

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA DE OCCIDENTE
DEPARTAMENTO DE CIENCIAS SOCIALES, FILOSOFÍA Y LETRAS**



TRABAJO DE GRADUACIÓN

TEMA DE TESIS:
DISCRIMINACIÓN FAMILIAR Y LABORAL
EN PERSONAS PORTADORAS DE VIH DE AMBOS SEXOS
ENTRE LAS EDADES DE 20 A 55 AÑOS DE EDAD CRONOLÓGICA
DEL GRUPO DE APOYO DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS
DE SANTA ANA.

**PARA OPTAR AL GRADO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

PRESENTADO POR:
GONZÁLEZ ORTIZ, ADA MARÍA ISABEL
LÓPEZ MUÑOZ, GLORIA LORENA
RAMÓN MORALES, KAREN ELIZABETH

DOCENTE DIRECTOR:
LICENCIADO JUAN FRANCISCO QUINTANILLA

**SEPTIEMBRE, 2008
SANTA ANA, EL SALVADOR, CENTRO AMÉRICA**

AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

RECTOR:

INGENIERO Y MÁSTER RUFINO ANTONIO QUEZADA SÁNCHEZ

VICERECTOR ACADÉMICO:

ARQUITECTO Y MÁSTER MIGUEL ÁNGEL PÉREZ RAMOS

VICERECTOR ADMINISTRATIVO:

LICENCIADO Y MÁSTER ÓSCAR NOÉ NAVARRETTE

SECRETARIO GENERAL:

LICENCIADO DOUGLAS VLADIMIR ALFARO CHÁVEZ

FISCAL GENERAL:

DOCTOR RENÉ MADECADEL PERLA JIMENEZ

**AUTORIDADES DE LA FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA
DE OCCIDENTE**

DECANO:

LICENCIADO JORGE MAURICIO RIVERA

VICEDECANO:

LICENCIADO Y MÁSTER ELADIO EFRAÍN ZACARÍAS CORTEZ

SECRETARIO:

LICENCIADO VÍCTOR HUGO MERINO QUEZADA

JEFE DEL DEPARTAMENTO

DE CIENCIAS SOCIALES, FILOSOFÍA Y LETRAS:

LICENCIADO Y MÁSTER FRANCISCO JAVIER ESPAÑA VILLALOBOS

AGRADECIMIENTOS

A la Divina Providencia:

Por su infinito Amor, por la vida y fortaleza que me brinda; por vivir momentos felices y tristes que me motivan a seguir adelante con firmeza, y por permitirme culminar esta meta tan anhelada y trascendental en mi vida.

A mis padres:

Hugo A. González y Rosa M. Ortiz de González, por el extraordinario esfuerzo que me han brindado y por el incondicional amor que me demuestran a diario, por sus sabios consejos y por haber confiado en mi deseo de superación.

A Toño, Julio, Hugo, Mari, Jaime, Luisa y Claudia:

Expresión de unidad, amor, respeto y aceptación, mis queridos hermanos que con pequeños detalles me demostraron la grandeza de su absoluto apoyo el cual me fortaleció en los momentos más cruciales.

A mi abuelo Carlos López, a mis cuñados/as y demás familia:

Por la cooperación y confianza que me han brindado.

A Damian Ernesto Peñate C.:

Por tu amor, paciencia y comprensión, por tu compañía en los momentos prósperos y adversos, y por incentivar me a superarme cada día más. Te amo.

A mis amigos:

Padre Wilfredo Centeno, Padre Herbert Girón, entre otros. Agradezco por su amistad y apoyo en cada momento. A Karen y Lorena, por su entrega, confianza y comprensión.

Al Licenciado Juan Francisco Quintanilla:

Por la paciencia, confianza y dedicación que me brindó en el proceso de la investigación. Le agradezco mucho.

Ada María Isabel González Ortiz.

A la Santísima Trinidad:

Por la misericordia de permitirme experimentar su presencia tanto en la cotidianidad como en los momentos cruciales de mi vida.

