo interdisciplinario se conforma una clínica especializada en manejo de VIH y está enfocado a las siguientes medidas:

- 1) Apoyo psicosocial tanto al niño afectado como al grupo familiar.
- 2) Apoyo nutricional. Suspender la lactancia materna.
- 3) Vacunas preventivas.
- 4) Prevención de la transmisión perinatal. Políticas de tamizaje en embarazadas (motivo de otra revisión)
- 5) Profilaxis de infecciones oportunistas.
- 6) Terapéutica específica.
- 7) Vigilar complicaciones asociadas con el consumo de medicamentos.
- 8) Monitoreo de aparición de resistencia y de infecciones oportunistas.
- 9) Asesoría legal en los casos pertinentes (pacientes discriminados o rechazados).
- 10) Detección y manejo de nuevos casos, según los antecedentes epidemiológicos del caso.
- 11) Programa de adherencia al tratamiento.

Las indicaciones cuando se decide iniciar el tratamiento son:

- Combinar un inhibidor de Proteasa con dos inhibidores de transcriptasa reversa: propuesta: Zidobudina + Lamivudina + Ritonavir.
- Evitar las siguientes combinaciones por el riesgo de resistencia o de interacciones medicamentosas indeseables:
 - Stavudina + Zidovudina.
 - Didanosina + Stavudina.
 - Stavudina + Zalcitabina.
 - Zalcitabina + Lamivudina.

- **TRATAMIENTO DE PATOLOGÍAS ASOCIADAS¹¹**

Se debe individualizar el uso de antibióticos y otros medicamentos. Citamos las patologías más frecuentes:

1. ***Pneumocystis carinii (jiroveci)***:

Profilaxis:

- Trimetropinsulfa permanente a partir de la sexta semana de vida y hasta los doce meses en pacientes con diagnóstico confirmado o indeterminado de la infección.
- Trimetropinsulfa permanente en inmunosupresión moderada y severa de acuerdo con los diferentes grupos de edad.
- En todos los casos de antecedente previo de infección por P. carinii.

2. ***Tuberculosis:***

- **Tratamiento:**

- Se emplean los tratamientos tradicionales: Isoniacida, Rifampicina, Pirazinamida (esquema acortado supervisado).
- Considerar prolongar la duración de los tratamientos (se continúa la segunda fase hasta un año).
- No se puede combinar rifampicina con algunos antirretrovirales (usar rifabutina).

- **Otras:**

Se consultará manejo específico según sea el caso:

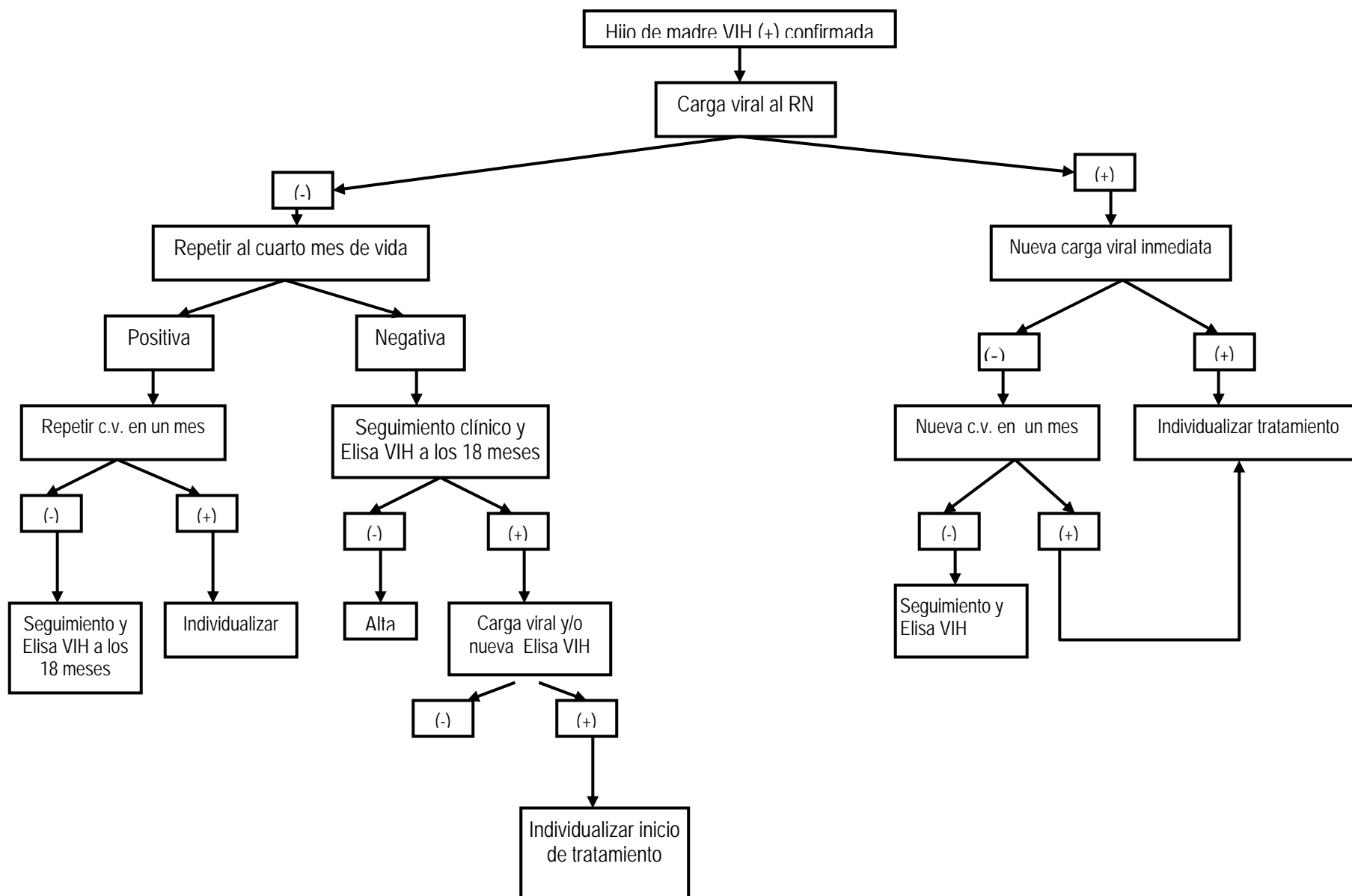
- Toxoplasmosis.
- Micobacterias atípicas.

¹¹CENTRO DE ATENCIÓN Y DIAGNOSTICO DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS CD I S.A., op.cit., p. 36

- Criptococosis.
- Infecciones bacterianas recurrentes.
- Citomegalovirus.
- Estrongiloidiosis.

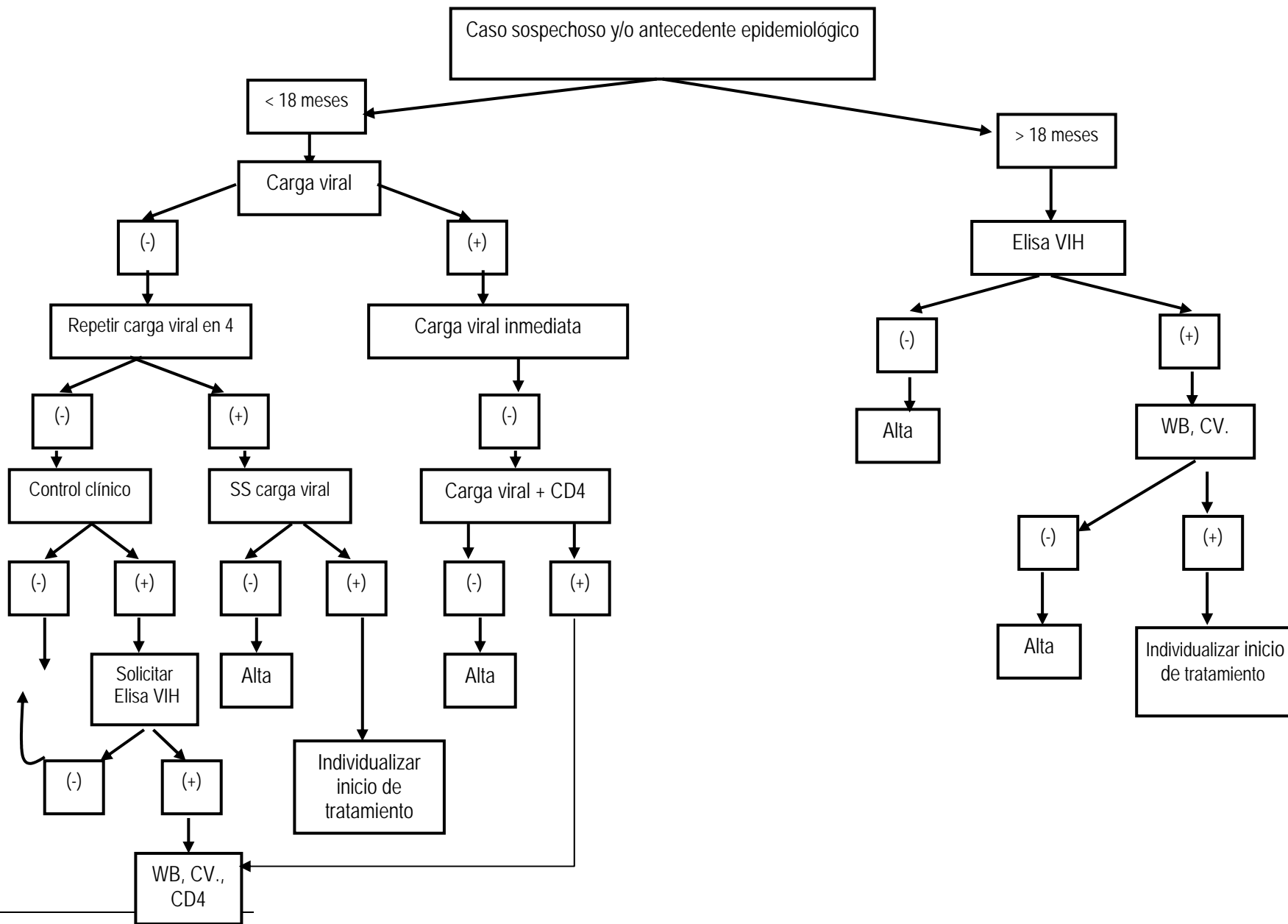
A continuación se presentan dos (2) flujogramas que manifiestan el proceso de abordaje cuando el recién nacido es de una madre seropositiva (flujograma 1) y cuando es un caso sospechoso diferente al periodo neonatal y/o antecedente epidemiológico (flujograma 2).

FLUJOGRAMA 1: ABORDAJE DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO PARA EL RECIÉN NACIDO DE MADRE SEROPOSITIVA.¹²



¹² NIEDERBACHER VELÁSQUEZ, op.cit., p. 25

FLUJOGRAMA 2. ESTUDIO Y TRATAMIENTO DE CASO SOSPECHOSO DIFERENTE AL PERIODO NEONATAL. CASO SOSPECHOSO Y/O ANTECEDENTE EPIDEMIOLOGICO.¹³



¹³ Ibid., p. 27

- **PROGRAMA DE ADHERENCIA A LA TERAPIA ANTIRRETROVIRAL.**¹⁴

Antes de iniciar la terapia antirretroviral (ARV) el equipo de salud evaluará en el paciente los siguientes aspectos:

- Compromiso del paciente con la toma del ARV.
- Entiende la importancia del medicamento ARV.
- Está dispuesto a tomar los medicamentos ARV de por vida.
- Cumplirá las citas médicas mensualmente.
- Se tomará otros medicamentos formulados.

Estos criterios de adherencia deben ser asegurados antes de iniciar la terapia ARV para evitar resistencia y falla terapéutica. El equipo interdisciplinario trabaja en pro de lograr una aceptación del paciente a una adherencia total.

- **ESQUEMA DE VACUNACIÓN PARA PACIENTES DE VIH**¹⁵

El paciente con diagnóstico (dx) de VIH debe recibir el siguiente esquema de vacunación que evitará la presencia de enfermedades frecuentes en este grupo. Dichas vacunas deben ser autorizadas por la EPS y/o ARS a que pertenece el paciente.

1. Vacuna contra Hepatitis B. 3 dosis esquema 0 – 1 – 6.
2. Vacuna contra Neumonía por Neumococo. Una dosis cada 5 años.
3. Vacuna contra Influenza. Una dosis anual.

¹⁴ CENTRO DE ATENCIÓN Y DIAGNOSTICO DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS CDI S.A.,
op.cit., p. 38

¹⁵Ibíd., p. 40

- **SEGUIMIENTO A INASISTENTES¹⁶**

Con el único objetivo de mantener permanentemente la terapia y evitar resistencia y hospitalizaciones por abandono del tratamiento, se realizan llamadas telefónicas al paciente, 48 horas antes de la cita programada para confirmar y/o recordar al paciente la asistencia ha dicho control médico.

Si el paciente no acude a la cita a CDI S.A. se llama nuevamente una vez terminada la consulta, para establecer la causa de la inasistencia y reprogramar la consulta lo más pronto posible con el compromiso por parte del paciente de no faltar a su control.

En caso de no poder establecer la causa de la inasistencia telefónicamente, Trabajo social realizará la visita domiciliaria respectiva siempre y cuando el paciente viva en Bucaramanga o su área metropolitana (Floridablanca, Girón, Piedecuesta).

1.4 PROTOCOLO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR¹⁷

- **Justificación:**

A medida que la epidemia de VIH/SIDA se traslada cada vez más a la población de mujeres, también va en aumento el número de casos de mujeres embarazadas infectadas.

Entre las vías de transmisión del VIH se encuentra la vía perinatal en un 2.2% como es lógico, la principal prevención en este sentido es que la mujeres de VIH positivo eviten quedar embarazadas.

¹⁶ *Ibíd.*, p. 42

¹⁷ *Ibíd.*, p. 44

La elección es un concepto clave en la planificación familiar. Coexiste el método anticonceptivo perfecto y algunos serán más apropiados que otros para las necesidades de un determinado paciente.

Es preciso ofrecer al paciente toda la gama de métodos disponibles y explicar cuáles son las diferencias entre ellos respecto a conveniencia, eficacia y adecuación.

- **Objetivo:**

- Evitar la presencia de embarazos en mujeres con infección por VIH.
- Prevenir la reinfección con el virus de inmunodeficiencia humana.

- **Población objeto:**

Todas las mujeres con diagnóstico de VIH/SIDA que ingresen al programa.

- **Consejería:**

La consejería en planificación familiar se dará a todo paciente (mujer y/o pareja heterosexual) que ingresa al programa.

Las actividades a realizar en esta entrevista son:

- Revisión de exámenes de laboratorio CV, CD4.
- Fecha de la última citología cervical y resultados.
- Si la paciente no se ha realizado la citología, se remite y se cita nuevamente con resultados, para definir el método de planificación haciendo énfasis en el uso del preservativo en toda relación sexual.
- Si el resultado de la citología es normal:
 - ★ Se dará explicación sobre los diferentes métodos de planificación existentes, sus ventajas y desventajas.

- ★ Selección de un método anticonceptivo por parte del paciente dando como primera opción la esterilización quirúrgica.
- ★ Dependiendo del método seleccionado por parte del paciente se hace remisión a su EPS/ARS para la respectiva autorización del procedimiento.
- ★ Se realizará un control.

Se establecerá coordinación con la encargada de promoción y prevención de la EPS/ARS a la que pertenece la paciente para confirmar que reciba el método anticonceptivo acordado.

Si el resultado de la citología es indicativo para la neoplasia se hace remisión al especialista por parte del médico tratante.

Independientemente de la condición de la usuaria y del método seleccionado se explica la importancia del uso del preservativo siempre que tenga relaciones sexuales para prevenir infecciones de transmisión sexual (ITS) y la reinfección por el VIH.

- **MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR:¹⁸**

- **ANTICONCEPTIVOS ORALES:**

Los anticonceptivos orales conocidos como “la píldora” han revolucionado la planificación familiar desde su aparición 1960. En algunos países constituyen el método más popular de regulación de la fecundidad y actualmente existen alrededor de 50 millones que los utilizan en todo el mundo. La píldora anticonceptiva merece esta amplia aceptación; es el método de anticoncepción reversible más eficaz y al mismo tiempo seguro y conveniente.

¹⁸ Ibíd., p. 45

- **DISPOSITIVO INTRAUTERINO:**

Durante siglos la humanidad ha buscado un método seguro para evitar el embarazo que no esté relacionado en forma directa con el acto sexual, proporcione protección total durante su uso, no requiera atención constante y cuyos efectos sean fácilmente reversibles. Como un paso hacia esta meta se diseñó el dispositivo intrauterino (DIU); una vez que éste se inserta en el útero, sigue siendo altamente eficaz para evitar el embarazo durante todo el tiempo en que permanece allí.

No obstante, la frecuencia de los efectos secundarios en algunas mujeres hace que el DIU esté lejos de ser el método ideal.

En la teoría, después de "la píldora", el DIU es el método más confiable de anticoncepción reversible con una tasa de fallas estimada de 1 a 3%.

- **EL PRESERVATIVO (CONDÓN):**

Es una funda delgada que se ajusta en forma estrecha sobre el pene y que actúa como una barrera mecánica para evitar que el semen eyaculado penetre a la vagina.

La mayoría de los condones modernos están hechos de caucho látex y tienen un extremo sencillo o con una especie de depósito para dar cabida al producto de la eyaculación. Para evitar la fricción muchos condones se lubrican con una solución de glicol o con un espermicida o se revisten de silicona. Existen además condones que presentan distintas alteraciones en la superficie con el fin de producir mayor estímulo durante el acto sexual. Generalmente son de color natural, aunque hoy se encuentran en el mercado en una diversidad de colores.

- **ESTERILIZACIÓN FEMENINA:**

Oclusión: Existe una variedad de técnicas para ocluir las trompas de Falopio con el fin de hacerlas incapaces de transportar el óvulo y evitar el acceso de los espermatozoides a éste. Usualmente lo que se hace es simplemente interrumpir las trompas. Estas pueden ligarse y cortarse (ligadura), pueden cauterizarse mediante electricidad (electrocoagulación), se puede estrangular un asa de cada trompa o se pueden ocluir con un clip de plástico.

1.5 PROTOCOLO DE ATENCIÓN NUTRICIONAL EN EL PACIENTE CON VIH/SIDA Y OBESIDAD¹⁹

- **Justificación:**

Las sociedades modernas urbanas en su mayoría, parecen converger hacia el consumo de dietas de alta densidad calórica, ricas en grasas, azúcares libres y bajas en fibra, que se asocian con una vida cada vez más sedentaria. La iniciativa asociada se relaciona con condiciones crónicas del adulto, entre ellas diabetes, hipertensión arterial, trastornos de lípidos, enfermedades cardiovasculares y algunos tipos de cáncer que aparecen en edad cada vez más temprana. En el paciente con VIH/SIDA el sobrepeso y obesidad es un riesgo cardiovascular que complica el estado nutricional del paciente por la posibilidad de presentar enfermedades crónicas no transmisibles, aumentando la incapacidad laboral, disminuyendo su esperanza de vida y aumentando los costos por nuevo tratamiento.

¹⁹ TORRES, Ana Francisca. Programa de tratamiento nutricional para pacientes de CDI S.A. Segunda actualización. Bucaramanga. Instalaciones de CDI S.A. 2004. p. 33

- **Objetivo:**

Lograr mejor estado nutricional disminuyendo el aporte calórico – proteico del individuo sea en la niñez o vida adulta mediante el tratamiento con dieta y educación para evitar el sobrepeso, obesidad y las complicaciones asociadas como diabetes, hipertensión arterial, entre otras.

- **DEFINICIÓN DE OBESIDAD:**

La obesidad es un desequilibrio entre la cantidad de energía que se ingiere y la que se gasta. Es el aumento del 20% más del peso corporal en relación con la talla.

- **CONSULTA DE NUTRICIÓN:**

Los controles individuales serán de 20 minutos. La consulta nutricional en el primer control se realizará a los 4 meses. Las actividades a realizar son:

Evaluar el tratamiento según dieta prescrita.

Realizar valoración antropométrica.

Realizar ajustes necesarios al tratamiento según evolución del paciente.

Educación alimentaria y nutricional.

- **POBLACIÓN OBJETO:**

Pacientes con VIH/SIDA.

- **FACTORES PROTECTORES:**

- No consumo e tabaco, alcohol y otras sustancias psicoactivas.
- Práctica del ejercicio físico en forma regular y programada.
- Estilos de vida saludable.

- Higiene y conservación adecuada de los alimentos.
- Manejo adecuado de niveles de estrés.
- El fácil acceso a los alimentos.

- **PRESCRIPCIÓN DEL TRATAMIENTO:**

Teniendo en cuenta el diagnóstico y de acuerdo a las características fisiológicas y patológicas del paciente se determinarán las necesidades nutricionales, se realizará un horario de comidas y se entregarán recomendaciones nutricionales con respecto a las carencias del usuario. A su vez se explicarán los cuidados con los alimentos para evitar el ingreso de infecciones oportunistas.

- **CARACTERÍSTICAS DE LA ATENCIÓN:**

La valoración nutricional inicial se realizará en los pacientes que vienen por primera vez e incluye: Historia clínica, medidas antropométricas, anamnesis alimentaria y revisión de las pruebas de laboratorio con el fin de obtener el diagnóstico nutricional y la clasificación de la desnutrición proteica calórica. En la primera consulta nutricional se determinará si los hábitos de alimentación y nutricionales del paciente son saludables o no para hacer las modificaciones pertinentes y orientar las recomendaciones nutricionales de acuerdo al diagnóstico que se obtenga.

- **DIAGNÓSTICO:**

Con base en la información de la valoración nutricional se hará el diagnóstico con el fin de hacer el análisis respectivo en cuanto a los aspectos relevantes que pueden influir en la prescripción del plan de atención nutricional que se le dará al paciente.

1.6 PROTOCOLO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA INTEGRAL A PACIENTES CON VIH/SIDA²⁰

- **Justificación:**

El incremento en la presencia de enfermedades de transmisión sexual y especialmente de VIH/SIDA y la necesidad de abordar conjuntamente la sintomatología orgánica y emocional que afecta al paciente y su familia, hace necesaria la intervención directa del psicólogo en los momentos críticos del enfrentamiento ante una enfermedad terminal. El apoyo y consejería permite una mejor aceptación del diagnóstico y por ende le ayuda a convivir con la enfermedad y a proponerse metas de vida a corto, mediano y largo plazo; a su vez garantizará la adherencia al tratamiento de dicha enfermedad ya que de éste se desprende el éxito del manejo de los pacientes de VIH/SIDA.

- **Objetivo General:**

CDI S.A. propone brindar un programa de atención psicológica integral que involucra todo el proceso emocional del paciente en el ámbito individual y social, considerando que el entorno social de la persona que vive con VIH/SIDA es importante, proporcionando atención a familiares, amigos o parejas de la persona que vive con VIH/SIDA con el fin de generar una mejor calidad de vida para el paciente.

- **Población:**

Pacientes con diagnóstico VIH/SIDA en el programa de CDI. S.A.

²⁰ VEGA, Alfredo. Programa de tratamiento psicológico para pacientes de CDI S.A. Segunda actualización. Bucaramanga. Instalaciones de CDI S.A. 2004. p. 41

El programa de atención psicológica a los pacientes con VIH/SIDA se ejecuta en primera instancia realizando una entrevista donde se recibe al paciente y se conocen algunos aspectos de él, luego se hace una valoración inicial donde se interviene la historia psicosocial del paciente, más adelante se realiza la valoración del estado emocional del usuario y se ejecuta la adherencia con el paciente. Con base en lo anterior se emite un diagnóstico (dx) completo del usuario y de esta manera se comienza un plan de manejo con el paciente, programando el nuevo control después de cuatro meses.

1.7 PROTOCOLO PROGRAMA DE ADHERENCIA²¹

- **Concepto de adherencia:**

Tomar los medicamentos según las instrucciones e indicaciones del equipo de salud, sin cambiar de horario, dosis o recomendaciones generales en el manejo del programa de atención integral de pacientes viviendo con VIH/SIDA.

- * **Objetivo General:**

Garantizarle calidad de vida al paciente, alcanzando niveles indetectables de carga viral y lograr mantener en óptimas condiciones su sistema inmunológico.

- * **Objetivos específicos:**

- * Evitar que el virus haga resistencia y mantener una terapia de acuerdo al protocolo de manejo de pacientes VIH/SIDA.

- * Control epidemiológico.

- * **Factores que influyen positivamente en la adherencia:**

- Soporte nutricional.

²¹ CENTRO DE ATENCIÓN Y DIAGNOSTICO DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS CDI S.A., op.cit., p. 48

- Apoyo familiar.
 - Estabilidad emocional.
 - Actitud positiva ante la vida.
 - Cumplimiento en la toma del tratamiento ARV.
- **Factores que influyen negativamente en la adherencia:**
 - Negación de la enfermedad.
 - Intolerancia al medicamento.
 - Pensamientos irracionales acerca de la infección por VIH/SIDA.
 - **Factores extrínsecos:**
 - Retiro o suspensión de la afiliación al SGSSS.
 - No disponibilidad permanente del medicamento.