A mi Padre:

Por enseñarme sobre la fortaleza y la perseverancia...

A mi Madre:

Por creer en mí, por hacer suyos mis triunfos y mis fracasos...

A mi Gordo:

Por el bello sentimiento que nos une, por tu apoyo y comprensión.

A mis hijos, Walter (Oveja), Fernando (Titi) y Milena (Mema):

Por despertar en mí el más puro amor, ése que me impulsa a superarlo todo y que me motiva a ser mejor persona.

A mi hermano Ricardo:

Por ser un pilar en mi vida, por tu cuidado y por todo lo que admiro en ti.

A mis hermanos(as) y amigos(as):

Por el apoyo brindado.

Al Licdo. Juan Francisco Quintanilla:

Por el tiempo y la orientación proporcionada para la realización de esta investigación.

A la Licda. Alcira de Escobar:

Por su actitud empática y orientación institucional.

A las personas que conforman el Grupo de Apoyo “Deseos de Vivir” del Hospital Nacional San Juan de Dios:

Por la confianza y apertura mostrada hacia el grupo investigador, por permitirme conocer y crecer a través de sus experiencias.

Gloria Lorena López Muñoz.

A Dios Todopoderoso:

Por iluminar en todo momento mi camino y permitirme ver culminado mi mayor sueño.

A mis padres:

Mi mejor ejemplo a seguir, símbolo de lucha, entrega y sacrificio en mi vida, por quererme tal como soy con mis virtudes y defectos y por su apoyo incondicional.

A mi hermana:

Por su entrega incondicional, su apoyo, cariño, comprensión y sobre todo por ser mi mejor amiga, escucharme y aguantarme en las buenas y malas, por ser mi orgullo bebá te quiero mucho.

A mi bebé:

Por ser el motor que impulsa mi vida, la razón de mi existir y motivo de constante lucha, por ser una mejor persona y un ejemplo en su vida.

A mi familia:

Que sin importar las circunstancias han estado siguiendo de cerca mi formación profesional, por su apoyo, comprensión y muestras de cariño.

A mis compañeras de tesis:

Por hacer posible ver culminado un sueño, gracias por su apoyo.

Al Licdo. Juan Francisco Quintanilla:

Por el valioso aporte y orientación brindada para la realización del proceso de grado.

A la Licda. Alcira de Escobar:

Por su colaboración y apoyo para realizar la investigación.

A los miembros del Grupo de Apoyo del Hospital San Juan de Dios:

Por su confianza y colaboración , por permitirme crecer como ser humano a través de la sensibilización.

Karen Elizabeth Ramón Morales.

ÍNDICE

Introducción.....	11
-------------------	----

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Contextualización del Problema.....	14
1.2 Alcances y Límites.....	17
1.3 Justificación del Problema.....	18
1.4 Enunciado del Problema.....	19
1.5 Objetivos de la Investigación.....	20

CAPITULO II

MARCO HISTÓRICO-TEÓRICO

2.1 MarcoHistórico	22
2.1.1 Orígenes del VIH.....	22
2.1.2 Primer Caso de VIH en Estados Unidos.....	25
2.1.3 VIH en Latinoamérica.....	26
2.1.4 Situación Epidemiológica del VIH en El Salvador.....	27
2.1.5 Discriminación Laboral en Europa.....	28
2.1.6 Discriminación Laboral en Estados Unidos.....	30
2.1.7 Discriminación Familiar y Laboral por ser Portador de VIH en Latinoamérica.....	31
2.1.8 Discriminación Familiar y Laboral por ser Portador de VIH en Centroamérica.....	34
2.2 Marco Teórico	35
2.2.1 ¿Qué es el VIH?	35
2.2.2 ¿Qué es el SIDA?	36