- **PACIENTE EN EL PROGRAMA DE ADHERENCIA:**

Hay dos tipos de pacientes en el programa de adherencia:

1. **Paciente nuevo** que a su vez se subdivide en:

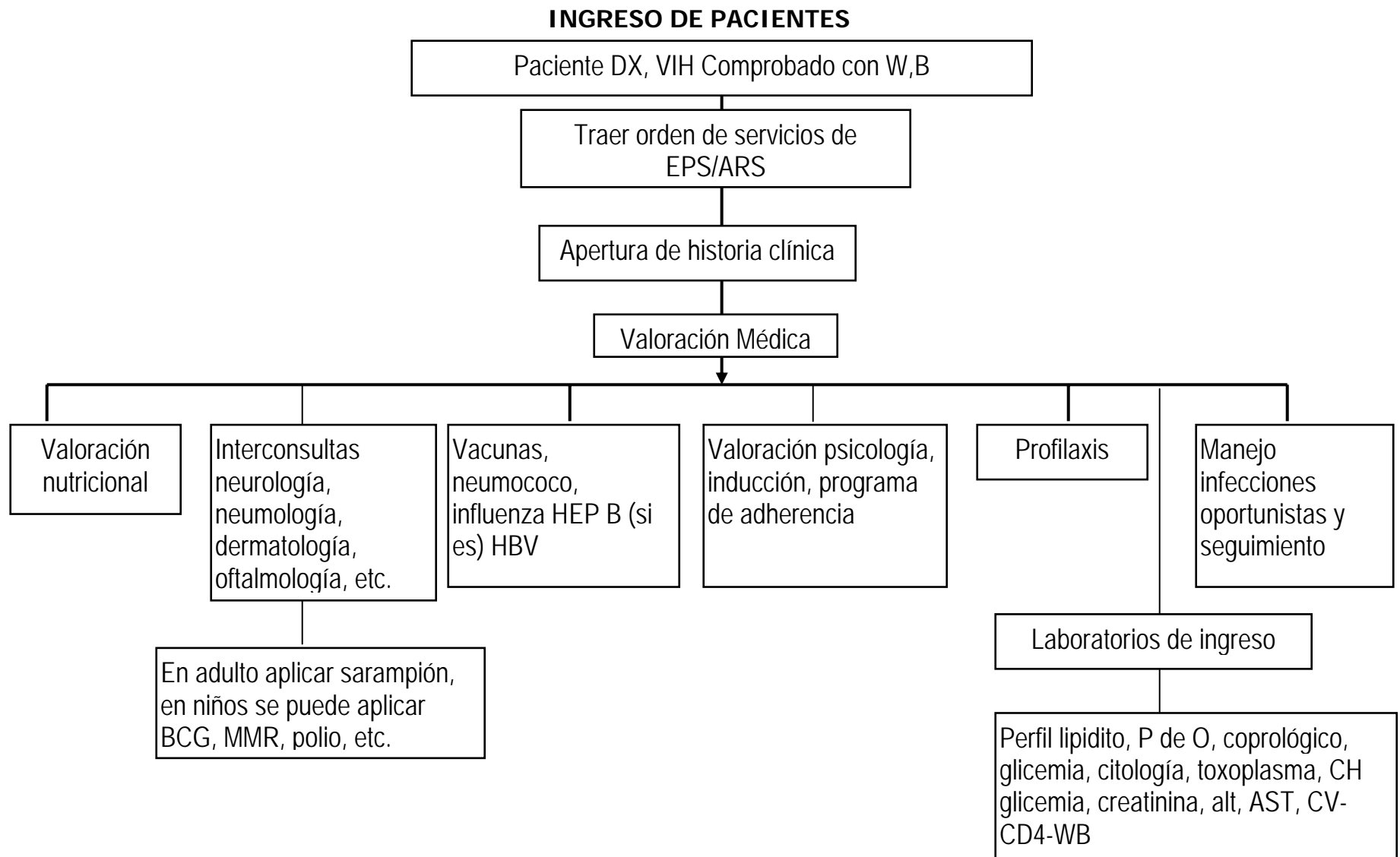
- Paciente con dx nuevo.
- Paciente con dx antiguo y tiene esquema de tratamiento.

1. **Paciente en control** que a su vez se subdivide en:

- Paciente en control con esquema de tratamiento.
- Paciente en control sin esquema de tratamiento.
- Paciente con terapia de rescate.
- Paciente que ha sido hospitalizado.

En el siguiente cuadro se refleja el proceso de ingreso de los pacientes a CDI S.A.

GRAFICO 2. PROCESO DE INGRESO DE LOS PACIENTES A CDI S.A. ²²



²² *Ibíd.*, p. 52

2. MARCO REFERENCIAL

2.1 MARCO LEGAL

2.1.1 Directrices Internacionales sobre VIH/SIDA y Derechos Humanos.²³

Directriz 1. Buscar un marco nacional que permita una actuación coordinada de todas las ramas del Gobierno, con participación transparente y responsable que aplique las funciones de política y programas sobre el VIH/SIDA.

Directriz 2. Mediante apoyo político y financiero, los Estados deberían procurar darles participación a las comunidades en todas las fases de la formulación de la política, en la ejecución y evaluación de los programas de VIH y de esta manera las organizaciones de la comunidad puedan realizar sus actividades con eficacia, sobre todo en materia de ética, legislación y Derechos Humanos.

Directriz 3. Los Estados deberían analizar y reformar la legislación sanitaria para que se preste suficiente atención a las cuestiones de salud pública planteadas por el VIH/SIDA.

Directriz 4. Los Estados deberían reformar las leyes penales y los sistemas penitenciarios para que concuerden con las obligaciones internacionales de Derechos Humanos y que no se apliquen indebidamente a los casos de VIH/SIDA, ni se utilicen contra los grupos vulnerables.

²³ ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. ONU. Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos, su relación con el VIH/SIDA. México, Cuba y República Dominicana. Sitio oficial del Alto Comisionado de Derechos Humanos y de ONUSIDA. 2000. www.cinu.org.mx/temas/vih_sida/dh.htm.

Directriz 5. Los Estados deberían promulgar las leyes que combaten la discriminación en los sectores tanto como públicos y/o privados, a los grupos vulnerables, a las personas con VIH/SIDA, orientadas a velar por el respeto a la vida privada, la confidencialidad y la ética en la investigación sobre los seres humanos, insistir en la formación y conciliación y aportar medios administrativos y civiles pronto y eficaces.

Directriz 6. Los Estados deberían adoptar medidas políticas que regulen los bienes, servicios e información relacionados con el VIH, de modo que haya suficientes medidas y servicios de prevención y atención de los casos de SIDA.

Directriz 7. Los Estados deberían proporcionar y apoyar los servicios de asistencia jurídica que enseñen sus derechos a las personas con el VIH/SIDA, facilitar asistencia jurídica gratuita para ejercer esos derechos y utilizar además de los tribunales otros medios de protección y comisiones de derechos humanos.

Directriz 8. En colaboración con la comunidad y por conducto de ella, Los Estados deberían fomentar un entorno protector y habilitante para las mujeres, los niños u otros grupos vulnerables.

Directriz 9. Los Estados deberían fomentar la difusión amplia y constante de programas creativos de educación, capacitación y comunicación diseñados explícitamente para convertir las actitudes de discriminación y estigmatización contra el VIH/SIDA en actitudes de comprensión y aceptación.

Directriz 10. Los Estados deberían velar porque los sectores públicos y privados generen códigos de conducta sobre las cuestiones del VIH/SIDA que se guíen por los principios de derechos humanos.

Directriz 11. Los Estados deberían crear instituciones de vigilancia y aplicación que garanticen la protección de los derechos humanos en lo que respecta al VIH.

Directriz 12. Los Estados deberían cooperar a través de todos los programas y organismos pertinentes del sistema de las Naciones Unidas, en particular el ONUSIDA²⁴ para intercambiar conocimientos y experiencias sobre las cuestiones de los Derechos Humanos y su protección para los afectados por el VIH/SIDA en el plano internacional.

2.1.2 Constitución Política de Colombia: En la Constitución Política de 1.991 se le brinda al tema de la seguridad social una gran importancia, por lo que en 1.993 se promulgó la Ley 100 que crea y regula el sistema de seguridad social integral. Dada la naturaleza del nuevo SGSSS, su desarrollo futuro depende de la forma como el marco constitucional y legal se traduzca en normas y éstas, a su vez, en procesos de ajuste institucional que respondan con servicios que satisfagan las necesidades de salud de la población. Todo esto, por supuesto, bajo el ojo del aparato regulador del Estado, que vigila y controla la aplicación de las normas.

En la práctica, sin embargo, la transformación del SGSSS avanza en forma lenta y traumática, particularmente para las personas con VIH y SIDA. Por ejemplo, el POS estableció la atención integral de las personas con VIH y SIDA; no obstante, estas personas continúan experimentando grandes dificultades tanto para la inscripción a la EPS como para el acceso a la terapia Antirretroviral (ARV). Para

²⁴ Ibíd., www.cinu.org.mx/temas/vih_sida/dh.htm.

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

2.1.3 Ley 100 de 1993. A partir de 1.993, con la reforma del Sistema Nacional de Salud y la creación del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), todos los ciudadanos deberían estar afiliados a alguno de los regímenes del SGSSS y sus empleadores o el Estado tiene la obligación de facilitar esta afiliación. El SGSSS contempla diversos tipos de participantes: * Afiliados mediante el régimen contributivo: lo hacen de forma obligatoria o voluntaria; en la primera, los empleados se vinculan a las Empresas Promotoras de Salud (EPS), a través de sus contratos de trabajo o los pensionados por deducción directa efectuada sobre los dineros recibidos por jubilación; en la segunda, el trabajador independiente, debe realizar el aporte correspondiente.

Las EPS deben garantizar los servicios de salud a sus afiliados, a través de las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS), las cuales pueden pertenecer a la EPS o pueden ser contratadas.

- **Afiliados mediante el régimen subsidiado:** Correspondiente a la población más depauperada y vulnerable del país, y cubriendo especialmente a mujeres en embarazo, parto, puerperio y lactancia, madres comunitarias, mujer cabeza de familia, menores de 1 año o en situación irregular y minorías étnicas. Las personas se afilian a las Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS), entidades aseguradoras que contratan a su vez la prestación de los servicios de salud a las IPS públicas o privadas.
- **Vinculados al sistema:** Aquellas personas a quienes por motivo de incapacidad de pago y mientras consiguen su afiliación al régimen subsidiado o al contributivo, el Estado debe garantizar el acceso a los servicios de salud.
- **Regímenes de excepción:** Se trata de aquellas instituciones que se rigen por reglamentos y normatividad que no es aplicable para el resto de la población, ni ingresan al SGSSS establecido por la Ley 100, como fuerzas militares, de policía, ECOPETROL y el magisterio.
- **El Plan Obligatorio de Salud (POS):** Permite la protección integral de las familias, la maternidad, y la enfermedad general, en las fases de promoción y fomento de la salud y las de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las patologías, según la intensidad de uso y los niveles de atención y complejidad que se encuentran definidos en el Manual de Atención, Procedimientos, Intervenciones y Servicios (MAPIPOS), incluyendo la provisión de medicamentos esenciales en su presentación genérica.
- **Plan de Atención Básica (PAB):** Complementa las acciones previstas en el POS y las acciones de saneamiento ambiental. Está constituido por las intervenciones que se dirigen directamente a la colectividad o aquellas que se

orientan a los individuos pero tienen altas externalidades, tales como la información pública, la educación y fomento de la salud, el control de consumo de tabaco, alcohol y sustancias psicoactivas, la complementación nutricional y planificación familiar, la desparasitación escolar, el control de vectores y las campañas nacionales de prevención, detección precoz y control de las enfermedades transmisibles. El PAB es gratuito y obligatorio.

2.1.4 Los Derechos de las personas con VIH/SIDA son Derechos Humanos:²⁵ El artículo 1 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos señala que todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos a los otros.

Un informe publicado por la ONU señala que la promoción y proyección de los Derechos Humanos son factores esenciales para prevenir la transmisión y reducir los efectos del VIH.

La promoción y protección de los Derechos Humanos es un factor esencial para proteger la dignidad de las personas con VIH/SIDA.

- **Principales derechos:**

Entre los principales Derechos Humanos importantes para las personas con VIH/SIDA están:

1. El Derecho a la no discriminación y a la igualdad ante la ley.
2. El Derecho a la vida.
3. El Derecho a la libertad y a la seguridad de la persona.
4. El Derecho a la libertad de circulación.

²⁵ Ibíd., www.cinu.org.mx/temas/vih_sida/dh.htm

5. El Derecho al Trabajo.
6. El Derecho al nivel más alto posible de salud física y mental.
7. El derecho a acceder a la educación.

2.1.5 Decreto 1543 del 12 de Junio de 1997: En 1.989, en la VI Conferencia Mundial de SIDA, las ONG colombianas fueron signatarias de lo que se conoció como El Manifiesto de Montreal, en el cual se buscó defender los derechos de las personas afectadas por el VIH/SIDA. La primera legislación colombiana fue promulgada a través del Decreto 559 de 1.991, en el cual se consideraron: campo de aplicación, disposiciones generales, definiciones de términos (como por ejemplo, aislamiento, asintomático, atención integral, conductas de riesgo, consejería, contagio, contaminación), diagnóstico y atención integral, prevención y control epidemiológico, investigación, ejercicio de los derechos y cumplimiento de los deberes, mecanismos de organización y coordinación, procedimientos y sanciones. El Decreto 599 fue actualizado y reemplazado en consonancia con lo establecido por la Constitución de 1991, la Ley 100 de 1993 y la Ley 10 de 1990.

- **Aspectos legales del decreto 1543 de 1997:**

Nos enseña todo lo relacionado con la reglamentación de la Infección por VIH / SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual. Específicamente conoceremos algunos decretos del Capítulo V, que habla del ejercicio de los derechos y el cumplimiento de los deberes.

Artículo 31: Las personas y entidades de carácter público y privado que promuevan o presten servicios de salud están obligadas a dar atención integral a las personas infectadas por el VIH y a los enfermos de SIDA, o de alto riesgo de acuerdo con los niveles de atención y grados de complejidad que les corresponda, en condiciones de respeto por su dignidad, sin discriminarlas y con sujeción a lo

dispuesto en el presente decreto y en las normas técnico – administrativas y de vigilancia epidemiológica expedida por el Ministerio de Salud.

Artículo 32: Deber de la Confidencialidad. Las personas del equipo médico o de salud que conozcan el diagnóstico están en la obligación de guardar el secreto de la consulta y evolución de la enfermedad, a menos que la revelación sea algo útil para el tratamiento, o si la persona se encuentra en riesgo.

Artículo 36: Deber de Informar. Para garantizar el tratamiento adecuado y evitar la propagación, la persona que tenga VIH/SIDA y conozca la situación está obligada a informar a su pareja o al médico por el cual va a ser atendido.

Artículo 39: La NO Discriminación. Las personas portadoras, sus hijos y demás familiares no podrán ser objeto de ningún abuso, que destruya la integridad personal y familiar.

Artículo 41: Deber de NO Infectar. La persona informada de su condición de portadora, deberá abstenerse de donar sangre, semen u órganos en general. Es un deber moral y legal.

Artículo 43: Derecho a la información. Toda persona tiene derecho a disfrutar de una comunicación plena y clara con el equipo de salud (Médico, Psicólogo, Trabajador social, Enfermera), apropiado a sus condiciones psicológicas y culturales que le permitan entender todo sobre su condición así como de los procedimientos y tratamientos.

El Decreto 1543 de 1997 establece que un Equipo de Salud es:

“Grupo Interdisciplinario y multidisciplinario de personas que trabajan en salud, cuyas actividades están orientadas a la docencia, administración, investigación y atención integral de la salud individual y comunitaria”.

2.1.6 Declaración de los derechos de las personas con VIH/SIDA:

- La ley protege a todos los individuos por igual.
- Nadie puede someterse a la prueba de ELISA, ni declarar que vive con el VIH/SIDA si de manera voluntaria no decide hacerlo.
- En ningún momento alguien puede ser detenido, aislado o rechazado por el hecho de vivir con VIH/SIDA.
- La persona con VIH/SIDA tiene derecho a recibir atención médica y social, que tenga como objetivo mejorar su calidad y tiempo de vida.
- A las personas con la infección por VIH o que hayan contraído el SIDA, no podrá negárseles el ingreso a ningún centro educativo, recreativo o social.

Cuando son vulnerados los Derechos de una persona diagnosticada con VIH/SIDA existe un mecanismo para darle solución:

- **Acción de Tutela:**

Es un mecanismo judicial que garantiza a toda persona su derecho básico a la protección inmediata de los derechos fundamentales: la vida, igualdad, intimidad, libertad de conciencia, de expresión entre otros. Se dirige contra toda autoridad pública que por omisión u acción ponga en peligro un derecho fundamental.

La puede interponer cualquier persona de manera escrita; en caso de ser un menor debe actuar una persona adulta como tutor de éste. El fallo tarda en emitirse de 10 a 15 días hábiles, el cual puede ser: pleno, transitorio o no procede por múltiples razones.

- ¿Que hacer después de que un juez falla favorablemente una acción de tutela...?

Una vez sea emitido el fallo a favor del tutelante, el representante legal de la ARS o EPS deberá cumplirlo dentro del tiempo establecido por la ley, en caso tal que no se cumpla la orden judicial, el tutelante puede dirigirse al juzgado donde la instauró para interponer un desacato de tutela, el cual ordenará abrir un proceso disciplinario y dar cumplimiento inmediato. La autoridad judicial mantendrá la competencia de la acción de tutela hasta que se garantice el derecho adoptado en la decisión judicial.

- **Para recordar:**

La Acción de tutela ha permitido garantizar los derechos de las personas con VIH/SIDA en nuestro país, ante la negativa de atención hospitalaria y médica de algunas instituciones, la no entrega de medicamentos por no estar dentro del POS, los despidos injustificados, entre otras situaciones de discriminación.

EL PROGRAMA DE LA OIT SOBRE EL VIH/SIDA Y LA RESPUESTA EN EL MUNDO DEL TRABAJO ²⁶

En junio de 2001, 189 Jefes de Estado suscribieron la Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA mediante la cual se comprometió a:

“Para el 2003, establecer un marco jurídico y normativo nacional que proteja en el lugar de trabajo los derechos y la dignidad de las personas que viven con el

²⁶ OFICINA INTERNACIONAL DEL TRABAJO. OIT. El vih/sida y el mundo del trabajo, estimaciones a nivel mundial, impacto y medidas adoptadas. Argentina. OIT. 2004. www.pmsida.gov.ar

VIH/SIDA o afectadas por éste y las que corren el mayor riesgo de infección, en consulta con representantes de los empleadores y los trabajadores y teniendo en cuenta las directrices internacionales establecidas en relación con el VIH/SIDA en el lugar de trabajo”

Naciones Unidas, 2001

La polifacética respuesta al VIH/SIDA tuvo su origen en la reunión de la Conferencia Internacional del Trabajo de junio del 2000.

En esa oportunidad la Conferencia adoptó una Resolución en la que se pedía al Director General de la Organización que ampliara la capacidad de respuesta de la Organización frente a la pandemia. A raíz de ello se creó en noviembre del 2000, el Programa sobre el VIH/SIDA y el mundo del trabajo (OIT/SIDA). El Director General insistió en que todos los programas y unidades buscaran la manera de incorporar las cuestiones relativas al VIH/SIDA en sus actividades corrientes a fin de asegurar que los enfoques utilizados fuesen integrales y abordaran las múltiples facetas de la pandemia.

El programa OIT/SIDA persigue elaborar políticas y programas destinados a ser aplicados en los lugares de trabajo y se orienta hacia tres objetivos generales, a saber, prevenir la transmisión del VIH, reducir el impacto de la pandemia entre los trabajadores, sus familias y la comunidad en general y asegurar el respeto de los derechos humanos.

La OIT se ha empeñado en conseguir que los gobiernos, los empleadores y los trabajadores en todo el mundo realicen acciones comunes tendientes a mejorar la protección social y las condiciones de vida y de trabajo, en particular, a través del programa por el Trabajo Decente.

Frente a la pandemia del VIH/SIDA, la OIT decidió actuar reconociendo la amenaza que ésta representaba para la salud, los derechos y los medios de vida de la población y el desarrollo sostenible. La OIT ha reconocido igualmente el potencial que ofrece el lugar de trabajo para la realización de actividades de prevención del contagio y para mitigar los efectos de la pandemia.

Los objetivos específicos del Programa de la OIT sobre el VIH/SIDA son los siguientes:

- Aumentar el conocimiento y la comprensión de las consecuencias económicas, laborales y sociales del VIH/SIDA.
- Orientar los programas nacionales sobre el VIH/SIDA cerciorándose de que incluyan al mundo del trabajo y se opongan a todo tipo de discriminación y asesorar a los gobiernos en materia de reforma de la legislación laboral.
- Fortalecer la capacidad de los gobiernos, los empleadores y los trabajadores para elaborar políticas y programas sobre el VIH/SIDA y aplicarlos en los lugares de trabajo.

El programa comprende actividades de investigación y análisis de políticas, acciones de información y sensibilización, servicios de asesoramiento, orientación y formación en materia de formulación de políticas, el establecimiento de asociaciones en los planos nacional e internacional con énfasis en la colaboración en materia de cooperación técnica, así como la identificación y la difusión de las buenas prácticas nacionales.

La mayor disponibilidad y accesibilidad de las terapias antirretrovirales, junto con la concientización sobre el costo económico que representa la pérdida de capital

humano, han propiciado la inclusión de elementos como asistencia, tratamientos y protección social en los programas aplicables en el lugar de trabajo.

APLICABILIDAD DEL MARCO LEGAL EN EL CENTRO DE ATENCIÓN Y DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS CDI S.A.

La población VIH/SIDA a nivel mundial se encuentra inmersa en las directrices internacionales que sobre VIH y Derechos Humanos (DH) se han establecido; dentro de estas normas se contemplan los derechos y la protección de los mismos en todos los ámbitos de la vida de una persona VIH; En CDI S.A. se han presentado muchos casos en los cuales los pacientes no han podido acceder al SGSSS y no pueden recibir la atención y los medicamentos que requieren para sobrellevar esta patología; es así como los pacientes acuden a la acción de tutela invocando el derecho fundamental a la vida para resolver su problemática; en el centro de atención se les facilita la información que requieren acerca de los mecanismos a utilizar para defender sus derechos de salud, se realizan los trámites sociales con las EPS y ARS para que los servicios sean los más adecuados y de esta manera se cumpla con lo establecido en la Constitución Política de Colombia. Sin embargo, éste no es el único campo donde ven obstaculizados sus proyectos de vida; continuamente los pacientes y sus familias han manifestado su insatisfacción por el rechazo de la sociedad a causa del diagnóstico, sin poder vincularse al campo laboral, recibir una educación adecuada, entre otros servicios; Lo anterior los obliga a mantener en secreto la enfermedad para desenvolverse socialmente sin problemas a ser señalados; En CDI S.A. se ofrece al paciente una atención integral del equipo interdisciplinario y específicamente Trabajo Social por medio de una intervención psicosocial orienta al paciente hacia la adaptación y proyección de su nuevo estilo de vida. Además existen comisiones de Derechos

Humanos y Tribunales Legales dispuestos a supervisar el cumplimiento de los derechos de esta población, siendo importante que la sociedad comprenda las consecuencias y los efectos nocivos que origina rechazar a una persona con VIH/SIDA.

La ONU plantea que la promoción y proyección de los DH de una persona VIH es un factor de prevención de la transmisión y reduce sus efectos; debido a esto CDI S.A. a través de sus profesionales ofrece conferencias a la sociedad para que comprendan la realidad de estas personas y la existencia de derechos inviolables como la igualdad de oportunidades, el respeto a la vida privada, la confidencialidad, entre otros derechos.

En Colombia existen servicios de asistencia jurídica donde facilitan información sobre los temas relacionados con VIH/SIDA, es importante que la sociedad conozca los derechos y deberes de estas personas, la prevención del virus, entre otros aspectos y de esta manera los comportamientos frente a esta patología sean acordes a las directrices que internacionalmente se han dispuesto. Es claro que no es una tarea fácil cuando existen tabúes sobre el VIH/SIDA y problemas económicos del país, que impiden el buen funcionamiento de instancias como las Direcciones Territoriales de Seguridad Social en Salud (DTSSS) que asisten a pacientes VIH del régimen de transición y por falta de recursos económicos deben cerrar sus servicios. Es una gran oportunidad que existan instituciones de salud como CDI S.A. donde se atiende a la población económicamente vulnerable, gracias a los convenios que se establecen con la entidades de salud y cada uno de los usuarios tiene acceso al programa de atención integral para pacientes VIH/SIDA.

Finalmente es necesario que las dependencias encargadas de supervisar el cumplimiento de los derechos de las personas VIH/SIDA extiendan su mirada hacia la inversión económica en instituciones de salud, creación de programas óptimos para el conocimiento del VIH/SIDA, entre otros recursos, que garanticen la ejecución de los principios establecidos en el decreto 1543 del 12 de junio de 1997 y de esta forma entidades como CDI S.A. sigan centrándose en el manejo adecuado del paciente VIH/SIDA.

2.2 MARCO CONCEPTUAL

2.2.1 ¿Qué es el SIDA?²⁷

- **SÍNDROME:** Es un conjunto de señales y síntomas propios de cualquier enfermedad.
- **INMUNO:** Se refiere al sistema inmunológico, cuya función es la defensa del organismo.
- **DEFICIENCIA:** Falla de un sistema.
- **ADQUIRIDA:** Que se contrae en algún momento.
- **EL SIDA,** (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida), es la etapa final de la infección del virus VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana). El SIDA, es una enfermedad que debilita las defensas inmunológicas del organismo de hombres y de mujeres frente a otras enfermedades.

²⁷ CENTRO DE ATENCIÓN Y DIAGNOSTICO DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS CDI S.A., op.cit., p. 5

- **¿Cómo se transmite el VIH?** : las formas de transmisión del VIH son las siguientes:
 - **Sexual:** por tener relaciones sexuales con una persona infectada, sin utilizar condón.
 - **Perinatal o materno-fetal:** De una madre infectada a su hijo (a) – durante el embarazo o en el parto.
 - **Sanguínea:** a través de una transfusión de sangre o de sus derivados o por compartir jeringas, agujas u otros instrumentos contaminados con sangre infectada.

- **¿Cómo no se transmite?** : el virus VIH no se transmite por agua, aire, picaduras de insectos, tos o estornudos. Por lo tanto, se pueden compartir con una persona infectada utensilios de cocina, baños, materiales y equipos de trabajo o estudio, piscinas, teléfonos, transporte público, etc., se puede también acariciar, abrazar y estar cerca de la persona infectada sin correr riesgo de contraer el VIH. La transmisión del virus se facilita por la presencia de lesiones genitales, inflamación o secreciones, por lo tanto las infecciones en el tracto urinario y las ETS aumentan el riesgo de contraer el virus.