2.2.3	Etapas de la infección por VIH.....	37
2.2.4	Pruebas de Laboratorio para detectar el VIH.....	38
2.2.5	Confidencialidad y Derechos del Portador de VIH.....	40
2.2.6	Impacto Psicológico derivado del Diagnóstico de Portador de VIH.....	41
2.2.7	Teorías de la Personalidad que orientan la valoración del Fenómeno de la Discriminación.....	44
2.2.8	VIH y Discriminación Familiar.....	62
2.2.9	VIH y Discriminación Laboral.....	72
2.2.10	VIH e indicadores de Discriminación por Género/ Nivel Educativo/ Relaciones Interpersonales.....	85

CAPÍTULO III

SISTEMA DE HIPÓTESIS Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

3.1	Sistematización de Hipótesis.....	89
3.2	Operacionalización de Variables.....	90

CAPÍTULO IV

DISEÑO METODOLÓGICO

4.1	Sujetos.....	99
4.1.1	Unidades de Análisis.....	99
4.1.2	Población Objetivo.....	99
4.1.3	Muestra.....	99
4.2	Instrumentos de la Investigación.....	100
4.3	Diseño Metodológico.....	101

CAPÍTULO V**ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS**

5.1	Resultados.....	105
5.2	Análisis Cuantitativo.....	151
5.3	Análisis Cualitativo.....	156
CONCLUSIONES.....		163
RECOMENDACIONES.....		166
SUPUESTOS RIESGOS.....		170
BIBLIOGRAFÍA.....		171
ANEXOS.....		174
	Cronograma de Actividades.....	Anexo 1
	Instrumentos no Estandarizados.....	Anexo 2
	Instrumentos Estandarizados.....	Anexo 3
	Programa de Intervención.....	Anexo 4
	Recursos Utilizados.....	Anexo 5
	Fotografías.....	Anexo 6

INTRODUCCIÓN

El impacto que genera la enfermedad del VIH en el individuo y en los diferentes ámbitos en los cuales se desenvuelve, adquiere niveles cada vez mayores dentro de la sociedad. Esta pandemia afecta a todas las personas, indistintamente de su etnia, sexo, nivel educativo, religión o clase social que urgen de un abordaje multisectorial.

Esta investigación de carácter Hipotético Deductiva denominada “Discriminación Familiar y Laboral en personas portadoras de VIH de ambos sexos entre 20 y 55 años de edad cronológica del Grupo de Apoyo del Hospital Nacional San Juan de Dios, de la ciudad de Santa Ana”, es presentada a las Autoridades de la Universidad de El Salvador, específicamente a la Facultad Multidisciplinaria de Occidente, Departamento de Ciencias Sociales, Filosofía y Letras, Sección Psicología ; como requisito para optar al título de Licenciadas en Psicología.

En ésta se exponen puntos relevantes acerca de la temática, por lo que el contenido fundamental de la misma se divide en los siguientes capítulos:

El Capítulo I refiere el planteamiento del Problema, donde se escribe la situación problemática o contextualización del problema; de igual forma, los objetivos rectores a seguir, tanto el general como los específicos, los enunciados y los respectivos alcances y límites.

El capítulo II consta del Marco Histórico, el cual refleja datos tales como los orígenes del VIH, las teorías que exponen la transferencia del virus al ser humano, la situación epidemiológica del VIH en El Salvador, entre otros.

Asimismo, el Marco Teórico, en el cual se detallan puntos relevantes como VIH y Discriminación Familiar y Laboral, el impacto psicológico derivado del diagnóstico del portador de VIH, las teorías psicológicas de la personalidad que orientan la valoración del fenómeno de la discriminación, enfoques que iluminaron el desarrollo de la investigación.

Posteriormente se presenta el Capítulo III “Sistema de Hipótesis y Operacionalización de Variables”. En cuanto a la sistematización de Hipótesis ésta consta de una hipótesis general y cinco hipótesis específicas; por otra parte, la operacionalización de variables refleja la incidencia que poseen las variables independientes sobre las dependientes.