- **¿Cuáles son los síntomas de esta enfermedad?** : Pueden variar de una persona a otra:
 - Cansancio permanente sin causa justificada.
 - Fiebres altas, sudores nocturnos o diarrea.
 - Pérdida del apetito, náuseas y vómito.
 - Inflamación de los ganglios por más de tres meses.
 - Pérdida de peso sin razón aparente.

- Erupciones o infecciones en la piel.

- **¿Es siempre evidente la infección?** : existe un período durante el cual el portador de VIH se ve “saludable”, sin embargo, puede transmitir la infección. Se puede decir que una persona tiene SIDA sólo cuando ya presenta los síntomas de la enfermedad. Durante esta etapa pueden aparecer diferentes infecciones y cánceres que son mortales.

- **Medidas para prevenir el VIH/SIDA:**
 1. Mantenga una relación mutuamente monógama. A mayor número de compañeros sexuales, mayor riesgo de contraer una enfermedad de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA.
 2. Procure tener una buena comunicación con su pareja sobre temas de sexualidad.
 3. Utilice un condón de látex siempre que tenga prácticas sexuales con penetración vaginal, oral, o anal.
 4. No comparta agujas, ni instrumentos cortantes.
 5. Visite frecuentemente al médico. Las enfermedades de transmisión sexual deben ser tratadas oportunamente.
 6. Practíquese una prueba si sospecha que usted o su pareja es portador (a) de VIH.

- **¡Derechos!** : Toda persona, sin importar su edad, sexo, color de piel, orientación sexual, religión, partido político, etc., tiene unos derechos considerados como fundamentales que le permiten disfrutar de una vida digna y desarrollarse plenamente. En virtud del derecho a la autonomía, ninguna persona, bajo ninguna circunstancia podrá ser obligada a practicarse la prueba

de VIH o a recibir tratamiento médico. Las personas viviendo con VIH/SIDA, son titulares de los mismos derechos que las demás en condiciones de plena igualdad.

Lo anterior quiere decir que el hecho de ser portadora de VIH/SIDA, no podrá ser excusa para:

- Negarle atención médica u hospitalaria, suministrarle medicamentos y/o tratamientos.
- Negarle o limitarle alguno de sus derechos.
- Expulsarlo (a) del empleo o establecimiento educativo, separarlo (a) del grupo familiar.
- Recluirlo (a) o someterlo (a) a cuarentena.

En la relación de Género con el VIH, se manifiesta que los hombres que poseen este diagnóstico tienen probabilidades dos veces mayor de transmitir el virus a sus compañeras, porque:

- El semen puede tener mayor cantidad de virus que las secreciones vaginales.
- El tejido que cubre la vagina y el recto (membranas mucosas) es más vulnerable a la infección que la piel del pene, pues un virus puede penetrar más fácilmente la superficie de estas membranas mucosas.
- Debido a que la vagina tiene una temperatura constante y a que el semen puede permanecer allí por varias horas, se aumenta el riesgo de infección.
- Las mujeres están en mayor riesgo de infectarse con el VIH/SIDA, si tienen relaciones sexuales con un hombre infectado.

- Las enfermedades de transmisión sexual (ETS) y las infecciones en los genitales femeninos pueden aumentar el riesgo de contraer o transmitir el VIH/SIDA.

Además:

- Los hombres y mujeres unidas (os) o casados (as) que tienen relaciones sexuales fuera del matrimonio con otras personas, tienen mayor posibilidad de verse expuestos (as) al VIH/SIDA, y por lo tanto infectar a la esposa (o) o compañera (o) permanente.
- Una mujer con el VIH/SIDA, puede infectar a su hijo durante el embarazo o parto, pero el riesgo de infección puede ser mayor para el (la) recién nacido (a) si la mujer es infectada durante el embarazo o cerca de la fecha del parto. La cantidad del virus VIH/SIDA, es mayor durante las semanas o meses inmediatamente posteriores a la infección.
- Cualquier persona puede adquirir el VIH/SIDA, si no se protege adecuadamente.
- **¿Qué hace el VIH al entrar a nuestro cuerpo?** : Una vez ha entrado al cuerpo humano, a través de las relaciones sexuales sin protección, por transfusiones sanguíneas, o por pinchazos con agujas contaminadas, el virus empieza a circular por el torrente sanguíneo y las células de defensa empiezan a luchar contra el virus atacante. Los linfocitos y los macrófagos luchan contra el agente agresor, pero no son capaces de eliminarlo, así que la información pasa a los linfocitos B y ellos producen como respuesta al ataque, anticuerpos contra el VIH y después de 12 semanas de haberse iniciado, los exámenes de laboratorio detectan estos anticuerpos, resultando positivo.

2.2.2 Apoyo social y salud:²⁸

El apoyo social se ha concebido como un efecto beneficioso en la salud física y mental de las personas. Puede definirse como los vínculos interpersonales, la compañía, información o valoración que se recibe mediante la interacción con grupos o individuos, lo anterior permite afrontar los problemas con los miembros de la familia, parientes, amigos y demás personas que hacen parte del contexto social.

El apoyo social se define como el conjunto de actuaciones que contribuyen a cubrir diversas necesidades de la persona como son los vínculos familiares, el afecto, la pertenencia, la seguridad y la aprobación. El profesional puede poner en contacto al paciente con colectivos que se ajusten a su perfil social y cultural, facilitar su acceso al mercado laboral, entre otras acciones.

- **¿Cuáles son las funciones de un sistema de apoyo social? :**
- Aumentar las capacidades personales de sus miembros y promover el logro de sus metas vitales.
- Cumplimiento del régimen terapéutico.
- Retorno a la situación de ¡bienestar!, Salud.

2.2.3 Uso de la influencia social en la relación entre el profesional de salud y el paciente²⁹ La influencia social se define como: Un cambio de actitudes, comportamientos, creencias de una persona.

²⁸ *Ibíd.*, p. 6

²⁹ RODRÍGUEZ MARÍN, Jesús. *Psicología Clínica y de La Salud*. Edita Colegio oficial de Psicólogos de España. 2000. p. 24

Esta influencia puede sustentarse sobre seis bases que el agente influyente puede emplear para cambiar las creencias, o conductas del paciente:

La recompensa, el castigo, la legitimidad, la experiencia, la referencia y la información.

En primer lugar informar: Puede explicar el porqué de tratamiento que se propone, ¿qué es la enfermedad y cómo se desarrolla?; Puede utilizarse la recompensa, consiste en los beneficios del tratamiento antirretroviral y la ayuda de la consejería social, produce aceptación de la enfermedad.

Al tratar de emplear un tipo de influencia, se debe tener en cuenta el comportamiento que se quiere cambiar y la situación en la que ha de ejecutarse. En este caso el profesional del campo social suele ser la persona que entable más relación estrecha con el paciente, porque las indicaciones y explicaciones que da el médico suelen ser técnicas y complicadas para los pacientes, especialmente para aquellos que no tienen un nivel de educación, en este caso se debe ofrecer apoyo y definición más acorde a su situación intelectual.

* Aspectos estresantes de la enfermedad física y su tratamiento:³⁰

1. Amenaza a la vida y miedo a la muerte.
2. Amenaza a la integralidad corporal y al bienestar.
 - Daño o incapacidad corporal.
 - Cambios físicos permanentes.
 - Dolor.
 - Discapacidad.

³⁰ *Ibíd.*, p. 26

3. Amenazas al auto-concepto ya los planes futuros.
 - Necesidad de alterar la propia imagen o el sistema de creencias.
 - Incertidumbre acerca del futuro.
 - Pérdida de la autonomía y el control.
 - * Amenazas al equilibrio emocional.
4. Amenazas al cumplimiento de los roles y actividades habituales.
 - Necesidad de depender de otros.
5. Necesidad de ajustarse a un nuevo estilo físico y social
 - Ajuste al marco hospitalario.
 - Problemas de comprensión de la terminología y usos médicos.

2.2.4 La comunicación, un valor terapéutico en pacientes con enfermedades crónicas ³¹. La función de la comunicación no sólo es transmitir información (función informativa), sino también estimular la ejecución de ciertos comportamientos (función promotora) y producir determinados sentimientos. La falta de información por parte del paciente genera incertidumbre y ésta produce ansiedad, depresión y miedo.

Los factores que influyen en la comunicación entre el profesional de la salud y el paciente son:³²

1. **El marco de la interacción:** En la consulta médica, el tiempo es muy limitado por tal motivo, el paciente opta por no preguntar más allá sino lo estrictamente necesario como: la sintomatología.

³¹j RODRÍGUEZ, Alejandra. Sida tratamientos modernos, comunicación Médico - paciente VIH/SIDA. Madrid, España. C/pradillo, Mundinteractivos S.A. 1997. salud@elmundo.es.

³² GOMEZ PADRÓN Maria V. SOSA ROSALES Carlos A. La Comunicación Humana en la relación médico- paciente. La Coruña, España. Sitio Oficial Comunicación Científica. 1997. www.casaciencias.org/congreso/

2. **La estructura del sistema institucional:** Dado que estamos inmersos dentro de un esquema de competencia, es muy difícil que el médico a quien le pagan por ver un cierto número de pacientes dedique mucho más tiempo para discutir interrogantes que posea el paciente.
3. **La conducta del profesional:** Uno de los aspectos es la jerga médica; Los pacientes y en especial los de bajo nivel académico no entienden mucho de los términos usados y esto se presta para confusiones e insatisfacción de los pacientes.

El uso del lenguaje técnico complicado constituye una barrera evidente en la comunicación, aunque los pacientes suelen no pedirle aclaración de los términos al médico, sino a otro profesional como el Trabajador Social.

Hay diversas razones por las cuales los pacientes no piden explicación:³³

- No quieren parecer estúpidos o ignorantes.
- No sienten la suficiente confianza para entablar una relación que permita esclarecer interrogantes.

Los aspectos afectivos de la conducta del profesional también son importantes, sobre todo la sensibilidad, el calor y la preocupación por sus problemas que el paciente puede percibir a través de la conducta del profesional. El paciente está más satisfecho con los profesionales que les permiten hablar, que toman tiempo para escuchar, que dan explicaciones claras sobre la enfermedad y el tratamiento. Entre más satisfacción sienta el paciente mejor será su cumplimiento y responsabilidad con el tratamiento.

³³ *Ibíd.*, www.casaciencias.org/congreso/

2.2.5 La adaptación a la enfermedad en el caso del SIDA ³⁴ Se establece el siguiente proceso:

Primer paso: Choque: respuesta de emergencia y se caracteriza por aturdimiento, soledad, distanciamiento de la situación.

Segundo paso: Encuentro, pensamiento desorganizado, desespero.

Tercer paso: Retraimiento: Negar la existencia de la enfermedad o su implicación.

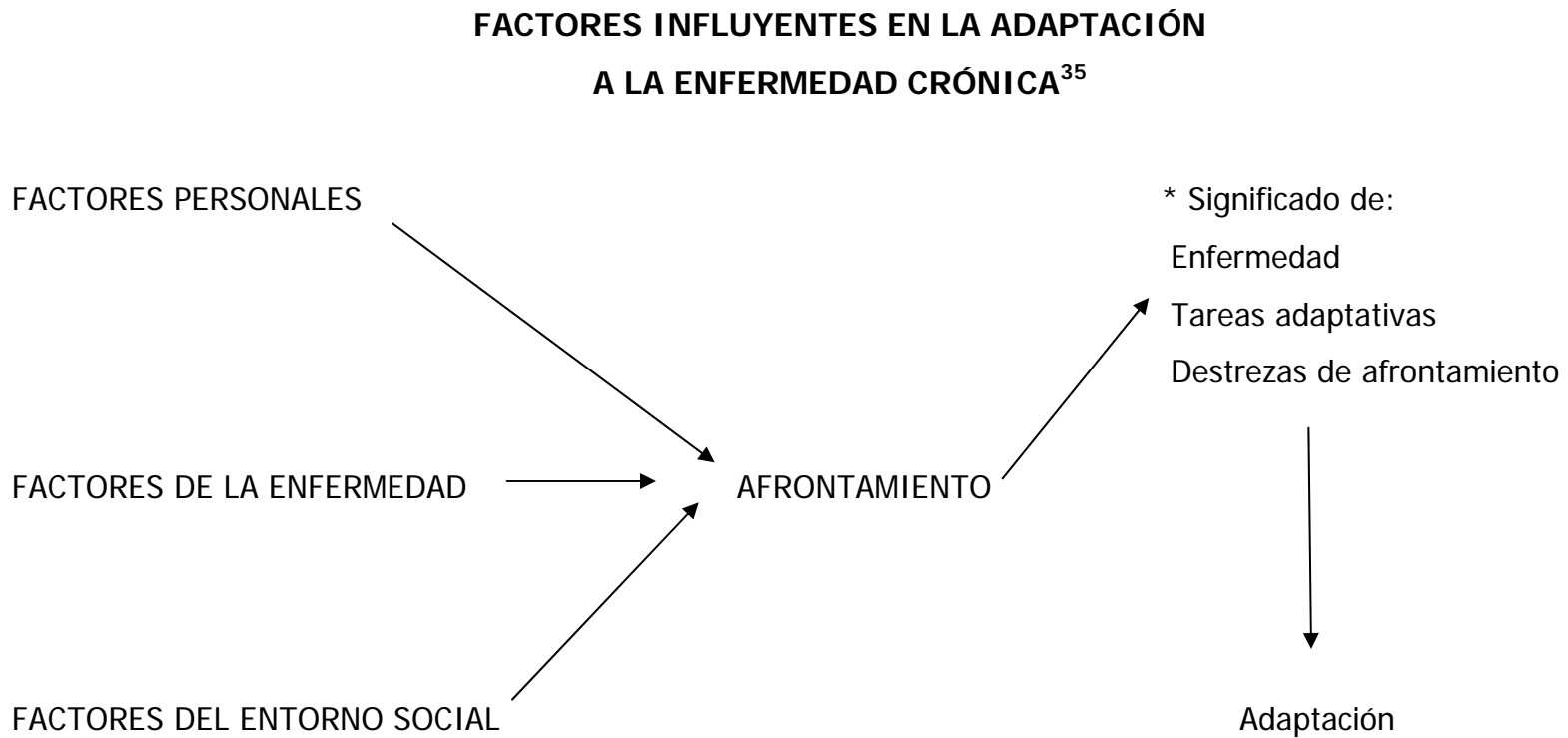
Estos pasos son normales y necesarios para que la persona acepte su diagnóstico, sin embargo la persistencia de éstos dificulta el proceso de adaptación adecuado a la enfermedad. En el caso del enfermo de SIDA, la triada anterior dificulta y requiere una gran capacidad de comprensión y aceptación para adaptarse a la realidad del diagnóstico y sus consecuencias, dado que existen dificultades como: el aspecto sociocultural, ya que la sociedad le atribuye a la enfermedad y a los individuos que la padecen (Por la forma de ser transmitida: Por vía sexual o por abuso de drogas intravenosas) factores que empeoran su concepción social.

La personalidad del enfermo, su capacidad de afrontar el estrés y el nivel de madurez emocional, influyen también en el proceso. Otro factor relevante hace mención al entorno social, es decir, que el paciente requiere apoyo familiar y social, ya que a menudo son despedidos del trabajo y la existencia de una fobia irracional contra el enfermo de SIDA, en campos como: la educación, la ciencia y los derechos humanos.

A continuación se dan a conocer los factores que inciden en la adaptación a la enfermedad crónica como el VIH/SIDA.

³⁴ RODRÍGUEZ MARÍN, op.cit., p. 30

GRAFICO 3. FACTORES QUE INCIDEN EN LA ADAPTACIÓN A LA ENFERMEDAD CRÓNICA.



³⁵ *Ibíd.*, p. 31

2.2.6: Religiones y creencias: ³⁶

La Constitución Nacional garantiza la libertad de cultos. En ese sentido, puede comprenderse al país como una nación de pluralismo religioso, entendiendo que este se presenta cuando dentro de la misma comunidad local o general existen grupos religiosos organizados con sistemas de fe y prácticas religiosas diferentes e irreconciliables. En Colombia la Iglesia Católica ha predominado, desde los inicios de la colonización hispánica, influyendo históricamente en todos los aspectos político-educativos y culturales.

Es indiscutible que la inmensa mayoría de los ciudadanos colombianos mantienen alguna idea religiosa o profesan algún tipo de religión y que ello influye notoriamente en los conceptos, actitudes y prácticas sexuales y eróticas. Gran parte del sistema educativo está basado en la conceptualización judeocristiana del ser humano y su práctica genital, convirtiendo la sexualidad y su expresión en uno de los principales tópicos de preocupación y “trasgresión” de los fieles, es así como las personas acuden a los confesionarios católicos pidiendo ser perdonados por practicar relaciones sexuales. Desde algunos sectores religiosos existe una marcada resistencia para la aceptación de la sexualidad recreativa de modo que se le permite al fiel únicamente las formas comunicativa y reproductiva. El problema, desde la salud pública, estriba en que el ser humano netamente expresa su tendencia hacia la primera forma de sexualidad, ante lo cual no podemos cerrar los ojos.

En vastos sectores religiosos se rechaza posiblemente el empleo de metodologías de barrera, bien sea asociadas a la anticoncepción o al control de la diseminación

³⁶ IGLESIAS DE LA COMUNIDAD METROPOLITANA DE MÉXICO. ICM. Dios frente al hombre y al sida. Monterrey, Nuevo León, México. Sitio oficial de la ICM. 2003. casadeluz@prodigy.net.mx.

de ETS, lo cual constituye un importante obstáculo tendido desde la religión para que el ser humano aplique en su vida personal prácticas sexuales seguras. Evidentemente las religiones y creencias de las sociedades juegan un papel central en el desarrollo e implementación de políticas sobre la base de actitudes moralistas y negativas en los políticos, en los profesionales, en los elementos educativos y de información y en la población general. La infección por VIH y el SIDA son condiciones que trascienden lo puramente médico y tocan con lo político y religioso, de forma que las respuestas son moldeadas en buena parte por las actitudes y emociones que suscitan estos determinantes a nivel individual y colectivo más que por la ciencia, la técnica y la medicina. Esta visión moralista frente a la infección se ha ido modificando lentamente pero aun persiste con fuerza en amplios sectores sociales. El VIH y el SIDA han sido unas de las condiciones que han despertado un mayor temor y han generado una fuerte estigmatización posiblemente asociadas a su vinculación íntima a comportamientos señalados y marginalizados, desde lo social, como sexo entre hombres, trabajo sexual y consumo de sustancias psicoactivas. La infección por VIH y el SIDA pueden ser asociadas a conductas descalificadas o mitificadas por la sociedad, como podrían ser la sexualidad "libre" o extraconyugal.

Esto incide negativamente en la posibilidad de desarrollar propuestas educativas abiertas, informativas y generadoras de habilidades para la toma de una decisión apropiada y personal. El discurso preventivo que entiende la genitalidad y su ejercicio como algo sucio y pecaminoso, la asistencia a la persona viviendo con el virus como "obra de caridad", la conceptualización de que las personas viviendo con el VIH y el SIDA son "pecadores" o han recibido el "castigo de Dios", y el presentar la epidemia como un "flagelo", dificultan enormemente el establecimiento de políticas preventivas generadoras de efectos. A pesar de la condolencia y la caridad hacia la persona afectada, su situación de enfermedad

será vista como el producto de lo prohibido, como consecuencia del estar por fuera del deber ser, de cierta forma como un castigo de Dios. Múltiples visiones religiosas rechazan de plano la conducta sexual homosexual, siendo concebida como pecado o como enfermedad, de manera que quien asume su elección de objeto sexual dentro de personas de su mismo género, es susceptible de ser "redimido", curado, o simplemente debe asumir las posibles ETS como castigo.

*"...Existen dos corrientes de pensamiento sobre el VIH/SIDA. Por un lado está la tendencia biologista de considerar al SIDA como un problema meramente físico, donde la solución es netamente médica. Por otro lado se halla la línea tradicional donde se prohíben muchas cosas, entre ellas incluso una correcta información y educación sexual a los niños y a la juventud. Los resultados son diversos, pero en general tenemos por un lado a los liberales que realizan todo tipo de actividad sexual descaradamente, llegando a situación actual, donde también tiene igual culpa la otra línea que ha llevado a la gente, por la falta de educación sexual, a cometer gravísimos errores en el matrimonio con sus respectivas consecuencias."...*³⁷

"...Porque ya algunas se han apartado en pos de Satanás. Los elementos por los que se contagia esta enfermedad son primeramente la sangre y el semen. La palabra de Dios dice: "Los que practican la fornicación, el lesbianismo, el homosexualismo masculino son dignos de muerte" (Rom. 1:26-27, 29, 32). Y como el "pecado entró en el mundo por un hombre, y por el pecado la muerte, así la muerte pasó a todos los hombres, por cuanto todos pecaron" (Rom. 5:12). ¿Los culpables? Satanás, y el hombre por hacer su voluntad..."³⁸

³⁷ IGLESIAS DE LA COMUNIDAD METROPOLITANA DE MÉXICO. ICM. Temas para jóvenes Biblia 2000, op.cit., casadeluz@prodigy.net.mx.

³⁸ *Ibíd.*, 1 de Timoteo, Cáp. 5 v. p. 15 *Ibíd.*, Juan 11, v. 25 p. 1343

2.2.7 VIH/SIDA en el Mundo Laboral.

REPERTORIO DE RECOMENDACIONES PRÁCTICAS DE LA OIT SOBRE EL VIH/SIDA Y EL MUNDO DEL TRABAJO³⁹

Los diez principios sobre los que se asientan estas directrices internacionalmente reconocidas son los siguientes:

1. El VIH/SIDA se reconoce como un problema en el ámbito laboral.
2. Los trabajadores real o supuestamente afectados por el VIH no deben ser objeto de discriminación alguna.
3. Es imprescindible corregir la desigualdad de oportunidades y de trato entre hombres y mujeres. Ello es vital para prevenir la transmisión del VIH y para una mejor gestión de sus consecuencias.
4. Un entorno laboral que no presente riesgos para la salud disminuye el riesgo de contagio y permite a los trabajadores seropositivos seguir desempeñando sus funciones.
5. El diálogo social desempeña un papel porque las políticas se aplican mejor si existe un clima de cooperación y confianza entre empleadores, trabajadores y gobiernos.
6. No deben aceptarse las pruebas de detección del VIH si éstas se utilizan para excluir a los trabajadores de las actividades laborales.
7. Debe respetarse el carácter confidencial de los datos personales de los trabajadores.
8. No debe ponerse término a la relación de trabajo mientras el trabajador sea médicamente apto para seguir cumpliendo sus funciones.
9. La prevención debe contemplar la información, la educación y la consideración

³⁹ *Ibíd.*, www.pmsida.gov.ar

de los factores económicos y sociales.

10. La asistencia y el apoyo a los seropositivos deben incluir el acceso a la seguridad social, a las prestaciones profesionales y a unos servicios de salud asequibles.

El citado repertorio se elaboró previa consulta con representantes de los gobiernos, los empleadores y los trabajadores de todas las regiones. Dicha labor culminó con la realización de una reunión tripartita de expertos que puso punto final a la obra, la cual fue adoptada por el Consejo de Administración de la OIT en junio del 2001. Ese mismo mes fue considerado y refrendado por la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, en su 26° Período extraordinario de reuniones, celebrado en Nueva York. El repertorio establece los principios fundamentales que deben orientar la formulación de unas políticas y directrices prácticas que den lugar a respuestas concretas frente al VIH/SIDA en los planos de la empresa, la comunidad y la nación. Promueve la utilización de un enfoque integral en los programas aplicables en los lugares de trabajo, que incluya:

- El respeto de los derechos de los trabajadores, incluida la protección del empleo, la igualdad de oportunidades y de trato entre hombres y mujeres, el derecho a prestaciones y la ausencia de discriminación.
- La realización de actividades de prevención, el establecimiento de programas que consideren atenta y específicamente la situación de la mujer, y acciones concretas para promover cambios en los comportamientos.
- La provisión de asistencia y apoyo, incluido un acondicionamiento razonable del trabajo, el acceso a prestaciones, la oferta de pruebas voluntarias, de

asesoramiento y el suministro de tratamientos donde los servicios locales de salud sean inadecuados.

Como complemento y para facilitar la aplicación del Repertorio, la OIT ha elaborado un manual de capacitación titulado "*Aplicación de las recomendaciones prácticas de la OIT sobre el VIH/SIDA y el mundo del trabajo*". Este manual sirve de documento de referencia y contiene directrices, estudios de caso y actividades prácticas destinadas a ayudar a sus usuarios a tener en cuenta el contenido del repertorio a la hora de establecer los planes estratégicos nacionales, las políticas y programas aplicables en el lugar de trabajo. En todas las regiones se están utilizando conjuntamente el repertorio y su manual de aplicación, con el fin de desarrollar las calificaciones y la capacidad institucional necesarias en este ámbito, en beneficio de todos.



Fuente: CROZET M. Paciente recibiendo información sobre su tratamiento. India. Oficina Internacional del Trabajo OIT. 2000. www.pmsida.gov.ar

- **CUIDADOS Y TRATAMIENTOS EN EL LUGAR DE TRABAJO.**⁴⁰

Grandes empresas cuentan con un servicio de salud en el trabajo que puede complementarse con los servicios prestados por los sistemas nacionales de salud como respuesta al VIH/SIDA. La amplitud de su enfoque las convierte en asociados muy útiles en lo que respecta a la prevención, promoción, el apoyo psicosocial y la protección social; Pueden motivar a la gente a que se someta voluntariamente a las pruebas de detección del VIH y se beneficien del asesoramiento, apoyo y seguimiento ofrecido a las personas infectadas.

Mientras no se conocían las terapias antirretrovirales, los cuidados apuntaban preferentemente a aliviar los síntomas y dar apoyo al paciente. Ahora que dichas terapias se encuentran disponibles y son más asequibles, la palabra "cuidados" ha adquirido un nuevo significado y encierra una promesa. El suministro directo de los medicamentos antirretrovirales y el seguimiento de los afectados en el lugar de trabajo se ha transformado en un ámbito privilegiado de colaboración entre el mundo del trabajo y el sector de la salud. El tratamiento en cuestión se ha mostrado particularmente eficaz para conservar en funciones a la fuerza de trabajo cualificada y con experiencia que se necesita.

A continuación se presentan las consideraciones que la OIT plantea acerca de las personas que viven con el VIH, con un énfasis particular en el derecho que tienen estas personas a seguir trabajando libres de estigma o discriminación:

- Acceso a tratamientos y medicamentos, a la vez terapéuticos y paliativos.

⁴⁰ Ibid., www.pmsida.gov.ar

- Acceso a información en materia de higiene de vida y a los servicios comunitarios pertinentes.
- Acceso a un apoyo psicosocial.
- Acceso a condiciones de trabajo razonablemente adaptadas al estado de salud del trabajador.
- Acceso a la protección social, lo que incluye el beneficio a la seguridad social, a los regímenes de seguros de salud y a las prestaciones médicas.

2.2.8 El impacto del SIDA en el sector económico.

"...Al contrario que otras enfermedades como la malaria que es letal principalmente entre los niños, el SIDA mata a adultos y jóvenes", enfatizó Shatanyanan Devarajan, un economista del Banco Mundial durante el lanzamiento del libro "Macroeconomía del VIH/SIDA", publicado por el Fondo Monetario Internacional (FMI)..."⁴¹

Lo anterior refleja la ausencia de una actividad laboral por parte de la población considerada más activa como son los adultos y los jóvenes y esto debido a la propagación del virus del VIH en el mundo y que finalmente impide el ejercicio adecuado de actividades.

El virus se ha orientado a restringir las capacidades del ser humano, limitando sus oportunidades para laborar y por ende disminuyendo notablemente sus ingresos económicos, esto afecta el ciclo monetario que diariamente manejan las empresas del mundo las cuales ven reducida la mano de obra y esto permite que se generen pérdidas financieras para muchas entidades que deben acomodarse al nuevo fenómeno de salud pública que invade la economía. Es así como las metas

⁴¹ SOCIEDAD WILLS WILDE. S.W.W. ONG. El SIDA puede devastar la economía en pocas generaciones New York, EE.UU. ONG SWW. 2002. www.eluniversal.com.

lucrativas que se proponen los estrategias económicos se ven obstaculizadas con la infección del virus de VIH en la población.

"...El SIDA ataca y mata a los jóvenes lo que destruye los conocimientos que han acumulado y que podrían poner al servicio del crecimiento económico. Pero el SIDA priva igualmente a sus hijos de aquello que necesitan para convertirse en adultos productivos, la atención de sus padres, el saber y la capacidad de financiar su educación. Por último, el riesgo de que los más pequeños sean infectados hace menos rentable invertir en su educación..."⁴²

"...El SIDA se ha convertido ya en la principal causa de muerte en Sudáfrica, según los últimos datos del programa de la ONU contra el SIDA (ONUSIDA); a finales de 2003 había en Sudáfrica unos 5,3 millones de personas infectadas por el VIH, lo que constituye el mayor número de contagiados en un sólo país en el mundo..."⁴³



Fuente: AGENCIA DE NOTICIAS REUTERS. Una mujer africana enferma de SIDA. Sudáfrica. Reuters. 2003. elmundosalud@elmundo.es

⁴² REVISTA DE MEDICINA. EL MUNDO. ES/ SALUD. Lucha contra el vih/sida. México. El mundo. es salud.2003. elmundosalud@elmundo.es

⁴³ Ibíd., elmundosalud@elmundo.es

Una de las poblaciones vulnerables económicamente es la africana, este continente manifiesta un gran desorden económico y social, su población atraviesa por niveles de pobreza considerados de gran magnitud. A todo lo anterior se añade una tasa alarmante de pacientes con VIH/SIDA, esta enfermedad se ha expandido de tal forma que la mayoría de sus habitantes mueren a causa del virus, destruyendo los ámbitos en los cuales se desenvuelve esta población; De esta manera la epidemia del VIH/SIDA es una de las causas por las cuales este continente se encuentra azotado por el subdesarrollo. El efecto devastador que produce el virus del VIH en la economía del África es mayor en comparación a otros países.

2.2.9 EL VIH/SIDA y la Educación.

“Es necesario que los jóvenes comprendan los riesgos del SIDA. Los progenitores, los maestros, los agentes de la salud, los tutores o las personas de la comunidad encargadas de los ritos de iniciación deben advertir a los jóvenes contra el VIH/SIDA, otras infecciones de transmisión sexual y el embarazo no deseado. Conversar sobre cuestiones sexuales con los jóvenes puede resultar complicado. Una forma en que es posible comenzar el diálogo con niños en edad escolar es preguntarles sobre lo que han escuchado acerca del VIH/SIDA. Si la información que disponen está equivocada, aproveche la oportunidad para ofrecerles la información correcta. Hablar y escuchar a los jóvenes es muy importante. Si el padre o la madre se sienten incómodos para abordar este tipo de conversación, pueden pedir consejo sobre la mejor manera de hablar con los niños de estas cosas, a un maestro, a un pariente o a otra persona que consideren adecuada para examinar temas delicados...”⁴⁴

⁴⁴ FONDO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA INFANCIA. UNICEF. Estado mundial de la infancia. la infancia amenazada. resumen ejecutivo. New York, EE.UU. © Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). 2004. www.unicef.org/spanish.

“...La educación es una de las principales armas contra la extensión del VIH/SIDA. Esta afirmación resulta cada vez más evidente en los países en que la epidemia es grave: los jóvenes con más altos niveles de educación suelen utilizar con más frecuencia los preservativos y suelen tener menos relaciones sexuales ocasionales que sus compañeros de más bajo nivel de educación.

Hay tres posibilidades principales de defensa contra el VIH/SIDA:

- Conseguir la escolarización de los niños y garantizar un ambiente educativo seguro y efectivo que los mantenga en éste.
- Proporcionar educación y capacidades para la prevención contra el VIH/SIDA, como parte de la educación de calidad que todos los niños y los jóvenes merecen.
- Tomar medidas especiales destinadas a los niños no escolarizados, incluyendo los niños trabajadores, los niños de la calle, que se encuentran en condición vulnerable debido a la pobreza y a condiciones de vida insuficientes...”⁴⁵

“...Los programas basados en las escuelas han demostrado su utilidad para reducir los riesgos relativos al VIH/SIDA, en particular cuando superan la simple información y contribuyen a que los jóvenes adquieran los conocimientos, actitudes y capacidades prácticas que necesitan para protegerse. La enseñanza basada en la preparación para la vida utiliza enfoques participativos que implican a los niños y los jóvenes en experiencias activas de aprendizaje relacionadas con el VIH/SIDA u otros aspectos de la salud y el desarrollo personal...”⁴⁶

⁴⁵ Ibíd., www.unicef.org/spanish

⁴⁶ Ibíd., www.unicef.org/spanish.

Los sistemas educativos también se han visto afectados a causa de la infección del VIH, los jóvenes que asisten a los colegios o a las escuelas de capacitación en su mayoría son contagiados y la deserción escolar que se presenta en estos institutos es grande, es así como este grupo poblacional se perjudica en el avance de sus conocimientos y en su preparación intelectual e igualmente esta problemática de salud pública afecta los sistemas educativos.



Fuente: FONDO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA INFANCIA. UNICEF. Estado mundial de la infancia. La infancia amenazada. Resumen ejecutivo. New York, EE.UU. © Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). 2004. www.unicef.org/spanish.

2.2.10 Teoría de la crisis: La enfermedad como acontecimiento estresante⁴⁷

La teoría de crisis ofrece un sistema conceptual para la consideración de enfermedades crónicas como el VIH/SIDA, trata del impacto de las interrupciones en las pautas establecidas de la identidad personal y social. La aparición de la enfermedad en la vida de una persona supone siempre una situación de crisis, un acontecimiento estresante. En mayor o menor medida produce impacto generando un desequilibrio, en lo que cabe denominar situación estresante.

⁴⁷ MOSS, RH. Teoría de la crisis, Afrontamiento de la enfermedad. New York, EE.UU. Plenum Press. 1989 p 27

1. Todos necesitamos un equilibrio psicológico y social, al igual que físico; Cuando algo rompa nuestras pautas de comportamiento y modo de vivir, conduce a un estado de desorganización acompañada de sentimientos como la ira, ansiedad, culpabilidad, etc.
2. La enfermedad constituye una crisis que puede durar un periodo muy largo y conducir a cambios permanentes entre los pacientes y sus familiares. Puede que la persona tenga que afrontar hospitalizaciones, separación prolongada de la familia, amigos, dolor e impotencia, cambios en su aspecto corporal, un futuro no seguro, incluyendo la posibilidad de muerte.

El carácter estresante de la enfermedad depende de muchos factores:

- De su duración (crónica).
- De su forma de aparición (inesperada).
- De su intensidad (grave).
- De las etapas de la enfermedad.

Por otra parte, la enfermedad no sólo produce estrés en la persona que la padece sino que tiene efectos estresantes de mayor o menor cuantía, en los familiares. La dinámica familiar se ve afectada por la enfermedad de uno de los miembros de la familia y se producen cambios en la representación de los roles habituales.

Moos, el autor de esta teoría afirma que la valoración de la enfermedad y su aceptación por parte del paciente viene influida por tres grupos de factores:

- Sociodemográficos y personales: (edad – sexo - posición económica - madurez emocional - creencias religiosas - amor propio - experiencias de afrontamiento en el pasado).
- Relacionados con la enfermedad (síntomas).
- Ambientales, físicos (espacio personal disponible) o sociales (relación con los familiares, apoyo social, normas y expectativas).

Para afrontar tal situación se requiere que la persona acepte su diagnóstico, a través de tareas, cuyo objetivo es la restauración del equilibrio psicosocial; Exige la instalación de propósitos de vida que trasciendan las limitaciones impuestas por la enfermedad.

Vivir con una enfermedad crónica como el SIDA exige en muchas áreas control de los regímenes terapéuticos que requieren grandes cambios del estilo de vida, reorganización del tiempo, de los sentimientos y emociones, mantenimiento de relaciones sociales adecuadas y significativas.

Por otra parte el paciente emite comportamientos al conocer su diagnóstico y depende de su salud mental el afrontamiento que haga⁴⁸:

- Negación
- Escape, levitación del acontecimiento.
- Otros positivos:
 - Mantener la rutina diaria.
 - Expresar las emociones.
 - Sentimientos de control.
 - Encontrar o dar sentido a la enfermedad.

⁴⁸ BRAHMAN, Linda. Psicología de la salud, Afrontamiento del Sida. Sevilla, España. Pulso Ediciones S.A. 2001. p. 39

- Apoyo social.
- Resignación o aceptación de la enfermedad.

2.2.11 Teoría de la calidad de vida. La calidad de vida en los pacientes crónicos.

- Calidad de vida

La calidad de vida es el bienestar, felicidad, satisfacción de la persona que le permite una capacidad de actuación o de funcionar en un momento dado de la vida. Es un concepto subjetivo que está muy influido por el entorno en el que se desenvuelve el ser humano: la cultura, las escalas de valores, entre otros aspectos.

- Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS)

"...Desde finales del siglo pasado, el estudio de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) ha logrado captar la atención de muchos investigadores que intentan dar respuesta científica a la necesidad de incluir en las evaluaciones en salud la percepción de los usuarios respecto a su bienestar..."⁴⁹

Tradicionalmente, en Medicina, se consideraban válidas sólo las observaciones del equipo médico (datos "objetivos"). Posteriormente tomó mayor importancia la consideración de los datos provenientes del paciente (datos "subjetivos"). En la actualidad se intenta dejar de lado el debate "objetivo versus "subjetivo" revalorizándose los datos subjetivos que reflejan sentimientos y percepciones legítimas del paciente que condicionan su bienestar o malestar y su estilo de vida.

⁴⁹ Donabedian, Avedis. Evaluación de la calidad en la atención en salud. México. Prensa médica mexicana. 1996. p. 25

- **Lo nuevo que aportan las ciencias de la salud en el concepto de CVRS.**

El modelo biomédico tradicional excluye el hecho de que en la mayoría de las enfermedades el estado de salud está profundamente influido por el estado de ánimo, los mecanismos de afrontamiento a las diversas situaciones y el soporte social. Es evidente que estos aspectos de máxima importancia en la vida de los seres humanos serán los que más influyan a la hora de que los pacientes evalúen su calidad de vida.

"...Esencialmente se incorpora la percepción del paciente como una necesidad en la evaluación de resultados en salud debiendo para ello desarrollar los instrumentos necesarios para que esa medida sea válida, confiable y aporte evidencia empírica con base científica al proceso de toma de decisiones en salud..."⁵⁰

- **Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), alcances, limitaciones y confusiones conceptuales.**

"...La evaluación de calidad de vida en un paciente representa el impacto que una enfermedad y su consecuente tratamiento tiene en la percepción del paciente sobre bienestar, definiéndola como la medida que modifica el valor asignado a la duración de la vida en función de la percepción de limitaciones físicas, psicológicas, sociales y de disminución de oportunidades a causa de la enfermedad, sus secuelas, el tratamiento y/o las políticas de salud..."⁵¹

La esencia de este concepto está en reconocer que la percepción de las personas sobre su estado de bienestar físico, psíquico, social y espiritual, depende en gran parte de sus propios valores y creencias, su contexto cultural e historia personal.

⁵⁰ TESTA M. Pensar en salud. Washington D.C. Plenum Press. 1996. p 33

⁵¹ PATRICK, D. ERICKSON P. Estado de salud y bienestar. Madrid, España. Universidad de Málaga. 1993. p 45

- Si bien la incorporación de las medidas de calidad de vida relacionadas con la salud representa uno de los avances más importantes en materia de evaluaciones, no existe aún la claridad suficiente a una base conceptual compartida. El concepto de calidad de vida se ha banalizado en grado extremo, en especial en los campos de la comunicación y del consumo. Por otra parte, es inevitable tener que aceptar la dificultad de poder medir integralmente un fenómeno tan multicausal como es la autoevaluación de la percepción individual. Implica además aceptar que hasta el momento las evaluaciones de CVRS asumen que las personas son capaces de analizar aspectos de su estado de salud en forma aislada, separándolos de otros aspectos de la vida humana (ingresos, situación laboral, etc.). "...Sin embargo, hay numerosas evidencias de que en la medida que la enfermedad progresa ocurren ajustes internos que preservan la satisfacción que la persona siente por la vida, por lo que podemos encontrar personas con grados de limitación física que consideren que su calidad de vida es buena..."⁵².

Desde el punto de vista clínico es clásico observar que para muchos pacientes sus valores personales o sus creencias religiosas, ideológicas, políticas, influyen sobre su estado de ánimo y pueden ser fuente de fortaleza que inciden en su salud. La necesidad de darle sentido a la vida es un rasgo universal que es esencial a la vida misma y la falta de sentido puede engendrar sentimientos de vacío y desesperación. Los pacientes de CDI manifiestan claramente la relación existente entre el estado de ánimo y su proceso de recuperación, en la medida que ellos se sientan acompañados de sus familiares o amigos, se motivan a consumir los medicamentos logrando ser adherentes al programa VIH/SIDA, además si su estado de ánimo y las esperanzas de vivir son inmensas la carga viral del paciente

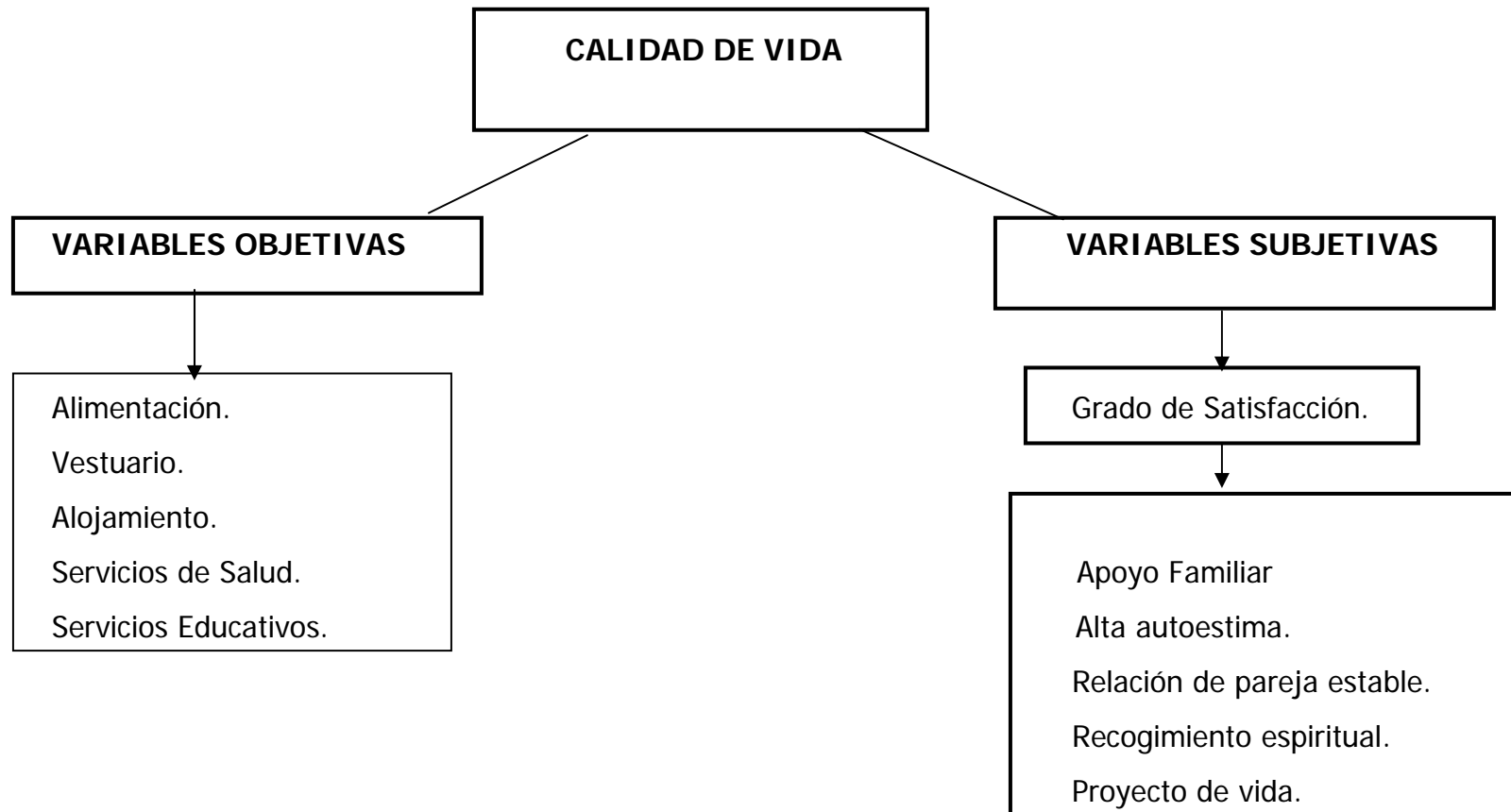
⁵² LEPLEGE, A y HUNTS, S. El problema de la calidad de vida en medicina. New York, EE.UU. Prensa americana de la asociación médica. (JAMA). 1998. p 14

tiene una disminución considerable y aumenta el sistema inmunológico. Para muchos usuarios de CDI la creencia en un ser superior es equivalente a la fortaleza y posibilidades de manejar adecuadamente el diagnóstico, lo anterior se evidencia en el caso de una paciente del Sur de Bolívar, maestra de primaria, ella comenta:..."Un día hubo una reforma en el colegio en el que yo trabajaba, muchos profesores quedaron sin trabajo, y yo fui una de esas personas entonces quedé debiendo 3 meses de pago de salud, por esa razón no había asistido a las consultas, ahora me informaron que la deuda fue saldada y yo no pagué, yo soy evangélica y le oraba mucho a mi Dios...es un milagro del señor"...

Con el avance de la investigación psico- neuro- inmuno- endocrina comenzarán a comprenderse mejor los mediadores fisiológicos que explican el papel de los sucesos estresantes y el soporte social en la salud y en la calidad de vida percibida.

A continuación se dan a conocer las variables objetivas y subjetivas que encierran el concepto de calidad de vida.

ESQUEMA 1. VARIABLES QUE COMPONEN LA CALIDAD DE VIDA



FUENTE: BRAHMAN, op.cit., p.30

- **Evaluaciones de calidad de vida en VIH/SIDA.**

La infección por VIH/SIDA sigue siendo una amenaza para la vida y la salud en todo el mundo, es cierto que las nuevas terapias han conseguido disminuir la tasa de mortalidad, tales tratamientos no están exentos de sintomatología adversa y para mantener sus resultados es fundamental la adhesión terapéutica.

“...Las labores de investigación deben continuarse pero no sólo en el ámbito médico sino también en el psicosocial ya que estos factores han demostrado su influencia sobre la calidad de vida de las personas infectadas por VIH/SIDA. La infección VIH avanzada conlleva una alta carga sintomática con una elevada prevalencia de trastornos de la esfera psicológica y deterioro de la calidad de vida. Las nuevas estrategias de tratamiento antirretroviral inducen una mejoría global a los pacientes pero se hace necesario un abordaje de los trastornos psicológicos...”⁵³

- **Factores psicosociales del VIH/SIDA⁵⁴**

La infección por VIH está pasando a ser considerada una enfermedad crónica habiendo disminuido de forma muy significativa su morbilidad y mortalidad como consecuencia de los avances alcanzados en su tratamiento; aún así continúa comportando una problemática muy compleja que además de lo fisiopatológico, involucra factores psicológicos, sociológicos y económicos. Tal situación requiere necesariamente un enfoque multidisciplinario donde no quede marginado ninguno de los aspectos. Tras el relativo control de los aspectos fisiopatológicos de la infección por VIH/SIDA son los factores psicosociales los que merecen ahora una especial atención.

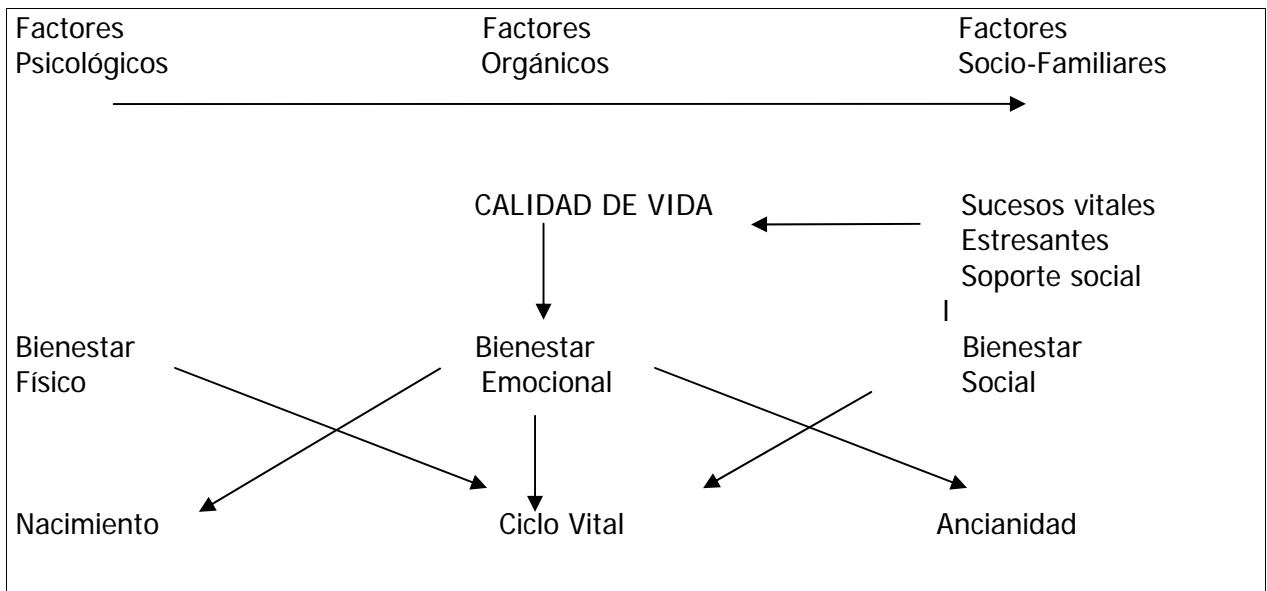
⁵³ PAGAN SANTINI, Rafael H. Evaluación de calidad de vida y VIH. Puebla, México. Centro Universitario de Investigación sobre el Sida, Universidad Autónoma de Puebla. 2000. p 19

⁵⁴ R. NÁJERA MORRONGO. Investigación de pacientes con infección avanzada VIH. Madrid, España. Ediciones Castilla S.A. 1992. p. 36

Las relaciones existentes entre los factores psicosociales y la salud sin duda son complejas, como así lo acreditan diferentes trabajos de investigación realizados en el ámbito de la psiconeuroinmunología.

A continuación aparece un esquema que contiene los aspectos relevantes de la calidad de vida relacionada con la salud.

ESQUEMA 2. CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD.



FUENTE: BARGE, Schaapveld. Calidad de vida relacionada con la salud aspectos conceptuales. Chile. Ediciones Televisa Chile S.A. 2003. p 45

2.2.12 La vida social de un paciente VIH/SIDA.

"...El verdadero peso que debe soportar sobre sus hombros el paciente con SIDA es ser el blanco de un castigo social que injustamente se le impone y frente al cual no tiene ninguna manera de defenderse. El infierno o el Apocalipsis social es el mayor daño que se puede realizar a un ser humano, uno no escoge sus enfermedades, nadie intencionalmente se infecta. ¿Entonces porque juzgar y sentenciar en vida a los que irremediamente tienen los días contados?"...⁵⁵

La sociedad claramente manifiesta la clasificación que existe en su población de acuerdo a sus condiciones sociales, económicas, culturales, etc. A los seres humanos se les diferencia por su estrato social, nivel de educación, entre otros aspectos, sin embargo, la problemática de salud pública que se presenta en el país es el fenómeno que más divide a los pobladores, tener un diagnóstico VIH/SIDA ubica a estas personas en un grupo cerrado de seres humanos con dificultades para establecer relaciones sociales.