Seguidamente se expone el capítulo IV “Sistematización de resultados”, el cual refleja los datos recopilados en el trabajo de campo a través de gráficas; así también se emite el Análisis Cuantitativo en el cual se sometieron a prueba cinco hipótesis específicas mediante el análisis de los datos recopilados a través de la administración de los instrumentos estandarizados y no estandarizados elaborados para indagar la existencia o no de la discriminación familiar y laboral en la población investigada. El Análisis Cualitativo, mismo que es el resultado de confrontar el resultado de confrontar la teoría planteada en el marco teórico y los datos empíricos obtenidos en proceso investigativo. Se presentan además los “Supuestos Riesgos” a los que se sometida toda investigación en el momento donde se entra en contacto con los sujetos en estudio.

Finalmente, se presentan las conclusiones y recomendaciones respectivas dirigidas a instituciones y personas que intervienen directa o indirectamente en el fenómeno investigado. Así también bibliografía y anexos.

Se pretende que esta investigación despierte interés para toda persona que requiera informarse sobre el impacto de esta problemática social.

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 CONTEXTUALIZACIÓN DEL PROBLEMA

Para su desarrollo integral el ser humano requiere del disfrute de una vida digna y de satisfacer sus necesidades básicas como son alimentación, salud, educación, vivienda, agua, electricidad, saneamiento y comunicación. “La distancia entre la cobertura universal de las mismas y las carencias que las personas u hogares presentan de ellas, indica la presencia de brechas que constituyen las necesidades básicas insatisfechas de la población.”¹

Tales necesidades que sólo ciertos sectores de la sociedad las suplen debido a pertenecer a determinada clase o estrato social, refleja la brecha entre ricos y pobres lo cual se va haciendo más grande generando serios problemas psicosociales como la pobreza, el desempleo, la delincuencia, la violencia doméstica y discriminación laboral, entre otros.

Estos son índices a nivel mundial evidenciados en El Salvador “ya que la tasa de desempleo en el ámbito nacional fue de 6.8% para el año 2007.”²

1-EL Salvador por Dentro / Pág.64

2-<http://www.geocities.com/capitol/senate/8569/negt.html>

Dato que conlleva a considerar ambigüedad en la cifra, misma que parece ser poco significativa; sin embargo lo que no se vislumbra con claridad es que “La

población económicamente activa no toma en cuenta los oficios domésticos, la población estudiantil, enfermos, presos y todo aquel impedido de ejercer un trabajo.”³ En este sentido, las personas que realizan trabajos temporales como por ejemplo la zafra, corta de café y trabajos domésticos se convierten en población activa y subempleada.

Además del subempleo que muchas personas padecen en este país hay otro fenómeno importante a investigar como lo es la discriminación familiar y laboral, donde se evidencia discriminación por diferentes razones tales como edad, raza, sexo, por padecer alguna deficiencia física o alguna enfermedad como el VIH. En nuestra sociedad existen diferentes principios rectores como lo es Artículo 2 de la Constitución de la República de El Salvador, el cual reza que “toda persona tiene derecho a la vida, a la integridad física y moral, a la libertad, a la seguridad, al trabajo, a la propiedad y posesión y a ser protegida en la conservación y defensa de los mismos.”⁴ Cabe recalcar que estos principios rectores solamente se plasman en papel, puesto que son violentados en diferentes circunstancias por el estado en general a través de sus instituciones, tanto gubernamentales como privadas y en particular por las personas que las dirigen.