"...El padecer una enfermedad implica, en sí misma, un sufrimiento físico, un deterioro orgánico pero además en el caso del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) el mayor dolor que soportará el paciente no será físico sino por el contrario será netamente social. El enfermarse es triste pero resulta llevadero si se cuenta con el apoyo de otros seres humanos que comprendan y apoyen el momento difícil que vivimos..."⁵⁶.

"...La noticia da cuenta en su descarnada síntesis de un hecho de la realidad. El problema del SIDA está sobre el tapete, pero ¿cuál problema? ¿El VIH/SIDA que

⁵⁵ ZAPATA, ZAPATA, ANDRES. Impacto social y Sida. Bolivia. La Nueva Revista de Medicina y Salud en Internet. MEDSPAIN.1999. sugerencias@medspain.com

⁵⁶ *Ibíd.*, sugerencias@medspain.com

infecta a 43 jóvenes o el SIDA/estigma que los rotula? Impacta el dato epidemiológico; inquieta la respuesta institucional. Bien hace la Organización Mundial de la Salud al referirse a las "tres epidemias": la infección por el VIH, el SIDA y la reacción económica, social, política y cultural. Esta tercera epidemia es la que amenaza tener los efectos más devastadores; para ello cuenta con un instrumento riesgoso y efectivo: la discriminación. Desde ahí nos situamos para pensar la intervención profesional. Este enlace entre SIDA y discriminación constituye uno de los núcleos centrales de interés para el Trabajo Social...⁵⁷

⁵⁷ TOUZA, GRACIELA. ROSSI, DIANA. La problemática del SIDA. Bogotá, Colombia. Congreso Revista Margen de Trabajo Social. 1998. www.margen.org.

2.3 MARCO TEÓRICO

Hoy prevalece el nuevo concepto de salud que concilia la satisfacción de las necesidades humanas y los ideales de salud y bienestar de la población. La salud se concibe cada vez más como un producto social positivo y como fuente de riqueza para la vida diaria; expresa el desarrollo de las condiciones que permiten a la gente realizar lo mejor de sí, se convierte en un hecho positivo, un recurso y un proceso, una realidad a ser construida por las personas y las poblaciones que logran mejorar su potencial de salud y enriquecer así su calidad de vida. La OMS⁵⁸ define la salud como “el perfecto estado de bienestar, físico, mental y social y no sólo como la ausencia de la enfermedad”; es aquí donde la población afectada por el VIH/SIDA encuentra sus inconvenientes, en el desarrollo de su vida social y en su adaptación a las nuevas condiciones que la existencia le ofrece, por esta razón una persona VIH positivo se orientará a la proyección de su nuevo estilo de vida y afrontará situaciones de frustración que le permitan sentirse saludable y alcanzar el equilibrio social y personal que necesita.

Teniendo en cuenta lo anterior, se evidencia una batalla entre la inoportuna enfermedad y el añorado estado de bienestar, “la enfermedad es un proceso de deterioro que daña el funcionamiento biológico, fisiológico y social de una persona”⁵⁹, es así como un paciente con el virus se encuentra obligado a combatir ese deterioro, solo o con la ayuda de profesionales si desea lograr una estabilidad fisiológica, mental y social que facilite su desenvolvimiento en la vida diaria, que simple y sencillamente le permita vivir. Continuando, en este proceso de ajuste a la nueva condición de salud, la persona infectada debe estar preparada para el señalamiento y rechazo de una sociedad ignorante, atrapada en tabúes y juicios

⁵⁸ MINISTERIO DE SALUD. EL ABC de la Descentralización en salud. Palmira, Valle del Cauca. Oficinas del Ministerio de Salud. 1996 p. 13

⁵⁹ MOSS, RH. Teoría de la crisis, Afrontamiento de la enfermedad. New York, EE.UU. Plenum Press. 1989 p. 27

moralistas que destruyen todo proceso de mejoramiento y rehabilitación psicosocial, de esta manera, la falta de conocimiento del ser humano se convierte en una amenaza social y en un factor de riesgo para una población VIH/SIDA que anhela acomodarse a los nuevos sucesos de la vida.

“Efectivamente, el SIDA ha puesto al descubierto las mayores debilidades de nuestras sociedades al hacernos reflexionar sobre la identidad y el comportamiento de las personas afectadas y necesariamente mostrarnos la diversidad existente desde antaño”⁶⁰, esta es la clave entender la diferencia, aprender a vivir con ella y percibir que todos los seres humanos comparten los mismos derechos en la sociedad. “los enfermos de SIDA y aun las personas seropositivas futuras víctimas de esta enfermedad deben ser tratadas con el más profundo respeto, bajo ninguna circunstancia se les debe rechazar del medio social donde viven”⁶¹. Es claro que los comportamientos de exclusión social a los pacientes VIH/SIDA trascenderán a menos que se generen procesos de educación y capacitación eficientes acerca de esta patología y se originen cambios de actitud en el ser humano, logrando adquirir una visión abierta de las circunstancias de la sociedad, en este caso de las problemáticas de salud pública que afectan al mundo, que evolucione mentalmente al igual que el contexto que lo rodea, siendo tolerante y sin discriminar al otro, de esta forma se construyen personas con sensibilidad social, capaces de sentir la necesidad humana y motive a la población afectada por el virus en la consecución de su proyecto de vida; además los profesionales observan que un paciente VIH al sentirse aceptado y respaldado socialmente manifiesta una mejoría en su cuadro clínico.

El llamado es entonces a la destrucción del rechazo social hacia la población VIH/SIDA, ayudándoles a construir un mejor futuro, brindándoles sentimientos de aceptación, convivencia, entre otros beneficios acordes a su proceso de adaptación

⁶⁰ IZAZOLA LICEA José A. SIDA, Estado actual del conocimiento. México. Grupo Noriega Editores. 1996 p. 30

⁶¹ SANDNER Olaf. SIDA la pandemia del siglo. Venezuela. Monte Avila Editores. 1990. p. 176

a esta patología. "Una persona con resultado VIH positivo queda excluida de pertenecer a los servicios militares, a los programas de seguros de salud, vivir en algunas ciudades e incluso de viajar entre países"⁶².

De la misma forma, en nuestra sociedad se mantienen conceptos medievales que refuerzan el aislamiento social de la persona infectada con VIH, es decir, la genitalidad considerada una vía "potencial" de transmisión del virus genera un terror colectivo a la práctica de las relaciones sexuales, "aunque si se ha comprobado la transmisión sexual del VIH, es extremadamente ineficiente, según estudios se requiere en promedio de 1000 contactos heterosexuales y 100 a 500 contactos homosexuales con personas seropositivas"⁶³, lo anterior nos invita a la no estigmatización del contacto genital entre los seres humanos y el rechazo total a las opiniones religiosas y moralistas que señalan el noviazgo como un flagelo, las relaciones sexuales como pecaminosas y la existencia del VIH como un castigo a quienes han "desagradado" a Dios. Es así como nuestra mente debe abrirse a un mundo en constante evolución, apartándose de argumentos moralistas que culpabilizan las actuaciones del hombre y lo somete a un estilo de vida donde el temor hace parte del ser humano constantemente, " los sacerdotes también han aprovechado la oportunidad para reclamar fidelidad y arrepentimiento como si esta nueva plaga tuviera algún propósito teleológicamente correctivo" ⁶⁴, no se debe concebir a Dios como un ser que se aparta de las personas y los abandona, al contrario las religiones ostentan que Dios es misericordioso y por tal razón deben ser un ejemplo para evitar la exclusión social a los enfermos de SIDA. "Se descalifica a los seropositivos de pertenecer a esta sociedad y los relega injustamente a los albergues que con buena intención esperan el fatal desenlace"⁶⁵. De esta manera se puede afirmar que la solución no es generar un

⁶² SABDI, Alfonso, H. El gran Fiasco. El SIDA no es causado por el VIH. Barranquilla, Colombia. Prestigio Editorial Colombiana. 1994. p. 88.

⁶³ *Ibíd.*, p. 59

⁶⁴ *Ibíd.*, p. 87.

⁶⁵ *Ibíd.*, p. 89

temor a todas las personas ni manipular con sentimientos de culpa a los enfermos de SIDA, lo importante es educar a las personas para que puedan ser autónomas y responsables en el manejo de su sexualidad, acepten los nuevos acontecimientos de la sociedad y eviten discriminar a quien tenga VIH/SIDA.

Finalmente, lo que permite que un individuo obtenga una adecuada calidad de vida es la satisfacción de sus necesidades en el entorno que lo rodea, en el caso de una persona con VIH/SIDA debe procurar solventar sus carencias básicas o más sentidas, las cuáles son la base para la proyección de su existencia. Según la OMS la calidad de vida es “ la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes” ⁶⁶ cuando una persona se encuentra infectada por el virus la percepción que tiene de si mismo está caracterizada por la frustración de sus proyectos y ve al mundo como el principal culpable de todos sus obstáculos, en ocasiones ve a los demás pero no encuentra ningún soporte socio-afectivo, de esta manera el enfermo de VIH/SIDA debe luchar constantemente por el reconocimiento en la sociedad como un ser humano con iguales derechos a todos los individuos, quien debe buscar la manera de ser feliz y proyectarse en su proceso de recuperación psicosocial. “Se ha demostrado que las expectativas y la calidad de vida están relacionadas con la proyección de metas, se considera que la estabilidad y la lucha por conseguir esas metas aumentan la respuesta inmunológica”.⁶⁷

⁶⁶ Organización Mundial de la Salud.OMS. Aspectos Psicológicos del paciente frente a la enfermedad. Argentina. Oficina regional de la Organización panamericana de la salud. OPS y la OMS. 2002. p. 42

⁶⁷ SANDOVAL PACHECO, Alix M. Afectividad y VIH/SIDA. Bucaramanga Colombia.Universidad Industrial de Santander. 1995. p.30

3. POLÍTICA SOCIAL NACIONAL

3.1 POLÍTICA NACIONAL DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVAS:⁶⁸

Es necesario presentar la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (SSR) para el periodo 2002 a 2006 como marco referencial de todas las acciones a realizar en cuanto a VIH/SIDA. Este documento parte de una conceptualización de la salud sexual reproductiva (SSR), de acuerdo con lo planteado en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (1995) y la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (1994) que, a su vez, incorporan la definición de salud de la Organización Mundial de la Salud. Así mismo, incluye un análisis de la situación de la SSR en Colombia, en el cual se muestra la relación entre SSR, derechos sexuales y reproductivos (DSR) y desarrollo y se precisan los principales problemas en los temas prioritarios en torno a los cuales gira la propuesta: maternidad segura, planificación familiar, salud sexual y reproductiva de los adolescentes, cáncer de cuello uterino, infecciones de transmisión sexual incluyendo VIH/SIDA y violencia doméstica y sexual.

La política también retoma diversos antecedentes jurídicos y políticos, nacionales e internacionales que respaldan la propuesta estratégica incluida, entre los que se destacan: las conferencias mundiales convocadas por la Organización de Naciones Unidas, particularmente de la Población y Desarrollo (El Cairo, 1994), la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995), la Constitución Nacional y sus desarrollos, entre otros. El planteamiento básico es que los DSR son parte de los derechos humanos y, por lo tanto, deben trabajarse desde esta perspectiva, al igual que desde la perspectiva que reconoce que la salud es un servicio público.

⁶⁸ CENTRO DE ATENCIÓN Y DIAGNOSTICO DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS CD I S.A., op.cit., p. 60

La salud sexual y reproductiva (SSR) se refiere a un estado general de bienestar físico, mental y social, y no a la mera ausencia de enfermedades o dolencias en todos los aspectos relacionados con la sexualidad y la reproducción, y entraña la posibilidad de ejercer los derechos sexuales y reproductivos (DSR). Un buen estado de SSR implica la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, la posibilidad de ejercer el derecho a procrear o no, la libertad para decidir el número y espaciamiento de los hijos, el derecho a obtener información que posibilite la toma de decisiones libres e informadas y sin sufrir discriminación, coerción, ni violencia, el acceso y la posibilidad de elección de métodos de regulación de la fecundidad seguros, eficaces, aceptables y accesibles, la eliminación de la violencia doméstica y sexual que afecta la integridad y la salud, así como el derecho a recibir servicios adecuados de atención a la salud que permitan embarazos y partos sin riesgos, el acceso a servicios y programas de calidad para la promoción, detección, prevención y atención de todos los eventos relacionados con la sexualidad y la reproducción, independientemente del sexo, edad, etnia, clase, orientación sexual o estado civil de la persona y teniendo en cuenta sus necesidades específicas de acuerdo con su ciclo vital.

En cuanto al objetivo general plantea mejorar la SSR y promover el ejercicio de los DSR de toda la población con especial énfasis en la reducción de los factores de vulnerabilidad y los comportamientos de riesgo, el estímulo de los factores protectores y la atención a grupos con necesidades específicas. Los objetivos específicos tienen que ver con la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades, con la ampliación de la cobertura del SGSSS, con el fortalecimiento de la red de servicios, con la implementación de acciones de vigilancia y control a la gestión y epidemiológica, con el impulso al sistema de información en salud (SIIS), con la promoción de la investigación para la toma de decisiones y con la

vinculación de diferentes actores sectoriales y de la sociedad civil para el logro de las metas propuestas.

Las metas, por su parte, apuntan a la reducción del embarazo adolescente, la reducción de la tasa de mortalidad materna evitable, el cubrimiento de la demanda insatisfecha en planificación familiar, la detección temprana del cáncer de cuello uterino, la prevención y atención de las ETS, el VIH y el SIDA, la detección y atención de la violencia doméstica y sexual. Los principios que orientan la política son: la concepción de los DSR como derechos humanos, la equidad social y de género, el comportamiento de las mujeres y la calificación de la demanda, la focalización y la calidad para la prestación de los servicios.

Con base en todo lo anterior, las estrategias que plantea la política son: promoción de la salud, coordinación intersectorial e interinstitucional, fortalecimiento de la gestión institucional, fortalecimiento de la participación social, desarrollo de investigación y potenciación de las redes sociales de apoyo. Para cada uno de los temas presenta líneas de acción que desarrollan las estrategias.

3.2 LÍNEAS DE ACCIÓN QUE PRESENTA LA POLÍTICA DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA:⁶⁹

Maternidad segura: Las acciones de maternidad segura están dirigidas a garantizarle a la mujer un proceso de gestación sano y las mejores condiciones para el recién nacido/a. Para ello, debe darse adecuada y oportuna atención desde la etapa preconcepcional y durante la gestación, el parto y el puerperio, manejar los riesgos asociados a la maternidad en la madre y el hijo/a y brindar

⁶⁹ *Ibíd.*, p. 63

tratamiento a todas las complicaciones que por factores biopsicosociales pueden surgir en este periodo.

Salud sexual y reproductiva de los/las adolescentes: La SSR de la población adolescente comprende el ejercicio de una sexualidad libre, satisfactoria, responsable y sana, la prevención del embarazo precoz y la prevención y atención de eventos relacionados con la sexualidad y la reproducción.

Cáncer de cuello uterino: Las acciones en este campo deben dirigirse a la promoción de factores protectores y a la reducción de factores de riesgo, el fomento del autocuidado mediante la realización de citología cervicovaginal (CCV) desde el inicio de la vida sexual, la detección temprana de este tipo de cáncer en servicios de salud mediante CCV en condiciones de calidad, la continuidad en el proceso de diagnóstico y tratamiento y el estricto seguimiento al mismo.

ETS Y VIH/SIDA: El trabajo en este campo comprende acciones dirigidas no sólo a las poblaciones vulnerables sino a toda la población en su conjunto, relacionadas con la promoción de factores protectores y prevención de riesgos, el acceso de la población a la detección y el tratamiento adecuado de las ETS y el fortalecimiento de las acciones de vigilancia en salud pública.

Violencia doméstica y sexual: El sistema de salud debe garantizar la atención integral a las víctimas de violencia doméstica y sexual, con sistemas adecuados de asesoría y referencia. Así mismo, se deben implementar mecanismos de vigilancia en salud pública de la violencia doméstica y sexual que permitan tener información estadística completa y confiable que sirva para orientar las acciones del Estado, incluyendo la identificación de estrategias de prevención y detección

temprana y la promoción de los factores protectores contra la violencia doméstica y sexual.

Planificación familiar: Las estrategias y acciones en cuanto a este tema tienen como propósito proporcionar el acceso de toda la población a métodos diversos, seguros, accesibles, aceptables y confiables para la planificación familiar, mediante la consejería de calidad, el suministro oportuno del método elegido y la garantía de seguimiento a la utilización del mismo, mediante los controles necesarios para la óptima utilización y adaptación a cada usuario/a.

En cuanto al manejo de las infecciones y el VIH/SIDA a nivel nacional, se pretende realizar de la siguiente manera:

Promoción de la SSR:

En el desarrollo de esta estrategia, se plantea la formulación, desarrollo y evaluación de acciones con especial énfasis en las poblaciones más vulnerables y que tengan en cuenta a las organizaciones sociales que trabajan con VIH/SIDA para que:

- Se empodere a hombres y mujeres para que utilicen el condón como herramienta de comprobada eficacia para la protección contra las ETS incluido el VIH. En este caso debe trabajarse en el contexto de la responsabilidad y la escogencia de un proyecto de vida con el que cada cual se sienta satisfecho/a, se derrumben las barreras culturales frente al uso del condón, tanto por parte de los hombres como de las mujeres, establecidas en encuestas de comportamiento.

- Se posicione el diálogo, el respeto, la honestidad, la solidaridad y la responsabilidad, entre otros valores, en el contexto de la construcción de un proyecto de vida autónomo, como factores que podrían proteger contra las ETS y el VIH/SIDA.
- Se difundan los resultados de investigaciones sobre incidencia y mecanismos de transmisión de ETS y VIH/SIDA en diferentes grupos poblacionales, incluidos los recién nacidos, con miras a focalizar las acciones que se lleven a cabo y promover acciones de autocuidado específicas para diferentes poblaciones.

3.3 PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD:⁷⁰

El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) creado por la Ley 100 de 1993 se rige bajo principios que se constituyen en la esencia y eje que garantizan una mejor calidad de vida: uno de esos principios es la participación social, que es la que permite la intervención de la comunidad, en cuanto es beneficiaria del sistema, en la organización, control, gestión y fiscalización de las instituciones de salud y del sistema en su conjunto. El SGSSS obliga a los ciudadanos a vincularse, ya sea en el régimen contributivo a las personas con capacidad de pago o al régimen subsidiado a las personas que no tienen capacidad de pago. La persona que desee vincularse al régimen subsidiado deberá pertenecer verdaderamente a la clase económica menos favorecida y solicitar la aplicación de la encuesta del SISBEN (Sistema de Selección de Beneficiarios de Programas Sociales), de acuerdo con el puntaje que se obtenga en la encuesta se determinará el nivel dentro del SISBEN para cada persona. Después de la encuesta SISBEN la alcaldía entrega gratuitamente un carné debidamente diligenciado, donde indicará el nivel en que

⁷⁰ *Ibíd.*, p. 65

quedó cada persona encuestada; ya clasificados por el SISBEN la persona puede afiliarse a cualquiera de las administradoras del régimen subsidiado.

El proceso de descentralización que se vive en Colombia, contribuye a la participación social porque cada ciudadano puede participar en la toma de decisiones, que beneficien su bienestar y el de la comunidad.

- **FORMAS DE PARTICIPACIÓN SOCIAL:**

Participación Ciudadana: Es el ejercicio de los deberes y derechos del individuo para propender por la conservación de la salud personal, familiar y comunitaria, aportar a la planeación, gestión, evaluación y veeduría en los servicios de salud. Se ejerce a través del Servicio de Atención a la Comunidad (SAC.) y el Servicio de Información y Atención al Usuario (SIAU).

Participación comunitaria: Es el derecho que tienen las organizaciones comunitarias para participar en los procesos de diagnóstico, formulación y elaboración de planes, programas y proyectos, toma de decisiones, administración y gestión relacionados con los servicios de salud. Se ejerce a través de los comités de participación comunitaria (COPACOS).

Participación Institucional: Es la interacción de los usuarios para la gestión y mejoramiento en la prestación de los servicios de salud. Se ejerce a través de las asociaciones de usuarios y los comités de ética hospitalaria. Las asociaciones de usuarios se conforman en las ESE o en las IPS de primero, segundo, tercero y cuarto nivel de atención, es decir a medida que se asciende de nivel, los servicios que se ofrecen son de más alta tecnología.

4. CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN Y DIAGNOSTICO DETECTADO EN CDI S.A.⁷¹

En el Centro de Atención y Diagnóstico de Enfermedades Infecciosas CDI. S.A. el objeto social son los pacientes VIH/SIDA y la satisfacción eficaz y eficiente de la carencia que manifieste el usuario a través de un programa de atención integral en donde Trabajo social realiza su proceso de intervención; Esta población está conformada por 250 pacientes, los cuales se encuentran distribuidos de la siguiente forma: 139 hombres, 74 mujeres y 37 niños, quienes proceden de diferentes lugares como Bucaramanga y su área metropolitana (son el más alto porcentaje de pacientes), Barranca, Cimitarra, Cúcuta, Aguachica, Ocaña, Puente Nacional, Vélez, San Gil, Arauca, Sur de Bolívar, entre otros lugares. Estos usuarios acuden mensualmente a la consulta a CDI S.A., en algunos casos, debido a los inconvenientes económicos asisten cada 2 meses y los medicamentos se envían a sus residencias. Existen pacientes que aprovechan al máximo su visita a la institución, se dirigen a las diferentes consultas que ofrece el programa de atención integral para pacientes VIH/SIDA y se retiran de la entidad con un soporte de salud física, fisiológica, emocional, entre otros aspectos. Los pacientes son remitidos por las diferentes EPS y ARS que tienen convenio con CDI S.A.

⁷¹MOGOLLÓN NIÑO, Leidy Paola y CENTRO DE ATENCIÓN Y DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS CDI S.A., op.cit., p. 5

Solsalud: 88 pacientes.	Particular: 2 pacientes
Cajasalud: 15 pacientes.	Famisanar: 1 paciente.
Coomeva: 34 pacientes.	Saludvida: 11 pacientes.
Cafesalud: 4 pacientes en pediatría.	Cafaba: 10 pacientes.
Saludcoop: 8 pacientes en pediatría.	Comparta: 21 pacientes.
Coomfenalco: 4 pacientes en pediatría.	Medisalud: 2 pacientes.
Saludtotal: 20 pacientes.	Cajanal: 4 pacientes.
Colmena: 3 pacientes.	Humanavivir: 2 pacientes
Emdis: 24 pacientes.	Finsema: 7 pacientes

Los pacientes en general manifiestan aceptación por la atención que les brinda el equipo interdisciplinario, frecuentemente expresan su agradecimiento a los profesionales que intervienen en los diferentes procesos, más aún cuando se trata de campos como Trabajo social en donde se hace visible una actitud humana hacia los pacientes y donde Trabajo social entre todas sus funciones maneja una de carácter asistencialista y muy necesaria cuando se les brinda el apoyo nutricional, económico, entre otros. Es en este proceso de ayuda cuando se reciben de parte de los pacientes afirmaciones que alientan al usuario y motivan al profesional; por ejemplo el caso de una paciente de Guatiguará (Piedecuesta) quien expresó lo siguiente: ...“Ay Dotora que navidad tan feliz pasé con mis hijas gracias a usted, Dios se lo pague”... esta afirmación es el resultado del trámite que se hizo con una fundación (Fundaser) y se les donaron mercados y regalos a muchos pacientes en la época navideña y cuyos logros fueron positivos.

Se realizaron estudios sociales a los pacientes y se llegó a establecer que la mayoría de ellos pertenecen a las ARS, es decir, son pacientes que se encuentran sisbenizados, su estrato social es 0, 1 y 2 respectivamente, factor que incide necesariamente en su estado físico y emocional. Estas condiciones no son las más

favorables para mantener una calidad de vida, así como un equilibrio social, puesto que les es muy difícil contar con una alimentación balanceada, un sitio adecuado en donde vivir y otras condiciones sociales.

Dichos estudios reflejan carencias como: Inadecuadas condiciones de vivienda o habitación, hogares que no cuentan con los servicios públicos básicos, con hacinamiento crítico, es decir con más de 3 personas por cuarto, entre otras problemáticas socio-económicas. Existen hogares que presentan una alta dependencia económica entre sus miembros (familias con más de 3 personas y una solamente con trabajo); cuando la persona que labora es el paciente infectado con VIH por lo general realiza oficios como: agricultura, venta ambulante, trabajo informal (lavar, planchar, etc.).

Se manifiestan en los pacientes VIH/SIDA restricciones financieras, originadas por el desempleo, lo cual impide el acceso a niveles óptimos de salud y es así como se evidencian situaciones como: El empleo infantil, la violencia intrafamiliar, sentimientos de frustración e inutilidad, mujeres VIH/SIDA cabeza de familia como empleadas domésticas, entre otros aspectos.

La composición familiar está caracterizada por: familias extensas en su mayoría, ya que muchos pacientes por su diagnóstico han vuelto al hogar paterno-materno y conviven con su pareja, hijos, abuelos, padres, hermanos, entre otros familiares; también es frecuente encontrar la familia nuclear: cuando los padres tienen sus hijos viviendo con ellos y la familia monoparental, que se está viendo muy a menudo cuando la madre o el padre quedan con el hijo a cargo, o porque uno de los cónyuges ha fallecido a causa de la enfermedad del SIDA.

Existen hogares con inasistencia escolar debido a que los padres, los abuelos o la persona encargada del niño con VIH/SIDA desea sobreprotegerlo, evitando que acuda a sitios donde exista un número considerable de personas; en otras ocasiones los niños VIH/SIDA no asisten a la escuela porque el consumo de medicamentos trae consecuencias negativas en su desarrollo psico-motriz lo que impide que el niño se desenvuelva fácilmente en un colegio. Otro inconveniente que se desarrolla alrededor de la persona infectada por VIH/SIDA es a nivel de pareja: el conocimiento del diagnóstico genera múltiples respuestas, cuestionamientos y dificultades, más cuando uno de los cónyuges no está infectado y se presenta: posibilidad de ruptura de la relación, celos, rabia, sentimientos de engaño, traición, incertidumbre frente al futuro, inquietudes sobre el manejo de la sexualidad, etc.

De otro lado es importante recalcar que esta enfermedad ataca a todos los estratos sociales; en CDI existen usuarios, aunque muy pocos, que son de estratos altos quienes por lo general no acuden a las consultas con el médico Infectólogo, ni con los profesionales del programa de VIH/SIDA debido al temor que sienten de ser reconocidos por la sociedad como “pacientes infectados por VIH” es por esto que no son adherentes al tratamiento y su estado físico, fisiológico y emocional empeora; Estos pacientes son manejados por Psicología y Trabajo social a través de procesos de concientización donde exista una reflexión acerca de los resultados positivos al acudir oportunamente a las consultas.

Consecuencias del impacto del diagnóstico de VIH/SIDA en una persona:⁷²

1. Cambios en los roles afectivos: dependencia, exclusión, rechazo y aislamiento.
2. Modificación de la dinámica familiar: Al tener conocimiento del diagnóstico.
3. Consigo mismo: Sentimientos de rechazo, hostilidad, ideas suicidas, baja autoestima, ira, miedo a enfrentar a la familia, amigos y sociedad, proyecto de vida inconcluso, abandono de vida laboral y social.
4. Trauma familiar: Por la intensidad de la enfermedad, se genera un sentimiento colectivo: "miedo a la muerte".
5. Marginación: En cuanto a la educación de los niños, el abandono del empleo por parte de un familiar para cuidar al enfermo, la repartición de los quehaceres del hogar, en el trabajo, se presenta una disminución de la productividad laboral, o la pérdida de éste por rechazo social (desconocimiento y la falta de información) o por condiciones de salud, causándoles muerte psicológica y social.

Dentro de los casos encontrados en CDI se destacan:

- En la relación con los hijos, por un lado la pareja e hijo están infectados, las relaciones se afectan máxime cuando el niño que generalmente se encuentra en una edad donde aún no comprende su situación no sabe por qué debe tomarse todos los días un medicamento que no le gusta, siempre debe ir al médico y además debe tener cuidado cuando se cae o pelea con sus amigos; En estos casos se nota un acompañamiento más en la madre que en el padre ya que ellas son quienes están al frente del cuidado y todo lo concerniente al niño.

⁷²ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. ONU, op.cit., www.cinu.org.mx/temas/vih_sida/dh.htm

- También se presentan casos en donde uno de los padres está infectado y el hijo no, teniendo que guardar el secreto frente a él, sin embargo la situación de crisis es inocultable y se llegan a desarrollar múltiples reacciones, lo importante es el hecho de cómo acepta la persona infectada su situación y la respuesta que da frente a su familia.

La infección por VIH/SIDA, a diferencia de muchas enfermedades se encuentra vestida de diferentes matices y consecuencias en todos los niveles del ser humano: físico, psicológico y social; según una encuesta realizada por la ONUSIDA, cerca del 83% de los pacientes viviendo con SIDA sufren traumas emocionales y familiares por las etapas de cambio que implica afrontar la enfermedad.

Según el estudio realizado por la ONU/SIDA, las relaciones de la comunidad frente a una familia afectada por el VIH/SIDA son generalmente de naturaleza hostil, las reacciones más comunes hacen referencia a:

- Rechazo: 60%
- Solidaridad: 20%
- Agresión: 5%
- Indiferencia: 15%

El paciente infectado trata de volverse autosuficiente, en lo posible, para dejar de necesitar de la ayuda de quienes lo rechazan. Este tipo de actitudes discriminatorias ejercen presión sobre muchos homosexuales que tienen la enfermedad y estando en el proceso de aceptación de sí mismos, viven y actúan su homosexualidad en forma clandestina, haciendo que permanezcan aislados de toda la información que requieren para su salud y bienestar físico-emocional. A raíz de esto o como consecuencia se genera un círculo vicioso que encierra: bajo

autoestima, maltrato, prostitución, drogadicción, alcoholismo o cualquier otro mecanismo que les ayude a escapar de la realidad de su diagnóstico.

Es muy notorio que algunos pacientes no sean responsables con el manejo de esta patología, presentándose casos en que los usuarios infecten a otras personas y éstas acudan a CDI para realizarse la prueba, por esto la cantidad de pacientes asciende, originándose una cadena de infección mortal donde muy enfáticamente intervienen los profesionales del programa para impedir que se propague. Sin embargo, el número de pacientes crece por otros motivos como la falta utilización del condón para prevenir las enfermedades de transmisión sexual (ETS) y el VIH, entre otros factores que hacen más visible esta problemática de salud pública.

Teniendo en cuenta lo anterior, el tipo de atención que CDI S.A. ofrece es un servicio oportuno al usuario, y para este fin, Trabajo social hace parte de un equipo interdisciplinario en donde se complementa el diagnóstico de los demás profesionales, a través de una intervención con el paciente donde él recibe una atención oportuna que lo ayuda a canalizar los acontecimientos y el impacto que ha causado la enfermedad infecciosa y crónica en su vida; además se alivia su carga emocional que afecta negativamente el contexto en el cual se desenvuelve (familia, pareja, amigos, etc.). Es necesario mencionar que en el momento de la consulta con el paciente se enfatiza en el direccionamiento de su proyecto de vida, consolidando sus bases socio-afectivas (hijos, trabajo, pareja, entre otras personas) que lo motiven a continuar y ser consciente de los nuevos parámetros que debe llevar para mantener un estilo de vida saludable.

A continuación se encuentra la MATRIZ DOFA que contiene las debilidades, fortalezas, oportunidades y amenazas que caracterizan a la población que hace parte del programa de atención integral VIH/SIDA en CDI. S.A.

4.1 MATRIZ DOFA⁷³

DEBILIDADES	FORTALEZAS
<ul style="list-style-type: none"> • Los pacientes VIH/SIDA en el momento de conocer el diagnóstico experimentan sensaciones encontradas (egoísmo, tristeza, ira, frustración, temor, etc.) que no les permite visualizar el futuro. • La irresponsabilidad de algunos pacientes cuando no se toman los medicamentos adecuadamente y esto les agrava su diagnóstico. • La falta de voluntad y disposición del paciente para asistir a las consultas programadas con el Médico, Psicólogo y otros profesionales que hacen parte del programa VIH/SIDA. • La disfunción familiar que experimentan muchos pacientes, les crea una inestabilidad emocional, soledad y desmotivación para continuar viviendo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Algunos pacientes reflexionan adecuadamente acerca de su diagnóstico, logrando asimilar los nuevos parámetros que orientan su vida. • Varios pacientes acuden puntualmente a las consultas programadas por los profesionales del programa VIH/SIDA de CDI. • Existen pacientes que se concientizan de su diagnóstico y son responsables en la toma de medicamentos, logrando ser adherentes al programa VIH/SIDA, es decir, su carga viral disminuye y su sistema inmunológico aumenta. • El apoyo brindado por los familiares, pareja, amigos, entre otras personas que afectiva y positivamente influyen en la recuperación psico-social del paciente.
OPORTUNIDADES	AMENAZAS
<ul style="list-style-type: none"> • La existencia de una Institución privada que brinda a través de un programa, una atención integral para pacientes VIH/SIDA. • El apoyo del Estado para facilitar la permanencia de instituciones y de programas para el mejoramiento de la salud pública. • El beneficio que ofrece la Universidad Industrial de Santander, a partir de convenios que la escuela de trabajo social realiza con instituciones de salud; las cuáles requieren de una intervención profesional para sus usuarios. 	<ul style="list-style-type: none"> • La difícil situación que presenta el país en el ámbito económico, laboral, entre otros, disminuye las posibilidades para obtener una adecuada calidad de vida, en algunas ocasiones el paciente recurre a la prostitución, a la droga y a otras opciones para poder subsistir, encontrando en estos medios un escape a las necesidades que experimentan. De esta manera van degenerando sus vidas y se alejan cada vez más de estilos de vida saludables.

⁷³ MOGOLLON NIÑO LEIDY PAOLA. Matriz Dofa, Caracterización de la población de CDI S.A. Bucaramanga. Instalaciones de CDI S.A. 2004.

5. PLANEACIÓN ESTRATÉGICA⁷⁴

En el Centro de Atención y Diagnóstico de Enfermedades Infecciosas CDI S.A. se ejecutó la intervención de Trabajo Social con los pacientes que hacen parte del programa VIH/SIDA, para tal fin se estableció una planeación que se llevó a cabo dentro de la institución obteniendo resultados positivos para los usuarios, la entidad de salud y la practicante de Trabajo Social. Se realizó una intervención psicosocial a los usuarios VIH focalizada en el impacto y la carga emocional que genera poseer un diagnóstico VIH/SIDA, se establecieron dos objetivos generales, el primero dirigido hacia la adecuada asimilación del diagnóstico VIH/SIDA por parte del paciente facilitando la consecución de su proyecto de vida y el segundo orientado hacia la participación social del usuario en los procesos de mejoramiento de la calidad de la atención de la institución.

A continuación se presenta el desarrollo de la planeación elaborada de acuerdo al diagnóstico detectado en CDI S.A.

⁷⁴ *Ibíd.*, Planeación estratégica para los pacientes VIH/SIDA de CDI S.A.

CENTRO DE DIAGNOSTICO Y ATENCIÓN DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS CDI. S.A.

OBJETIVO 1: CREAR Y DIRIGIR PROCESOS INTEGRALES DE INTERVENCIÓN PSICO-SOCIAL CON EL PACIENTE VIH/SIDA DE CDI, PARA CONTRIBUIR A LA DISMINUCIÓN DE SU CARGA EMOCIONAL Y FOCALIZAR DE UNA MANERA ADECUADA SU PROYECTO DE VIDA, POSICIONANDO TRABAJO SOCIAL COMO UN CAMPO PROFESIONAL CUYO RASGO CARACTERÍSTICO ES LA CALIDAD HUMANA.

Estrategia 1: Realizar con los pacientes VIH/SIDA procesos de intervención donde T.S establezca argumentos profesionales de acuerdo a la vivencia que cada paciente le da a su diagnóstico.

ACCIONES ESTRATÉGICAS	META	INDICADOR DE GESTIÓN	INDICADOR DE LOGRO
1. Diligenciar el formato de estudio socioeconómico y de bienestar social	1. Al finalizar la II práctica se habrá realizado el registro de los formatos en un 80%.	1. Receptividad de los pacientes de CDI al registro de los formatos, aceptación y participación en este proceso de diligenciamiento.	<ul style="list-style-type: none"> Se realizó en un 80% el registro de los formatos de estudio socioeconómico y bienestar social.
2. Conocer las condiciones de vivienda, escolaridad y laborales de los pacientes, sus relaciones con la familia y el entorno que lo rodea, además del origen de su diagnóstico (dx).	2. Al finalizar la II práctica se habrá establecido un conocimiento integral de los pacientes VIH/SIDA en un 70%	2. Acercamiento e interacción con los pacientes, - participación activa y disposición para manifestar la información.	<ul style="list-style-type: none"> Se logró en un 70% un conocimiento integral de los pacientes VIH/SIDA de CDI
3. Realizar un proceso de consejería profesional donde el paciente se sienta escuchado y se le brinde además del alivio a su carga emocional, diferentes opciones para asimilar su dx adecuadamente y mejorar su estilo de vida.	3. Al finalizar la II práctica se habrán realizado con los pacientes VIH/SIDA diferentes modalidades de intervención profesional, logrando una receptividad a estas en un 90%.	3. Acercamiento e interacción con los pacientes, a partir de la realización del proceso de intervención profesional en las diferentes modalidades.	<ul style="list-style-type: none"> Realización de la intervención profesional y su receptividad en un 90% por parte de los pacientes.
4. Establecer con el paciente un plan de trabajo para el siguiente mes cuando regrese a CDI y de esta manera llevar un seguimiento en su proceso de recuperación psico-social.	4. Al finalizar la II práctica se habrá establecido con el 80% de los pacientes planes de recuperación y su respectivo seguimiento.	4. Organización de los pacientes de CDI en cada uno de los planes de trabajo. –Aceptación de los mismos y manifestación de una activa participación de los pacientes.	<ul style="list-style-type: none"> Se lograron establecer planes de recuperación y seguimiento con el 80% de los pacientes.

El proceso de ejecución de la práctica refleja el alcance del **PRIMER OBJETIVO PLANTEADO** debido a la participación de los pacientes VIH/SIDA en los procesos de Intervención psicosocial, en los cuales se observó una adecuada asimilación de los pacientes a la situación de su diagnóstico, con un manejo oportuno de sus estados de ánimo y la consecución de sus proyectos de vida, teniendo como base fundamental el núcleo familiar, y las personas que sirven de apoyo en el contexto en que se desenvuelven. De esta forma Trabajo social reflejó una labor profesional y humana, posesionada por los miembros de la Institución y los pacientes VIH/SIDA quienes fueron los principales beneficiados de la gestión de este campo profesional.

Este objetivo se llevó a cabo con el planteamiento de estrategias las cuáles se cumplieron teniendo como base el desarrollo de acciones estratégicas. La ejecución de la **PRIMERA ESTRATEGIA** se realizó con los pacientes VIH/SIDA por medio del diligenciamiento de formatos de estudio socioeconómico y bienestar social, donde Trabajo Social recopiló información sobre la vivienda, la composición familiar, la escolaridad, las relaciones con el entorno y demás aspectos del paciente; esto permitió el establecimiento de argumentos profesionales acerca del paciente de acuerdo a la vivencia que le daba a su diagnóstico; luego de esta etapa de escucha al usuario, se realizó un proceso de Consejería profesional para aliviar su carga emocional, visualizar sus puntos de apoyo (familia, pareja, amigos, etc.) y focalizar el proyecto de vida de cada paciente de acuerdo a su estilo de vida. En la ejecución de este proceso se estableció con cada paciente un plan de trabajo para cada mes y de esta manera realizar un seguimiento con el paciente en su proceso de su recuperación psicosocial.

Estrategia 2: Establecer un seguimiento a los pacientes VIH/SIDA que manifiesten en el transcurso de la patología características particulares, las cuales influyen en la evolución positiva de su Dx.

Acciones estratégicas	Meta	Indicador de gestión	Indicador de logro
1. Establecer contacto con el paciente que requiera la visita familiar, acordando la fecha y la hora, teniendo en cuenta la disponibilidad del paciente y la practicante de T.S.	1. Al finalizar la II práctica se habrá realizado el 100% de contactos del total de la población que requiera visita familiar.	1. Disponibilidad de los pacientes de CDI a la realización de la visita, aceptación y participación en este proceso de seguimiento.	<ul style="list-style-type: none"> • Establecimiento de un 100% de contactos con los pacientes que requerían de visita familiar.
2. Diligenciar el formato de la visita domiciliaria conociendo las condiciones de vivienda, escolaridad y laborales de los pacientes, sus relaciones con la familia y el entorno que lo rodea.	2. Al finalizar la II práctica se habrá establecido en un 50% las visitas familiares del total de la población que lo requiera, y en un 90% el conocimiento de la situación de los paciente.	2. Acercamiento e interacción con los pacientes, - participación activa y disposición para manifestar la información.	<ul style="list-style-type: none"> • Se realizaron en un 50% las visitas familiares del total de la población que lo requería y en un 90% el conocimiento de la situación de los pacientes asistidos.
3. Realizar un proceso de análisis de la información diligenciada en el formato, estableciendo argumentos que manifiesten las condiciones personales, familiares, entre otros aspectos del paciente.	3. Al finalizar la II práctica se habrá realizado con los pacientes visitados (50%) el análisis de la información del formato.	3. *Conocimiento de las condiciones personales, familiares entre otros aspectos de los pacientes. *Acercamiento e interacción con la cotidianidad de los pacientes.	<ul style="list-style-type: none"> • Se hizo el análisis de la información recolectada a los pacientes visitados (50%).
4. Establecer con el paciente un plan de trabajo cuando acuda al control a CDI y de esta manera llevar un seguimiento de las condiciones detectadas en el paciente.	4. Al finalizar la II práctica se habrá establecido con los pacientes asistidos (50%) planes de manejo de acuerdo a las condiciones de cada uno.	4. *Organización de los pacientes de CDI en cada uno de los planes de trabajo. *aceptación de los mismos y manifestación de una activa participación de los pacientes.	<ul style="list-style-type: none"> • Se logró establecer con los pacientes asistidos (50%) planes de trabajo de acuerdo a las situaciones detectadas en cada uno.

La **SEGUNDA ESTRATEGIA** se realizó con los pacientes VIH/SIDA quienes manifestaron características especiales en el transcurso de su diagnóstico (inasistencia, jóvenes menores de edad en embarazo y todo tipo de crisis que reflejan la agravación en el diagnóstico y en su proceso de recuperación psicosocial). Esta estrategia consistía en una visita familiar, la cual se realizaba estableciendo en primer lugar el contacto con el paciente y con la aprobación de él acordábamos la fecha y hora del encuentro; en el momento de acudir a la residencia del paciente, en un ambiente cómodo se desarrollaba este proceso enfatizando en la causa por la cual se requirió la visita familiar, se diligenciaba un formato con el objetivo de conocer su situación laboral, escolar, familiar, las condiciones de su vivienda, las relaciones sociales que establece en el contexto en que se desenvuelve y demás información útil que el paciente pudiera suministrarnos. Al terminar este encuentro, la estudiante de Trabajo Social realizaba un análisis de la información recopilada en la visita domiciliaria y establecía una síntesis de la situación observada, donde se recalcaban los aspectos (personales, familiares, laborales entre otros) relevantes del entorno social del usuario que sería la base del establecimiento de un plan de trabajo para el paciente y su familia, la cual, en cada visita era el componente principal de observación, analizando los miembros de la familia, los lazos afectivos y la comunicación entre ellos, los roles dentro del grupo familiar, etc. De esta forma se ejercía un control al paciente, su situación y sus procesos de cambio.

Las visitas familiares durante esta práctica se llevaron a cabo tal como estaba propuesto y los resultados de este proceso fueron benéficos tanto para el paciente como para la Institución por la calidad y la cantidad de la información recolectada, no fue posible incrementar la meta del 50% debido a la demanda de consulta que tiene CDI y se requiere tiempo completo a la practicante de Trabajo Social.

Estrategia 3: Llevar a cabo con el paciente un proceso de comunicación directa en donde se le indique las opciones acertadas para obtener consecuencias positivas en el proceso de su diagnóstico (dx).

Acciones estratégicas	Meta	Indicador de gestión	Indicador de logro
1. Establecer el contacto con el paciente, conocer su dx y especificar el tipo de medicamento que recibe.	1. El 90% de los pacientes establecerán contacto directo con la T.S. para realizar el proceso de adherencia.	1 Disponibilidad de los pacientes de CDI para aproximarse a la T.S y manifestar la información en la adherencia. *Participación activa de los pacientes de CDI. *Interacción de la T.S. con los pacientes VIH/SIDA.	<ul style="list-style-type: none"> • Establecimiento de contacto directo con la T.S por el 90% de los pacientes para la realización de la adherencia.
2. Mediante un diálogo profesional y adecuado para el contexto institucional, captar deficiencias en la toma de la droga y darle solución inmediata. Se llena el formato de adherencia mensual.	2. Al finalizar la II práctica se habrá realizado el 90% de las adherencias las cuales se realizan mensualmente a la totalidad de los pacientes VIH/SIDA.	2. Disponibilidad de los pacientes de CDI a la realización de la adherencia *Participación activa de los pacientes de CDI *Interacción de la T.S. con cada uno de los pacientes	<ul style="list-style-type: none"> • Se logró realizar el 90% de las adherencias, las cuales se hacen mensualmente a la totalidad de los pacientes VIH/SIDA.
3. Establecer con el paciente un seguimiento en este proceso, compromisos para que se lleve un adecuado consumo de los medicamentos y facilite la adherencia al programa VIH/SIDA.	3. Asimilación en un 90% de los pacientes acerca del adecuado consumo de medicamentos.	3. *Mantenerse en contacto con el paciente. *Aceptación de fallas en la toma de la droga por parte del paciente. * Asimilación de las consecuencias eficaces al ingerir oportunamente la droga.	<ul style="list-style-type: none"> • Se logró la asimilación en un 90% de los pacientes acerca del adecuado consumo de medicamentos.

LA TERCERA ESTRATEGIA se encuentra vinculada al objetivo planteado anteriormente, se desarrolló de la siguiente forma: Los pacientes asistían a su consulta mensual de Infectología donde los Médicos los valoraban, miraban la agravación, permanencia o mejoramiento en el diagnóstico VIH/SIDA, luego pasaban por Trabajo Social, esta dependencia se encargaba de establecer una comunicación con el paciente, se observaba su historia clínica y se le preguntaba al paciente el tipo de medicamento que recibía; En este proceso de diálogo con el paciente, la practicante de Trabajo Social quien anticipadamente recibió un conocimiento de los medicamentos VIH/SIDA captaba las deficiencias que el paciente tenía en la toma de los mismos y le daba solución inmediata debido a que su mal consumo trae consecuencias nefastas para el diagnóstico; Es así como se llenaba un formato de adherencia con el paciente dejando claras las instrucciones en la toma de medicamentos, además se concretaban unos compromisos entre el paciente y la practicante de Trabajo Social haciendo un proceso reflexivo acerca de los resultados positivos que origina ingerir los medicamentos correctamente, básicamente la disminución de la carga viral y el aumento de los CD4 (El sistema inmunológico). De esta manera se establecía un seguimiento al paciente y se facilitaba su adherencia al programa VIH/SIDA.

Estrategia 4: Llevar a cabo un proceso continuo con pacientes que manifiesten deficiencias en su calidad de vida, lo cual obstaculiza el manejo adecuado de su diagnóstico (dx) y potencia su desmotivación para continuar en la consolidación de sus proyectos de vida.

Acciones estratégicas	Meta	Indicador de gestión	Indicador de logro
1. Conocer los pacientes que manifiestan carencias económicas en el momento de registrar el formato de estudio socioeconómico.	1. Durante la práctica, al 90% de los pacientes se le hará el registro del formato, detectando las necesidades socio-económicas.	1 Disponibilidad de los pacientes de CDI para aproximarse a la T.S y manifestar la información en el registro del formato. *Participación activa de los pacientes de CDI en estos procesos de mejoramiento de la calidad de vida. *Comunicación adecuada entre la T.S. con los pacientes VIH/SIDA.	<ul style="list-style-type: none"> Se logró realizar al 90% de los pacientes el registro del formato socioeconómico, detectando deficiencias en su calidad de vida.
2. Establecer un listado de los usuarios de CDI que requieran apoyo nutricional y otras ayudas para llevar un control mensual cuando asisten a consulta y para que las fundaciones conozcan quienes son los que necesitan del auxilio económico.	2. Al finalizar la II práctica se habrá consolidado (en un 100%) el listado de los pacientes que en ese momento requieran apoyo nutricional y otras ayudas.	2. *Comunicación Continua con los pacientes que manifiesten dichas necesidades. *Verificación de las condiciones socio-económicas de los pacientes en el proceso de la visita domiciliaria.	<ul style="list-style-type: none"> Consolidación en un 100% del listado de los pacientes que necesitaron apoyo nutricional y económico.
3. Suministrarle a los pacientes seleccionados las ayudas necesarias para contribuir al mejoramiento de sus condiciones de vida.	3. Al culminar la práctica se habrán entregado las ayudas al 100% de los pacientes seleccionados.	3. *Control diario de los pacientes que asisten a consulta, su presencia en la lista de apoyo nutricional y de otras ayudas y la oportuna entrega de las mismas.	<ul style="list-style-type: none"> Se entregaron las diferentes ayudas al 100% de los pacientes seleccionados.

LA CUARTA ESTRATEGIA hace parte del objetivo mencionado anteriormente, se desarrolló con los pacientes VIH/SIDA a quienes Trabajo social les hizo un estudio socioeconómico aplicándoles un formato, acudió a sus viviendas y de esta manera detectó sus carencias socioeconómicas, fue así como se estableció un listado de las personas que mensualmente recibirían la colaboración la cual fue solventada a través del apoyo nutricional (mercados) entre otras ayudas como el hospedaje, la alimentación, transporte y demás que Trabajo social solicitó a las diferentes fundaciones e instituciones quienes colaboran con la población vulnerable económica y socialmente. La consecución del proyecto de vida del paciente va ligada a la satisfacción de sus necesidades básicas, es así como las carencias socioeconómicas por lo general obstaculizan y desmotivan para manejar adecuadamente el diagnóstico. Es importante señalar que se realizó un seguimiento a los pacientes que recibían las ayudas ya que era necesario conocer el impacto que este apoyo les originaba, su actitud en el manejo del dx y la consolidación de su calidad de vida.

Estrategia 5: Establecer procesos de seguimiento que motiven al paciente a continuar en el desarrollo de su tratamiento y manejo de su diagnóstico (dx).

Acciones estratégicas	Meta	Indicador de gestión	Indicador de logro
1. Detectar los pacientes que no acudieron a la consulta mensual y contactarlos para conocer las razones por las cuales fueron inasistentes.	1. Durante la Práctica, al 80% de los pacientes inasistentes se le hará un seguimiento o contacto y de esta manera saber los motivos de la inasistencia.	*Control diario de los pacientes que asisten a consulta. * Disposición de los pacientes para manifestar la información acerca de su inasistencia. *Ejecución de las llamadas telefónicas, visitas familiares y otros medios de contacto con el paciente.	<ul style="list-style-type: none"> • Establecimiento de contacto y seguimiento al 80% de los pacientes inasistentes para conocer las razones de su ausencia a la consulta.
2. Establecer con el paciente una comunicación donde él comprenda la necesidad de asistir al control mensual y las consecuencias positivas que esto genera.	2. Durante la práctica se establecerá la comunicación con el paciente inasistente, logrando en un 80% su comprensión acerca de la importancia de acudir a la consulta.	* Receptividad y disposición del paciente inasistente en el proceso de comunicación con la T.S. *Participación activa de los pacientes de CDI en estos procesos de manejo de su dx. *Comunicación adecuada entre la T.S. con los pacientes inasistentes VIH/SIDA	<ul style="list-style-type: none"> • Se logró que el paciente inasistente a través de un proceso de diálogo comprendiera en un 80% la importancia de acudir a la consulta.
3. Reprogramar la consulta del paciente, teniendo en cuenta la disponibilidad del tiempo de él y de CDI	3. Al finalizar la práctica se habrá reprogramado la consulta al 80% de los pacientes inasistentes.	*Realización de las llamadas telefónicas, visitas familiares y otros medios de contacto con el paciente inasistente.	<ul style="list-style-type: none"> • Se reprogramó la consulta al 80% de los pacientes inasistentes.