3-El Salvador por Dentro/Pág.52

4-Constitución de la República de El Salvador 1983 y sus reformas 1992

De acuerdo a Minuchin la familia “es el grupo en el cual el individuo desarrolla sentimientos de identidad y de independencia, el primero de ellos fundamentalmente influido por el hecho de pertenecer a diferentes subsistemas intrafamiliares y por su participación con grupos extrafamiliares”⁵, cuando la dinámica en este grupo se vuelve disfuncional puede presentarse la discriminación familiar, ésta puede entenderse como “el acto de distinción o separación en el conjunto de los lazos afectivos y materiales a algún miembro del grupo familiar por motivos de salud u orientación sexual.”⁶

Considerando que el trabajo se convierte en una actividad primordial por medio de la cual se satisfacen además de las necesidades básicas las de carácter social, éste es el “esfuerzo humano físico o intelectual aplicado a la producción u obtención de riqueza. Es además actividad mediante la cual el hombre proyecta a su alrededor un medio humano y sobrepasa lo circunstancial de la vida.”⁷

Según la OIT, la discriminación laboral es cualquier distinción, exclusión o preferencia basada en motivos de raza, sexo, religión, opinión pública, ascendencia nacional u origen social que tenga por efecto anular o alterar la igualdad de oportunidad o de trato en el empleo o la ocupación. La discriminación en el entorno laboral, hoy por hoy, es un acto de violación al derecho de poseer un trabajo digno y como ya se ha mencionado, de potenciar el desarrollo integral del ser humano.

5-bvssida.insp.mx/articulos 4303.pdf

6-Diccionario Porrúa de Lengua Española pág.554

7. Diccionario del Trabajo Social, Ezequiel Ander-Egg Pág. 364

Actualmente, el constituirse en portador de VIH puede ser una de las principales causas de discriminación en las personas infectadas, comprometiendo su desenvolvimiento en diversas áreas como la social, laboral, familiar entre otras.

En relación a los derechos y obligaciones de las personas viviendo con VIH/SIDA, el artículo cinco del capítulo 1 de la Ley y Reglamento de Prevención y Control de la Infección provocada por el VIH, se contempla “el acceder a un puesto de trabajo que no conlleve contactos de riesgo y a no ser despedido de su trabajo o desmejorado en su remuneración, prestaciones o condiciones laborales en razón de su enfermedad”⁸, lo cual no se cumple en el clima laboral de este país ya que se vuelve sumamente complejo acceder o mantener un puesto de trabajo, siendo portador de VIH, ello como efecto de una errónea percepción social basada en el prejuicio y etiquetación, así como la poca información que se posee respecto de la transmisión del VIH.

1.2 ALCANCES Y LIMITES

En la presente investigación se abordó a personas portadoras del Virus de Inmunodeficiencia Humana mejor conocido como VIH; cabe mencionar que en esta investigación no se abordaron a personas diagnosticadas por la enfermedad Terminal de SIDA.

8. Ley y Reglamento de Prevención y Control de la Infección Provocada por el VIH, Artículo 5 del capítulo 1.

Así mismo se realizó el abordaje de personas portadoras de VIH que padecieron discriminación en el ámbito familiar o laboral, ya sea en alguna etapa de búsqueda, de selección o en el empleo mismo, evidenciándose dicha discriminación en las relaciones interpersonales de su grupo familiar y en el plano laboral en la remuneración económica, aislamiento, entre otros.

En este sentido, a nivel práctico significó un valioso aporte el implementar un programa de intervención orientado a fortalecer la identidad, autoestima y los derechos inherentes que los portadores de VIH poseen como personas a través de diversas temáticas tales como autoestima, salud mental, manejo de stress, relaciones familiares y autocuidado.

1.3 JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

De acuerdo a datos proporcionados por el Ministerio de Salud, desde el año de 1984 en que fue descubierto el primer caso de VIH en el país, hasta Agosto de 2008 se tiene un acumulado de 21,300 casos de personas infectadas por el Virus de Inmunodeficiencia Humana, con proyecciones de convertirse en una pandemia nacional, pues según la ONU “en El Salvador existe un 60% de sub registros” debido a que aún no se cuenta con un sistema de vigilancia bien establecido.