LA QUINTA ESTRATEGIA se llevó a cabo con los pacientes VIH/SIDA quienes manifestaban una constante inasistencia a la consulta en CDI y a quienes Trabajo social les estableció un seguimiento para detectar las causas de su inasistencia y desarrollar con ellos estrategias que los motivaran para continuar en su proceso de tratamiento y manejo de su diagnóstico. A dichos pacientes T.S les realizaba en primer lugar una llamada para contactarlos y conocer la razón de su ausencia a la consulta; en ese momento se le reprogramaba la cita con el Médico y cuando asistía al siguiente mes a la consulta, T.S dialogaba con el paciente acerca de las causas que originaron su inasistencia, estableciendo algunos correctivos para cada caso; En algunas ocasiones cuando la ausencia era continua se hacían planes de trabajo con los pacientes para motivarlo a acudir a las consultas mensuales, esto unido a la necesidad de que el paciente reflexionara acerca de las consecuencias positivas que generaba su presencia en las consultas que ofrece el programa VIH/SIDA. A dichos pacientes se les realiza un proceso de seguimiento para observar su constancia en la asistencia a las citas y su adherencia al programa VIH/SIDA.

OBJETIVO 2: GESTIONAR PROCESOS DE PARTICIPACIÓN SOCIAL CON LOS PACIENTES VIH/SIDA QUE FACILITEN SU ORGANIZACIÓN E INTEGRACIÓN, Y SE OPTIMICE LA ATENCIÓN Y EL SERVICIO QUE OFRECE CDI A SUS USUARIOS. (SIAU)

Estrategia 1: Crear espacios que permitan la intervención de profesionales de CDI y pacientes VIH/SIDA unificando los intereses de la institución y sus usuarios.

Acciones estratégicas	Meta	Indicador de gestión	Indicador de logro
<p>1. Seleccionar representantes de los pacientes VIH/SIDA de cada entidad que se encuentra vinculada con CDI para conformar el comité de usuarios en conjunto con la Gerente, la Jefe coordinadora de consulta externa y la Trabajadora social.</p>	<p>1. Al finalizar el primer mes de práctica se habrá escogido totalmente (en un 100%) a los pacientes representantes de cada entidad para conformar el comité.</p>	<p>*Estudio continuo de los pacientes que asisten a consulta. (capacidades de liderazgo) *Realización de los contactos con los pacientes que más se ajustan a los requerimientos del comité. *Comunicación adecuada de la T.S con los pacientes candidatos al comité. * Disposición de los pacientes escogidos para hacer parte del comité.</p>	<p>Se logró escoger totalmente (en un 100%) a los pacientes representantes de cada entidad para conformar el comité.</p>

<p>2. Establecer con el comité de usuarios reuniones mensuales donde se mencionen las eventualidades: peticiones, reclamos (existe un formato y un buzón) y demás trámites sociales que ocurrieron durante el mes y que necesariamente vinculan a los pacientes VIH/SIDA de CDI. (De cada reunión se establece un acta).</p>	<p>2. Durante la práctica se realizará en un 100% las reuniones del comité de usuarios, con una participación activa de sus representantes.</p>	<p>* Asistencia y participación activa de los miembros del comité en las reuniones. * Manejo adecuado a los temas mencionados en las reuniones: Se escucha a todos los integrantes, se validan todas las opiniones y se selecciona la propuesta más acorde y con el consentimiento de todos.</p>	<p>Realización en un 100% de las reuniones del comité de usuarios, con la participación de todos sus miembros.</p>
--	---	--	--

<p>3. Liderar como integrante del comité los siguientes procesos:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Realizar capacitación sobre temas que requieran los pacientes o que los profesionales consideren apropiados. * Aplicar a los pacientes nuevos el formato de inducción a CDI y brindarles información acerca del sistema general de seguridad social en salud (SGSSS), (también para los antiguos sí lo requieren). * Aplicar trimestralmente la encuesta de satisfacción a los usuarios de la EPS SOLSALUD. * Con aprobación del comité de usuarios llevar a cabo una evaluación de los servicios de vacunación y de la atención que se le ofrece a los pacientes de ECOPETROL. 	<p>Al finalizar la práctica se habrán realizado en un 100% estos procesos que Trabajo social lidera como miembro del comité de usuarios, con resultados óptimos para el paciente y CDI.</p>	<ul style="list-style-type: none"> * Participación activa de los pacientes VIH/SIDA en estos procesos de manejo adecuado de su diagnóstico (dx). * Receptividad de los pacientes acerca de la información que se les suministra. * Comunicación adecuada entre la T.S y los pacientes VIH/SIDA en el desarrollo de estos procesos. * Disposición de las personas que reciben el servicio de vacunación, los usuarios de ECOPETROL y pacientes VIH/SIDA de SOLSALUD para colaborar en la realización de la evaluación del servicio que ofrece CDI. 	<p>Se logró realizar en un 100% los procesos que Trabajo social lideró como miembro del comité de usuarios. Con resultados positivos para el usuario y CDI.</p>
--	---	---	---

En CDI se llevó a cabo por parte de Trabajo social **UN SEGUNDO OBJETIVO** el cual estuvo encaminado a la conformación del sistema de información y atención al usuario (**SIAU**), éste se orientó al fomento de la participación social de los pacientes VIH/SIDA en los procesos de atención y servicio que ofrece CDI, facilitándoles su organización e integración para que contribuyeran a la optimización del funcionamiento del programa VIH/SIDA y de la entidad; lo anterior se realizó teniendo en cuenta que los receptores del servicio eran precisamente los pacientes, quienes iban a verse beneficiados así como el programa desarrollado por CDI.

El proceso de creación del SIAU en CDI se realizó por medio de comunicados informativos acerca del SIAU y su funcionamiento dirigidos a todos los trabajadores de CDI, además se planteó la forma como se vincularía y desarrollaría el SIAU dentro del programa VIH/SIDA, de esta manera se aprobó la propuesta de conformación del SIAU y se desarrolló durante la práctica en CDI.

Dentro de este objetivo se encuentra una **ESTRATEGIA** la cual se desarrolló con el planteamiento de acciones estratégicas; Dicha estrategia se llevó a cabo con la conformación del **comité de usuarios** del cual hicieron parte profesionales del programa VIH/SIDA (Gerente, Jefe coordinadora de consulta externa y Trabajadora social) y los pacientes seleccionados para representar las diferentes entidades que tienen convenio con CDI.

El objetivo de este comité era unificar los intereses de los profesionales como de los pacientes y por medio de reuniones mensuales el comité de usuarios estudiaba los trámites sociales que se presentaban durante el mes así como las sugerencias, peticiones, quejas y reclamos (existe un formato y un buzón), que manifestaban los integrantes del comité y que vinculaba necesariamente al programa VIH/SIDA.

Estas inquietudes se iban exponiendo, se planteaban soluciones a las mismas y se establecían compromisos entre todos los integrantes del comité. En las reuniones se elaboraban actas las cuales eran archivadas para los próximos encuentros y en donde se consignaba todo lo ocurrido. Las reuniones se llevaron a cabo cada mes, con la participación de todos los miembros del comité y con resultados positivos para todos los integrantes del programa VIH/SIDA.

Trabajo social como integrante principal del comité realizaba funciones específicas como: *Capacitación acerca de temas apropiados para los pacientes o que ellos solicitaran como: “el manejo de problemas y resolución de conflictos en pareja”, entre otros, en compañía del Psicólogo Alfredo Vega. *Además se hacía la inducción a los nuevos pacientes de CDI que ingresaban al programa VIH/SIDA, explicándoles el desarrollo del programa y la razón de ser de CDI, esto gracias a un formato que T.S construyó con toda la información necesaria para la inducción, *también se les brindaba tanto a los pacientes antiguos como a los nuevos, información acerca del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) para que los usuarios conocieran acerca de la EPS o ARS a la que pertenecían, sus derechos y deberes y todo lo referente a los regímenes contributivo y subsidiado. *De la misma forma Trabajo social lideraba una encuesta de satisfacción para los pacientes de la EPS SOLSALUD en donde se evaluaba el servicio que ofrecía el programa VIH/SIDA; dicha encuesta se realizó a 40 pacientes, se tabuló cuantitativa y cualitativamente y se dio a conocer en una de las reuniones mensuales con resultados positivos para los usuarios y trabajadores de CDI. *De la misma forma, para lograr una optimización de los servicios que ofrece CDI, con la aprobación de los integrantes del comité, se llevó a cabo la evaluación del servicio de vacunación y la atención a los pacientes de ECOPETROL. En primer lugar se abrió el buzón de sugerencias de CDI con la Gerente donde se encontraron las peticiones de los usuarios sobre el funcionamiento de CDI, entre esa información

se encontraban sugerencias del servicio de vacunación y de los pacientes de ECOPETROL.

Estos aspectos fueron analizados y se dieron a conocer en una exposición que realizó Trabajo social y de la cual se establecieron acuerdos para el mejoramiento del servicio y la atención de CDI.

Además Trabajo social asistió cada semana y mensualmente a reuniones con el equipo interdisciplinario, donde su participación fue activa debido al conocimiento que adquirió de los pacientes al desarrollar los procesos de intervención. De la misma forma Trabajo social lideró actividades sociales con los pacientes VIH/SIDA y de esta manera les generó motivación, enriquecimiento, espíritu de superación y proyección de vida.

El desarrollo de la intervención psicosocial con los pacientes de CDI S.A. implicó un compromiso con cada una de las personas que acudían a la consulta con el propósito de visualizar una luz en medio de ese conflicto emocional que manifestaban, además requería de ética profesional cuando los usuarios comentaban sus vivencias y era necesario un adecuado control de los sentimientos en circunstancias de gran impacto emocional. A continuación aparece una foto de un joven quien padece de VIH/SIDA:



FUENTE: ALEJANDRO POSADA ZULUAGA, CALI/COLOMBIA/2005.

Ángel es un joven de 25 años, administrador de empresas, egresado de una universidad de la ciudad de Cali. Hace **tres años** vive con el Virus de Inmunodeficiencia Humana. Actualmente trabaja con la Fundación Proyecto Vida haciendo talleres de prevención y sensibilización del VIH/SIDA. **“Desde ese día sentí que tenía una misión por cumplir, la de trabajar en sensibilización y prevención (del VIH) con otras personas y sobre todo con jóvenes, desde las fundaciones”.**

6. ROL DEL TRABAJADOR SOCIAL⁷⁵

Trabajo social, siempre ha estado ligado al campo de la salud, en el pasado su corte era totalmente asistencialista, ejerciendo labores de auxiliar a la medicina y guiado por la influencia de la iglesia católica; actualmente, este campo profesional continúa recibiendo conocimientos sobre ciertas patologías pero su intervención está vinculada al establecimiento de procesos y la elaboración de proyectos que contribuyen al bienestar social de la población. Además la asistencia social es necesaria para situaciones que requieran el auxilio de recursos en forma inmediata, como es el caso de las catástrofes naturales, el fenómeno del desplazamiento, entre otros acontecimientos.

La estudiante en práctica de Trabajo social ejerció en CDI S.A. diversas funciones correspondientes al desarrollo de la planeación estratégica, es así como en la ejecución del esquema de trabajo se fueron consolidando ciertas características que representan el quehacer del Trabajador social dentro de la Institución. A continuación se plantean:

1. INVESTIGADOR:

- Estudio de los servicios que ofrecen las entidades de salud a sus usuarios y la calidad de su atención.
- Investigación y actualización con respecto a los medicamentos para los pacientes VIH/SIDA y las indicaciones principales al ingerirlos.
- Estudio acerca de la participación de los usuarios en los procesos que se desarrollan dentro del Centro de Atención.

⁷⁵ Ibíd., Rol del Trabajador social.

- Análisis del perfil de los pacientes de CDI y elección de aquellos que sean aptos para representar a cada entidad de salud (Coomeva, Solsalud, etc.) y conformar el comité de usuarios.
- Investigaciones con el equipo interdisciplinario sobre la evolución de los pacientes VIH/SIDA.
- Investigación sobre las condiciones de vivienda, la escolaridad, la situación laboral, las relaciones con la familia y el entorno que rodea al paciente, además del origen de su diagnóstico (dx).
- Estudio socioeconómico de los pacientes y establecimiento de un listado de aquellos que manifiestan carencias económicas.
- Análisis de los pacientes que no acuden a la consulta mensual y conocimiento de las razones por las cuales son inasistentes.
- Diagnóstico del servicio que ofrece el programa integral para pacientes VIH/SIDA, a través de la aplicación de una encuesta de satisfacción a 40 pacientes de Solsalud, además de los servicios de vacunación y la atención a los pacientes de ECOPETROL.

2. DIRECTOR Y GESTOR:

- Diseño y ejecución de una planeación estratégica que responda a la realidad del paciente y el contexto que lo rodea.
- Aplicación del formato de inducción a los pacientes nuevos de CDI S.A. e información acerca del sistema general de seguridad social en salud (SGSSS).
- Gestión y ejecución de actividades sociales para los usuarios con el apoyo del equipo interdisciplinario (fiesta de disfraces con los niños VIH/SIDA y el personal de CDI S.A., festividades de fin de año, etc.).

- Dirección de la reunión mensual del comité de usuarios, orientación en función de las peticiones, reclamos y trámites sociales que se generan durante el mes y realización de un acta sobre lo que acontece en dicha reunión.
- Realización de los trámites necesarios con las fundaciones (FUNDASER) para el suministro de las ayudas necesarias a los pacientes seleccionados contribuyendo al mejoramiento de sus condiciones de vida.

3. ASESOR:

- Creación y mantenimiento de canales efectivos de comunicación entre directivos, funcionarios y los usuarios.
- Apoyo de la iniciativa de los usuarios en torno a la creación de programas que respondan a una realidad sentida.
- Motivación de resolución de problemáticas que se presentan en el interior de la institución facilitando un adecuado funcionamiento de los servicios.
- Asistencia y participación en las reuniones semanales y mensuales con el equipo interdisciplinario brindando una asesoría acerca del contexto y la realidad social que involucra al paciente.
- Establecimiento del contacto con el paciente, conocimiento del tipo de medicamento que consume y asesoramiento acerca de las ventajas que genera una toma adecuada de esta droga.
- Comunicación con el paciente donde él comprenda la necesidad de asistir al control mensual y las consecuencias positivas que esto genera.

4. COORDINADOR:

- Control en la ejecución de la planeación estratégica establecida para los pacientes VIH/SIDA de CDI S. A.
- Seguimiento de los planes de trabajo que se delegan a los pacientes y verificación de su evolución en el proceso de rehabilitación psicosocial.
- Control de los pacientes en el consumo de los medicamentos facilitando su adherencia al programa VIH/SIDA.
- Contacto con el paciente que requiera la visita familiar, registro del formato, análisis de la información recolectada, y establecimiento de un argumento profesional acerca de su situación social, económica, familiar, etc. Además consolidación de un plan de trabajo para el usuario dependiendo de las circunstancias que lo involucran.
- Coordinación del proceso de intervención profesional con el paciente y su recuperación psico-social.

5. EDUCADOR:

- Ejecución de conferencias educativas sobre salud, familia y otros ejes temáticos (Con el apoyo del equipo interdisciplinario) para los pacientes, permitiendo su adaptación al nuevo acontecimiento y resolviendo sus inquietudes.

Cuando se trata de complicaciones en la salud en el caso de una enfermedad crónica como el VIH/SIDA significa enfrentarse a una dimensión global que comprende no sólo esta área sino todos los campos de la vida del paciente, por esto la intervención de Trabajo social se orienta a la satisfacción de las necesidades integrales del usuario originadas por el diagnóstico del VIH/SIDA y

además facilita que las personas desarrollen sus propios recursos para afrontar los diferentes problemas.

CONCLUSIONES

- Los pacientes de VIH/SIDA afrontan una situación familiar compleja debido a las consecuencias que genera este tipo de diagnóstico (gastos económicos, temor a ser infectados, impotencia para resolver este acontecimiento, entre otros aspectos). Es indudable que los roles dentro del grupo familiar sufren modificaciones, el integrante con VIH, en muchas ocasiones, es quien realiza funciones pasivas dentro del hogar debido a su diagnóstico, se le debe brindar una atención continua y origina en algunos casos incomodidad a sus familiares quienes lo ven como un ser “inútil” dentro del grupo familiar.
- El usuario de CDI S. A. percibe frecuentemente el rechazo de la sociedad debido al diagnóstico que posee, resulta ser un obstáculo para proyectar su vida laboral y otros ámbitos de su existencia, por esta razón decide integrarse con personas que padecen la misma enfermedad para sentirse respaldado y aceptado; si en dadas ocasiones se relaciona con otras personas no revela su diagnóstico y de esta manera evita el señalamiento social.
- El proceso de adaptación a la enfermedad por parte del paciente requiere su motivación y disposición para vincularse al programa de atención integral para pacientes VIH/SIDA y su participación activa en estos procesos de intervención psicosocial.
- Resulta ser de gran impacto (social, emocional, psicológico, etc.) para una persona que acuda a CDI S.A. con diagnóstico VIH/SIDA, hacer parte de un programa de atención integral para pacientes afectados por dicha

enfermedad, teniendo en cuenta que la mayoría de ellos jamás imaginaron pertenecer a la población VIH/SIDA. Desde ese momento los usuarios manifiestan la necesidad de ser escuchados y orientados adecuadamente ya que su situación les nubla las posibilidades de proyectarse.

- El estilo de vida de un paciente VIH/SIDA está orientado a la practicidad en las actividades que ejecuta, al aprovechamiento al máximo de los acontecimientos de su vida, además continuamente se encuentra reflexionando sus comportamientos y en la mayoría de los casos se apoyan en instituciones de carácter religioso donde se les proyecta la paz y el equilibrio que necesitan.

RECOMENDACIONES

- En CDI S.A. existe una gran demanda de pacientes que requieren explicación acerca de esta patología esto exige tener noción acerca de los medicamentos que se suministran a los pacientes; de esta manera los resultados serán óptimos en la medida que nuestra preparación intelectual sea la más adecuada.
- Es necesario que el estudiante en práctica al ingresar a CDI establezca un contacto profesional con el paciente, interactúe con él y obtenga un conocimiento integral del contexto que lo rodea, esto genera un ambiente adecuado para que el paciente pueda hacer catarsis de las situaciones que ocasionan su diagnóstico. Es vital recordar que el paciente VIH/SIDA se siente aislado de la sociedad en que vive, por eso es necesario realizar la transferencia, involucrarse en su vivencia para que se sienta acompañado sin olvidar realizar la cotra-transferencia ya que no podemos sumergirnos en sus dificultades. Es claro que Trabajo Social es apto para tal fin ya que su perfil humano está presente en todo su quehacer profesional.
- Es fundamental que el practicante de Trabajo Social organice su planeación y ejecución teniendo en cuenta el tiempo dispuesto para el desarrollo de la práctica, con el fin de no cortar el proceso de intervención con el paciente, además prepararlos para la llegada del siguiente estudiante quien dará continuación a los procesos y finalmente no se experimenten sensaciones de frustración por parte del estudiante en práctica.
- Es esencial visualizar a los pacientes individualmente, no en su totalidad, sino como seres con un cuadro social particular, cuyas vivencias difieren de

los otros usuarios y de esta manera garantizar la aplicación adecuada del modelo de intervención profesional de Trabajo Social, el cual, aunque manifiesta unas etapas concretas de acción, diferencia los estilos de vida de cada usuario y los significados que cada uno de ellos le dan a su diagnóstico.

- Para lograr resultados satisfactorios en los pacientes es necesario su participación activa en el proceso de intervención de T.S, ya que ellos son los receptores de la información, los que conocen las situaciones que están obstaculizando su proyecto de vida y pueden ser entes activos durante todo este proceso.
- Es de vital importancia que se continúe vinculando y posesionando profesionalmente a Trabajo Social dentro del programa de atención integral para pacientes VIH/SIDA, debido a los resultados positivos que ha generado su intervención en el proceso de rehabilitación del usuario. El paciente es quien le da valor agregado a este campo profesional, viéndolo como un soporte a la carga emocional experimentada por el diagnóstico VIH.
- El convenio que se establece entre el estudiante y la institución debe ser acordado por las partes con todas sus cláusulas en el momento de su ingreso a la entidad y de esta manera se evitan futuros inconvenientes.
- Es necesario que el estudiante que se integre a la institución le dé continuidad a los procesos que se han establecido en la práctica anterior, por esto es importante realizar un empalme de información sobre los pacientes y además se logre la aceptación de ellos en la intervención.

- Es preciso que se continúe supervisando la intervención que ejecuta el estudiante de Trabajo Social por parte de un profesional de la entidad de salud (jefe Coordinadora del programa en CDI S.A.) para que los procesos estén aprobados institucionalmente y se ajusten a las necesidades de la población.
- Es importante la implementación del modelo de intervención profesional de trabajo social para el mejoramiento de la calidad de vida de los pacientes VIH/SIDA de CDI S.A., el cual refleja la vinculación de este campo profesional en el análisis de las vivencias de los pacientes, la percepción que ellos tienen de la enfermedad y la reflexión de los factores psico-sociales que comprende este diagnóstico. Este patrón de ejecución, facilita la satisfacción de las necesidades del paciente, su asimilación del diagnóstico y permite la inmersión de trabajo social en la especificidad, ya que esta carrera se caracteriza por implementar diversas metodologías frente a las problemáticas sociales.

7. MODELO DE INTERVENCIÓN PROFESIONAL DE TRABAJO SOCIAL PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES

VIH/SIDA DEL CENTRO DE ATENCIÓN Y DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS CDI S.A.⁷⁶

La Universidad Industrial de Santander UIS, a través de la Escuela de Trabajo Social establece convenios con entidades de salud como el Centro de Atención y Diagnóstico de Enfermedades Infecciosas CDI S.A. para que los estudiantes de este campo profesional puedan realizar sus prácticas académicas, y en este caso, pacientes con una enfermedad crónica como el VIH/SIDA puedan ser intervenidos mediante procesos de rehabilitación psicosocial. De esta manera, al desarrollar este proceso de intervención fundamentado en una planeación estratégica establecida para los pacientes VIH/SIDA, (específicamente al desarrollar la primera estrategia comprendida en el objetivo N.1) surge la idea de consolidar un MODELO DE INTERVENCIÓN PROFESIONAL DE TRABAJO SOCIAL PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES VIH/SIDA DE CDI S.A.

El quehacer del Trabajador Social en el centro de atención implica la elaboración de un diagnóstico que enmarque los factores psicosociales relacionados al diagnóstico VIH/SIDA y las posibilidades de avanzar adecuadamente en su proceso de rehabilitación psicosocial. Trabajo Social interviene a pacientes diagnosticados con VIH/SIDA, quienes presentan en muchos ámbitos de su vida (educativo, laboral, familiar, económico, etc.) falencias que influyen en el manejo de un estilo de vida adecuado. La mayoría de estos pacientes sienten la necesidad de ser escuchados y requieren de un proceso de consejería profesional que contribuya a la disminución de su carga emocional, el equilibrio ante las situaciones de crisis y la proyección de su vida. El VIH se presenta con un gran impacto en la vida de las personas, en las familias, en las comunidades y en la salud pública. La asistencia a estos pacientes, revierte ciertos inconvenientes, tanto por la complejidad del virus,

⁷⁶ Ibíd., Introducción al Modelo de Trabajo social para pacientes VIH/SIDA de CDI S.A.

como por el contexto social que los involucra, pobreza, drogadicción, prostitución, discriminación, delincuencia, desintegración familiar, etc. sin olvidar que todas estas palabras con las cuales fácilmente relacionamos a las personas portadoras, son hoy, jóvenes carentes de recursos económicos y con hijos, por esto los pacientes deben ser vistos desde un enfoque integral, con un equipo interdisciplinario que incluya Médico infectólogo, Psicólogo, Trabajador Social, entre otros profesionales, que tengan a la familia del paciente como protagonista de este proceso de enfermedad y cuyo objetivo sea no solo prolongar la vida, sino que se priorice por mantener una adecuada calidad de vida.

Para un paciente VIH/SIDA es causa de respaldo obtener el apoyo y la compañía de su grupo familiar, amigos, pareja, etc. debido a que han experimentado sentimientos de frustración de sus proyectos futuros, temor de afrontar esta realidad, soledad, entre otras sensaciones, a raíz de esta patología. El usuario de CDI S.A. presenta un bajo nivel económico, lo cual manifiesta el acceso limitado a servicios óptimos de salud, la insatisfacción de sus necesidades básicas (comida, vestido y vivienda) y la baja adquisición de recursos para vivir. Todo lo anterior unido a los gastos que se producen en el interior de su familia, ya que requiere medicamentos constantemente y otros servicios. En CDI se evidencian casos donde existe un rechazo al integrante afectado por esta enfermedad, a quien lo consideran "inútil" porque ha dejado de generar ingresos a la familia y esto debido a que su diagnóstico le impide desempeñarse laboralmente.

EL MODELO DE INTERVENCIÓN PROFESIONAL DE TRABAJO SOCIAL PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES VIH/SIDA DE CDI S.A. es un proceso establecido por etapas donde se consolidan acciones dirigidas hacia el progreso del estilo de vida del usuario, solventando sus carencias, las cuales están ligadas al concepto de calidad de vida. El rol del Trabajador Social se

orienta hacia un acompañamiento a los pacientes en todo el proceso de intervención psicosocial, ellos serán los ACTORES Y GESTORES en el mejoramiento de su calidad de vida. Sin embargo la función activa del profesional está latente en el transcurso de las acciones.

En el planteamiento del modelo se evidencia el objetivo general el cual es mejorar el estilo de vida del paciente VIH/SIDA del Centro de Atención y Diagnóstico de Enfermedades Infecciosas CDI S.A. Bucaramanga a través de la satisfacción de sus necesidades, las cuales están relacionadas al concepto de calidad de vida e influyen en su proceso de rehabilitación psicosocial.

Además se plantean objetivos específicos destinados al conocimiento de las variables objetivas y subjetivas que influyen en la calidad de vida del paciente y la elaboración de propuestas de acción por parte de los pacientes de CDI para la satisfacción de las necesidades que se manifiestan en su estilo de vida.

Este modelo expresa la calidad de vida desde un enfoque integral que involucre los ámbitos de la vida de una persona, tal cual como la define la OMS⁷⁷

"La percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales del entorno."

⁷⁷ Organización Mundial de la Salud. OMS. Aspectos psicológicos del paciente frente a la enfermedad. Argentina. Oficina regional de la Organización panamericana de la salud OPS y la OMS. 2002. p 42

El desarrollo del modelo se llevará a cabo a través de una metodología que involucre soluciones a las diversas dificultades del usuario y con la utilización de recursos materiales como implementos para la realización de los talleres, conferencias, etc.; las instalaciones de CDI S.A. y de las entidades que se involucren en este proceso, etc.; Además recursos económicos provenientes de las fundaciones que colaboren con los usuarios de CDI y el dinero que disponga la institución para la ejecución de las actividades; los recursos humanos como: la intervención de Trabajo Social, el equipo interdisciplinario de CDI, los pacientes con sus familias, los profesionales que conforman las redes de apoyo, y demás personas; entre otros recursos. También es importante la evaluación constante durante todo el proceso destinado al mejoramiento de la calidad de vida del paciente VIH, ya que el ser humano se encuentra evolucionando y modificando situaciones de su vida frecuentemente, lo cual significa que sus necesidades varían; podrían añadirse nuevas carencias o replantearse las establecidas, de la misma forma es necesario ir observando los resultados obtenidos en la ejecución de las acciones, es decir, evaluar el impacto que generan en la calidad de vida del paciente. "...La evaluación de calidad de vida en un paciente representa el impacto que una enfermedad y su consecuente tratamiento tiene en la percepción del paciente sobre bienestar, definiéndola como la medida que modifica el valor asignado a la duración de la vida en función de la percepción de limitaciones físicas, psicológicas, sociales y de disminución de oportunidades a causa de la enfermedad, sus secuelas, el tratamiento y/o las políticas de salud..."⁷⁸

La importancia de este modelo se dirige hacia el establecimiento, organización y especificidad de la función de Trabajo Social dentro del centro de atención, Además los programas de salud que se llevan a cabo en el país en cuanto a la prevención del VIH/SIDA y la atención a esta población, tienen la posibilidad por medio de este modelo, de comprender las variables que influyen en la calidad de

⁷⁸ PATRICK, D. ERICKSON P. Estado de salud y bienestar. Madrid, España. Universidad de Málaga. 1993. p 45

vida de un paciente, donde el campo de la salud es sólo una parte afectada por este virus y que una apropiada concientización del cuidado en esta materia tiene que ver con la percepción que los usuarios tienen de su enfermedad y el manejo social que le dan a su dx, de esta manera se tiene un enfoque integral de la enfermedad y el impacto de las políticas implementadas será mejor. Trabajo Social aporta una reflexión social a las diversas áreas de la sociedad sobre esta problemática de salud pública, una metodología compuesta por acciones psicosociales orientadas hacia el logro de la calidad de vida del paciente VIH/SIDA. Entrar en contacto con el usuario brinda la posibilidad de conocer aspectos de su vida, por ejemplo, comprender las causas de su diagnóstico, sus relaciones sociales y la manera como se encuentra afrontando esta patología; entre todos los elementos que componen y sustentan el concepto de calidad de vida, la familia es un componente fundamental en este proceso, la inmersión del grupo familiar en las acciones significa un apoyo afectivo para el paciente en el manejo de su diagnóstico y el direccionamiento hacia la estabilidad familiar, factor importante para el logro de un estilo de vida óptimo. Además la introducción de la familia en la labor psicosocial define la identidad de Trabajo Social, ya que considera importante el papel que juega en la satisfacción de las limitantes (económicas, laborales, educativas, afectivas, etc.) del paciente; T.S manifiesta que las bases afectivas en especial la familia son un elemento motivador en la consecución de los proyectos del usuario en su entorno socio-familiar.

Es vital la intervención con el usuario y su familia, donde se recalquen los beneficios de entablar una comunicación clara y afectiva, la importancia que cada miembro tiene dentro del núcleo familiar y en definitiva interiorizar el valor emocional que representa un grupo familiar cuando es visto como unidad. De acuerdo a lo anterior, las acciones de Trabajo social son un proceso interactivo entre el profesional y el usuario, incluyendo a su entorno familiar y social, por esto

la consulta es un pilar y componente fundamental del proceso intervención que debe actuar ligado y coordinado con un lenguaje y unas metas comunes que permitan lograr un cambio real sobre el impacto que ha tenido el VIH/SIDA sobre el individuo, la familia y la sociedad. Trabajo Social genera conductas positivas con relación al cumplimiento de los roles social, laboral y familiar de cada paciente, promueve la discusión reflexiva llevando a las personas con VIH a analizar las razones internas de sus respuestas y acciones.

Es necesario dar a conocer a la comunidad en general un modelo que plantea como principal gestor de las propuestas al paciente VIH/SIDA de CDI S.A.; además sus opiniones son importantes para obtener un óptimo funcionamiento de dicha institución; en la medida en que se brinden servicios de calidad a los pacientes, ellos se benefician en el proceso de rehabilitación psicosocial, consolidan un sentido de pertenencia hacia la entidad y se orientan hacia estilos de vida saludables.

A continuación se plantea el modelo:

MODELO DE INTERVENCIÓN PROFESIONAL DE TRABAJO SOCIAL PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES VIH/SIDA DEL CENTRO DE ATENCIÓN Y DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS CDI S.A.⁷⁹

OBJETIVO GENERAL: MEJORAR EL ESTILO DE VIDA DEL PACIENTE VIH/SIDA DE CDI S.A. BUCARAMANGA A TRAVÉS DE ACCIONES DIRIGIDAS A ALIVIAR LA MAYORÍA DE SUS NECESIDADES, LAS CUALES ESTÁN RELACIONADAS AL CONCEPTO DE CALIDAD DE VIDA E INFLUYEN EN SU PROCESO DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL.

Objetivo específico 1: Conocer y comprender la vivencia que el usuario le da a su diagnóstico (dx) VIH/SIDA en los diferentes ámbitos en que se desenvuelve y su manifestación en el desarrollo de una calidad de vida adecuada.

Estrategia: Realizar procesos de intervención psicosocial con el paciente que faciliten la percepción de los diversos acontecimientos que involucran su cotidianidad.

Acciones estratégicas	Meta	Indicador de gestión
1. Ejecutar una consulta con cada usuario de CDI S.A. en un ambiente de seguridad y confianza que permita diligenciar un formato de estudio socio-económico y de bienestar social, establecer una conversación profesional con él y así obtener información acerca de los factores psicosociales ligados a su dx y que condicionan su calidad de vida.	1. En el transcurso de 4 meses se efectuará a cabalidad la fase de conocimiento integral del paciente, (por medio de consultas y la visita domiciliaria) especialmente en lo que se refiere a las variables que influyen en el desarrollo de su calidad de vida.	1. * Receptividad de los pacientes de CDI al registro de los formatos, * aceptación y participación en este proceso de diligenciamiento, * *acercamiento e interacción con los pacientes a partir de la realización del proceso de intervención profesional * *disposición de los usuarios para manifestar la información.
2. Acordar con el paciente la realización de una visita familiar (días posteriores a la consulta) con el fin de conocer integralmente su vida cotidiana, verificar la información recibida en la sesión personalizada y entrar en contacto con su grupo familiar. Al llevar a cabo dicha actividad, se registrará un formato donde se plasmarán diferentes datos de su vida, específicamente las dificultades que presenta en su entorno social, económico, laboral, entre otros y que reflejan su actual estilo de vida.	2. En el transcurso de 4 meses se efectuará a cabalidad la fase de conocimiento integral del paciente, (por medio de consultas y la visita domiciliaria) especialmente en lo que se refiere a las variables que influyen en el desarrollo de su calidad de vida.	2. * Disponibilidad de los pacientes de CDI a la realización de la visita, * *aceptación y participación en este proceso, *acercamiento e interacción con los pacientes, * *disposición de los usuarios para manifestar la información.

⁷⁹ *Ibíd.*, Modelo de Intervención profesional de Trabajo social para pacientes VIH/SIDA de CDI S.A.

<p>3. Llevar a cabo un análisis detallado de la información recolectada con cada paciente, estableciendo un concepto profesional que identifique su modo de vida; Igualmente Trabajo Social extraerá de dicho análisis falencias comunes que los pacientes presentan en el manejo de su calidad de vida.</p>	<p>3. Después del período de conocimiento del usuario, en un plazo de 2 meses se realizará el análisis de la información recolectada.</p>	<p>3. * Conocimiento de las condiciones personales, familiares entre otros aspectos de los pacientes, *acercamiento e interacción con su cotidianidad.</p>
<p>4. Dar a conocer a los pacientes de CDI S.A. y al equipo interdisciplinario las necesidades generales que manifiestan los usuarios con relación a su calidad de vida. Para recibir esta información los pacientes se organizarán en diez (10) grupos, cada uno conformado por veinticinco 25 usuarios y las reuniones (diez en total) se harán máximo de dos (2) horas cada una. También se realizarán sesiones con cada paciente y su familia donde se les expresarán las carencias que poseen a nivel personal, educativo, económico, etc. que no son generalizables, es decir, que sufre cada paciente y su entorno socio-familiar.</p>	<p>4. Al culminar todos los procesos anteriormente mencionados, se realizará durante 2 meses la exposición de los resultados referentes al estilo de vida de los pacientes y las consultas personalizadas donde se les manifestarán las necesidades que vivencian particularmente con respecto a su calidad de vida.</p>	<p>4. * Comunicación adecuada entre la T.S y los pacientes VIH/SIDA en el desarrollo de las reuniones, * organización, asistencia y participación activa del personal y usuarios de CDI S.A. *receptividad a la información que se les suministra, *manejo adecuado de los temas a abordar en las reuniones.</p>

Esta primera etapa del modelo de intervención de Trabajo Social (T.S.) es necesaria para la comprensión de las situaciones que a diario experimentan los pacientes de CDI S.A. en el contexto que los rodea y repercuten en el desarrollo de sus formas de vida. De esta manera T.S puede apropiarse de los acontecimientos complejos de los usuarios e intervenir en ellos con mayor facilidad. Además los pacientes comprenden las principales dificultades que influyen en el manejo de su calidad de vida, brindándoles claridad para el establecimiento de propuestas de solución a dichas necesidades.

Objetivo específico 2: Construir y ejecutar acciones orientadas a la satisfacción de las necesidades vinculadas al concepto de calidad de vida para alcanzar un óptimo desarrollo en el proceso de intervención psicosocial con el paciente VIH/SIDA.

Estrategia: Gestionar espacios que permitan la participación y organización de los usuarios VIH/SIDA como ACTORES en el proceso de mejoramiento de sus estilos de vida.

Acciones estratégicas	Meta	Indicador de gestión
<p>1. Conformar los comités de trabajo donde cada uno de ellos tenga bajo su responsabilidad una necesidad específica vinculada a su calidad de vida. Por ejemplo: un grupo tendrá a su cargo el establecimiento de opciones de solución para la problemática de los servicios de salud y así con las diversas variables objetivas y subjetivas que componen la calidad de vida (alimentación, alojamiento, vestuario, educación, nivel de autoestima, apoyo familiar, recogimiento espiritual, proyección de vida, relación de pareja estable, entre otras.). Un grupo podrá tener una o más necesidades de acuerdo a los resultados obtenidos, éstas serán repartidas equitativamente entre los 10 comités. Es necesario que los usuarios VIH/SIDA se encuentren motivados para pertenecer a los grupos de acción orientados a la resolución de las necesidades asociadas al manejo de su calidad de vida ya que estas variables requieren una pronta solución para la consolidación de un apropiado estilo de vida.</p>	<p>1. En el momento de la exposición general de los resultados (establecido un periodo de 2 meses para su realización) se conformarán los grupos de participación, cuyos miembros están destinados a ser GESTORES en el proceso de consolidación de alternativas para una mejor calidad de vida. Estos comités estarán organizados de igual forma que en la exposición.</p>	<p>1. * Receptividad de los pacientes de CDI a la propuesta de la conformación de los grupos de trabajo, * disposición para vincularse a ellos, * su aceptación, organización y participación en este proceso, *acercamiento e interacción de T.S con los pacientes, * procesos de reflexión por parte del paciente sobre los beneficios que le genera una participación activa en los grupos de trabajo, por ejemplo, un manejo social adecuado de su dx, entre otras ventajas. * impacto generado en el usuario quien interioriza casos de deterioro de personas VIH/SIDA quienes asumen una posición pasiva en su proceso de rehabilitación psicosocial.</p>

<p>2. Construcción y ejecución de las líneas de acción para la resolución de las carencias ligadas a la calidad de vida de los pacientes VIH/SIDA de CDI S.A. El establecimiento de dichas alternativas de solución se realiza por medio de diferentes técnicas, por ejemplo "lluvia de ideas" donde todos los integrantes de los comités exponen las propuestas acordes con la necesidad a satisfacer; las acciones que manifiesten tendrán un carácter de proceso y contarán con la participación de la familia como una base afectiva fundamental en la consecución de una calidad de vida adecuada; las acciones pueden ejecutarse en el ámbito grupal o individual.</p>	<p>Después de la conformación de los grupos de trabajo donde se delegaron necesidades específicas, se efectuarán abiertamente las alternativas de solución para su satisfacción y de esta manera consolidar una intervención psicosocial óptima.</p>	<p>* Aceptación y participación activa de los usuarios VIH/SIDA en los diferentes comités, * iniciativa en la elaboración de las propuestas de solución, * comprensión clara de las necesidades delegadas y el objetivo a cumplir, * desarrollo constante de las labores por parte de los comités de trabajo, * participación activa de Trabajo social, el equipo interdisciplinario y las redes de apoyo.</p>
<p>3. Efectuar reuniones con los pacientes (organizados por grupos como anteriormente se menciona) y el equipo interdisciplinario donde se expongan los resultados de las acciones que se llevaron a cabo, estableciendo una comparación entre las necesidades, el proceso para lograr su satisfacción y los resultados que se obtuvieron. Además se realizarán unas encuestas de satisfacción a los usuarios donde se planteen preguntas acerca de las carencias de los pacientes, su influencia en la calidad de vida y las mejoras que han experimentado al respecto.</p>	<p>3. Cada mes se realizará esta muestra de resultados teniendo en cuenta las acciones planteadas para la resolución de las necesidades referentes a la calidad de vida del paciente. De la misma forma, mensualmente se elaborará una encuesta de satisfacción que recoja las opiniones de los pacientes sobre las mejoras que hayan experimentado en su calidad de vida.</p>	<p>3. *Participación activa de los pacientes suministrando información en las encuestas, * asistencia en las reuniones y aporte de opiniones por parte del equipo interdisciplinario de CDI, las redes de apoyo, los usuarios y Trabajo Social, acerca de los procesos ejecutados en el mejoramiento de la calidad de vida del paciente VIH/SIDA.</p>

Entre las opciones para satisfacer dichas necesidades se encuentran las conferencias o charlas para concientizar a la población VIH/SIDA sobre algunos temas como: el manejo apropiado de las relaciones familiares, la importancia del afecto hacia un paciente VIH/SIDA, el manejo de conflictos de pareja, entre otros ejes temáticos; Además de las acciones lúdicas (actividad recreativa que integre a los usuarios y genere un proceso de aprendizaje para la población VIH/SIDA); Existen otras alternativas como: la realización de dramatizados u obras de teatro que lleven una enseñanza para los usuarios, los talleres de capacitación para los niños y adultos VIH/SIDA, que les permita desarrollar su sistema psicomotor, focalizar toda su energía en actividades que los mantenga ocupados mentalmente, entre otros aspectos. Es importante la intervención de entidades externas a CDI S.A. en el proceso de mejoramiento de la calidad de vida del paciente, por esto, se conformarán redes de apoyo con la participación de profesionales que acompañen las acciones que se desarrollen dentro de la institución. Trabajo social realizará una intervención en caso con los pacientes que presenten dificultades personales o familiares y que influyen en el manejo de su calidad de vida, además requieran consejería profesional para aliviar la carga emocional que les ha generado su dx, entre otros aspectos: Se consolidarán planes de trabajo con estos usuarios: reflexiones escritas acerca de la situación que ocasiona malestar, recomendaciones sobre algunos hábitos de su vida cotidiana (consumo de drogas, alcohol, orientaciones acerca de su vida sexual, etc.), acompañamiento de un miembro de la familia en futuras sesiones, entre otros compromisos.

La consecución de los procesos destinados a la satisfacción de las necesidades de los pacientes con respecto a su calidad de vida, es vital para un óptimo desarrollo de su proceso de rehabilitación psicosocial. Además el aporte de las redes de apoyo externas a la institución refleja el soporte profesional a las alternativas de solución propuestas. La inmersión de los pacientes en la ejecución de las acciones manifiesta resultados apropiados y bienestar en todos los ámbitos de la vida del

paciente. De la misma forma el acompañamiento del equipo interdisciplinario expresa el conocimiento que poseen los profesionales sobre sus pacientes y la influencia que tiene el programa de atención integral de VIH/SIDA en el desarrollo de la calidad de vida del usuario. Es necesario recalcar que Trabajo Social se caracteriza por su labor profesional y calidad humana durante la intervención con los pacientes VIH/SIDA.

LOGROS

- Se reconoce como un alcance positivo de la intervención, la aceptación que se obtuvo por parte de los pacientes vinculados al programa VIH/SIDA, quienes participaron de todos los procesos que se efectuaron, facilitaron información necesaria, manifestaron mejorías en su proceso de adaptación al diagnóstico y asumían adecuadamente su nuevo estilo de vida; también la adherencia al programa VIH/SIDA aumentó con las consultas de Trabajo Social, en la cual, se hacía un proceso de reflexión sobre las ventajas de la asistencia a las consultas y la toma oportuna de los medicamentos. Lo anterior tuvo su fundamento en el primer día de consulta de Trabajo Social, donde asistieron los pacientes con una noción errada sobre la consecución de sus vidas y al culminar la sesión, en su semblante y en todo lo que expresaban se evidenció un cambio radical en su percepción acerca del VIH/SIDA.
- El aprendizaje que se adquirió de la realización de la práctica en el área de salud, el conocimiento de los medicamentos para pacientes VIH/SIDA, la definición de patologías ligadas a esta enfermedad crónica, entre otros conceptos médicos que se asimilaron y profundizaron en el proceso de la práctica y se incorporaron al quehacer profesional de Trabajo Social. De la misma forma el trabajo en equipo con el grupo interdisciplinario permitió visualizar los diversos ámbitos profesionales que definen la atención integral del programa VIH/SIDA para los pacientes de CDI S.A.
- Es necesario recalcar la satisfacción experimentada por el trabajo realizado gracias a la orientación integral y el apoyo obtenido de la Directora de práctica quien brindó la oportunidad para actuar con decisión y profesionalmente con una población que requiere de la Intervención de

Trabajo social, a la institución, la cual facilitó la utilización de las instalaciones, otorgó un apoyo económico de transporte para la realización de las visitas domiciliarias, entre otras ayudas; De esta manera se llevo a cabo la realización de la práctica en el tiempo acordado, la consecución y el logro de los objetivos y la consolidación de la sensibilidad social y calidad Humana como rasgos característicos de esta carrera.

LIMITACIÓN

- Existen algunos pacientes que al comienzo oponen resistencia para ir a las consultas que ofrece CDI. S.A. dentro de su programa de atención integral para pacientes VIH/SIDA, debido al temor que tienen de ser señalados por las personas que se encuentran en la institución, algunos catalogan de “inseguro” comentar las situaciones que se derivan de su diagnóstico, entre otros aspectos; por lo tanto se dirigen solamente a la consulta de infectología, obstaculizando su proceso de rehabilitación psico-social y las demás acciones de los campos profesionales. En estos casos trabajo social y psicología realizan un proceso de concientización con el paciente para que él comprenda los beneficios de asistir a la atención integral y además se le brinda las condiciones de privacidad que requiere una consulta.

BIBLIOGRAFÍA

ALCALDÍA DE BUCARAMANGA. Preguntas ALCALDÍA estas del Régimen Subsidiado de Seguridad social en Salud. Bucaramanga, Febrero 2002

ARGERMEYER, MC, KILLIAN, R. Transformación social y su relación con la calidad de vida. México. Reverte S.A. 2000.

BRAHMAN, Linda. Psicología de la salud, Afrontamiento del SIDA. Sevilla, España. Pulso Ediciones S.A. 2001

CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA

CENTRO DE ATENCIÓN Y DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS CDI S.A. Equipo interdisciplinario (Personal Médico, Enfermera Jefe, Nutricionista, Trabajadora social y Psicólogo). "Portafolio de servicios y funciones de CDI S.A." Segunda actualización. Bucaramanga. Instalaciones de CDI S.A. 2004.

DATOS OTORGADOS POR PROFAMILIA.

Donabedian, Avedis. Evaluación de la calidad en la atención en salud. México. Prensa médica mexicana. 1996.

FONDO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA INFANCIA. UNICEF. Estado mundial de la infancia. La infancia amenazada. Resumen ejecutivo. New York, EE.UU. © Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). 2004. www.unicef.org/spanish

FONNEGRA DE JARAMILLO, I. Introducción al Proceso de Morir y la Muerte. Última Etapa del Desarrollo Humano. Fundación Omega. Santa Fe de Bogotá, 1996.

IGLESIAS DE LA COMUNIDAD METROPOLITANA DE MÉXICO. ICM. Dios frente al hombre y al SIDA. Monterrey, Nuevo león, México. Sitio oficial de la ICM. 2003.

INFORMES PSICOLÓGICOS. Escuela de Ciencias Sociales. Facultad de Psicología. Pontificia Bolivariana. Medellín. 2001.

LEPLEGE, A y HUNTS, S. El problema de la calidad de vida en medicina. New York, EE.UU. Prensa americana de la asociación médica. (JAMA). 1998.

LEY 100 DE 1993.

MINISTERIO DE SALUD. EL ABC de la Descentralización en salud. Palmira – Valle del Cauca. Oficinas del Ministerio de Salud. 1996.

MINISTERIO DE SALUD. Derechos y Deberes de las Personas que Viven con VIH/SIDA. Ministerio de Salud. Bogotá, 1995.

MOSS, RH. Teoría de la crisis, Afrontamiento de la enfermedad. New York, EE.UU. Plenum Press. 1989.

NIEDERBACHER VELÁSQUEZ, Jurg. Programa de tratamiento pediátrico para pacientes de CDI S.A. Segunda actualización. Bucaramanga. Instalaciones de CDI S.A. 2004.

OFICINA INTERNACIONAL DEL TRABAJO. OIT. El VIH/SIDA y el mundo del trabajo, estimaciones a nivel mundial, impacto y medidas adoptadas. Argentina. OIT. 2004. www.pmsida.gov.ar

Organización Mundial de la Salud. OMS. Aspectos psicológicos del paciente frente a la enfermedad. Argentina. Oficina regional de la Organización panamericana de la salud OPS y la OMS. 2002.

ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. ONU. Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos, su relación con el VIH/SIDA. México, Cuba y República Dominicana. Sitio oficial del Alto Comisionado de Derechos Humanos y de ONUSIDA. 2000. www.cinu.org.mx/temas/vih_sida/dh.htm.

PAGAN SANTINI, Rafael H. Evaluación de calidad de vida y VIH. Puebla, México. Centro Universitario de Investigación sobre el SIDA, Universidad Autónoma de Puebla. 2000.

PATRICK, D. ERICKSON P. Estado de salud y bienestar. Madrid, España. Universidad de Málaga. 1993.

R. NÁJERA MORRONDO. Investigación de pacientes con infección avanzada VIH. Madrid, España. Ediciones Castilla S.A. 1992.

REVISTA DE MEDICINA. EL MUNDO. ES/ SALUD. Lucha contra el VIH/SIDA. México. El mundo. es salud.2003. elmundosalud@elmundo.es

RODRÍGUEZ, Alejandra. SIDA tratamientos modernos, comunicación Médico - paciente VIH/SIDA. Madrid, España. C/pradillo, Mundinteractivos S.A. 1997.

RODRÍGUEZ MARÍN, Jesús. Psicología Clínica y de La Salud. Edita Colegio oficial de Psicólogos de España. 2000.

SOCIEDADES BÍBLICAS UNIDAS, LA SANTA BIBLIA. Juan 10, verso 10. Bogotá, Colombia. Editorial Nomos S.A.1960

TESTA M. Pensar en salud. Washington D.C. Plenum Press. 1996.

TORRES, Ana Francisca. Programa de tratamiento nutricional para pacientes de CDI S.A. Segunda actualización. Bucaramanga. Instalaciones de CDI S.A. 2004

TOUZA, GRACIELA. ROSSI, DIANA. La problemática del SIDA. Bogotá, Colombia. Congreso Revista Margen de Trabajo Social. 1998. www.margen.org

VÁSQUEZ G. GÓMEZ DD. SIDA. Enfoque Integral. 2da. Edición. Medellín. Corporación para Investigaciones Biológicas, 1996.

VEGA, Alfredo. Programa de tratamiento psicológico para pacientes de CDI S.A. Segunda actualización. Bucaramanga. Instalaciones de CDI S.A. 2004

ZAPATA, ZAPATA, ANDRÉS. Impacto social y SIDA. Bolivia. La Nueva Revista de Medicina y Salud en Internet. MEDSPAIN.1999. sugerencias@medspain.com