No puede ignorarse que esta enorme cantidad de personas infectadas no dejan de ser personas con aspiraciones laborales y necesidades de afecto familiar y si en este sentido tanto el trabajo como la familia son soporte para consolidar estas aspiraciones, esto provocaría un profundo daño no sólo a nivel económico sino también a nivel emocional y social. El hecho de que estas personas sean

rechazadas tanto en su ámbito laboral como familiar no sólo dañaría a la persona sino también a la familia y a la sociedad en conjunto. Es así que se puede determinar que este problema es fundamental investigarlo por su trascendencia a nivel familiar, laboral y social.

El efectuar este estudio fue sumamente importante a nivel teórico debido a que permitió conocer de primera mano la repercusión en la esfera socio afectivo de las personas involucradas, posibilitando así la elaboración de un informe en el cual se detalló información fehaciente sobre el fenómeno de la discriminación.

Por otra parte, a nivel práctico significó un valioso aporte el implementar un Programa de Intervención Psicológica que incidió en la autoestima de esta población.

1.4 ENUNCIADO DEL PROBLEMA

- ¿Constituirá el ser portador de VIH causa de discriminación familiar y laboral en personas portadoras de ambos sexos del Grupo de Apoyo del Hospital Nacional San Juan de Dios de la ciudad de Santa Ana?
- ¿Cómo influye la discriminación familiar y laboral en la esfera psico-afectiva de los portadores/as de VIH de ambos sexos del Grupo de Apoyo del Hospital Nacional San Juan de Dios de la ciudad de Santa Ana?

1.5 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

OBJETIVO GENERAL:

- Conocer el impacto psicológico que ocasiona la discriminación familiar y laboral, en personas portadoras de VIH.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Indagar el tipo de discriminación familiar del que fueron objeto las personas que conforman el Grupo de Apoyo del Hospital San Juan de Dios de Santa Ana.
- Indagar el tipo de discriminación laboral del que fueron objeto las personas que conforman el Grupo de Apoyo del Hospital San Juan de Dios de Santa Ana.
- Investigar si la discriminación familiar y laboral laceró la autoestima de los portadores de VIH.
- Fortalecer la autoestima de las personas portadoras de VIH, a través de la implementación de un programa de intervención.
- Potenciar los conocimientos que permitan el fortalecimiento de la identidad de las personas portadoras de VIH a fin de una optima interacción con los grupos con los cuales socializa.

Esta investigación fue realizada en el Hospital San Juan de Dios de la ciudad de Santa Ana, en el período comprendido del mes de febrero al mes de septiembre del año 2008, teniendo como unidades de análisis a 11 personas de ambos sexos cuyas edades oscilan entre 20 y 55 años, portadoras de VIH.

CAPITULO II

MARCO HISTÓRICO - TEÓRICO

2.1 MARCO HISTÓRICO

2.1.1 ORÍGENES DEL VIH

Es de suma importancia conocer el origen del VIH, trascender del interés académico y llegar al conocimiento exacto para desarrollar óptimamente programas que ayuden a disminuir los medios de contagio y proliferación de dicha infección.

“Según estudios genéticos y aceptado por la comunidad científica se determina que el VIH es descendiente del Agente Viral que afecta a los simios, conocido como Virus de la Inmunodeficiencia del Simio (SIV).

El SIV es frecuente entre los monos de África Central. Al parecer los chimpancés en estado salvaje fueron infectados por dos tipos de SIV muy similares. El primero de ellos afectaba al mono verde que habita en los bosques de Sierra Leona y Ghana y, el segundo a una segunda especie de mono (*cercopithecus nictitans*) que habita en los bosques de Costa Marfil, Liberia, Nigeria y Congo).

Es más que posible que hace cientos de años, los chimpancés que son simios y no monos- se infectaron simultáneamente con estos dos virus al comer y cazar los dos tipos de monos del que se habla anteriormente.

El intercambio genético de estos dos virus en los chimpancés dio lugar a un nuevo tipo de Virus de Inmunodeficiencia que sí era capaz de ser transmitido al ser humano y provocarle una enfermedad mortal.”⁹

El origen del VIH es un tema aún en investigación pues aunque haya cientos de estudios actualmente se trabaja en la indagación que revele exactamente su origen. A continuación se detallan ciertas teorías respecto a la transferencia del paso del virus del mono al hombre.

Estudios matemáticos revelan que el paso del virus del mono al hombre transcurrió entre 1910 y 1950. Existen varias teorías que explican cómo pudo suceder.

- **“TEORIA DEL CAZADOR:** esta teoría explica que para los indígenas de la región central de África, la carne de mono la veían como un alimento más que conseguir mediante la caza. Durante las cacerías era muy frecuente que el animal acorralado pudiera producir heridas, mordiscos o arañazos por donde habría penetrado el virus.

- **TEORIA DE LA VACUNA ORAL DE LA POLIO (VOP).** Teoría controversial que asume que el VIH se transfirió iatrogénicamente (por medio de los experimentos médicos). En su libro *The River*, el periodista Edward Hooper, sugiere que el origen del VIH podría remontarse al momento en que se realizaron las primeras pruebas de una vacuna oral contra la Polio llamada

9. <http://www.origenesdelvih-sida.htm>

Chat, administrada a un millón de personas en el Congo, Belga, Ruanda y Burundi a finales de la década de los 50. Para reproducirse esta vacuna viva de la Polio necesitaba ser cultivada en tejidos vivos, y la creencia de Hooper era de que la Chat se desarrollaba en las células de riñones tomadas de chimpancés locales infectados con el SIV.

TEORIA DE LA AGUJA CONTAMINADA: esta teoría es una extensión de la teoría original del cazador. En los años 50, el uso de las jeringas de plástico desechables se volvió común en el mundo debido a su bajo costo. Es probable que una sola jeringa sin esterilización previa se pudiera haber utilizado para inyectar a muchos pacientes. Esto habría transferido rápidamente cualquier partícula viral de una persona a otra, creando un gran potencial para que el virus matara y se multiplicara en cada individuo hospedero.

- **TEORIA DE LA CONSPIRACION:** encuestas identificaron a un número significativo de afro americanos que creen que el VIH se manufacturó como parte de un programa bélico-biológico diseñado especialmente para atacar a un creciente número de homosexuales y negros.”¹⁰ Los datos sobre dónde y cuándo exactamente se llevó la transferencia del virus del mono al hombre son controversiales y confusos.

10. <http://www.teoriasdelvih.htm>

Es probable que quizá nunca se conozcan datos reales de dicho contagio. En seguida se detalla la proliferación del Virus de Inmunodeficiencia Humana a todo el mundo.

“Los continentes donde la epidemia del VIH ha tenido mayor impacto son: el continente europeo del este y Asia ya que la cifra alcanza a 39.5 millones de infectados, según la última actualización del Informe de la Organización de las Naciones Unidas. En una conferencia, el jefe del Programa Conjunto de Naciones Unidas contra el SIDA y el VIH, UNAIDS, Peter Piot señala que una persona es infectada con el VIH cada 8 segundos en el mundo.”¹¹ cifra que es realmente alarmante, pues manifiesta la rapidez de cómo se está proliferando el VIH, no sólo afectando a países europeos sino también a países del continente americano.

2.1.2 PRIMER CASO DE VIH EN ESTADOS UNIDOS

“El SIDA es la etapa final de la infección por VIH, la cual se detectó por primera vez en junio de 1981 cuando el Centro de Control de Enfermedades en Atlanta USA, anunció su aparición en 5 hombres homosexuales de la ciudad de Los Ángeles.

Estudios previos permitieron identificar casos esporádicos posiblemente relacionados con el síndrome desde 1950, aunque sólo se confirman

11. <http://www.proliferaciondelvih/por/europa.htm>

serológicamente 125 de los reconocidos entre los años de 1977 y 1981; se trata de un procedimiento nuevo, cuyo índice data de 1981 cuya etiología fue descubierta en 1983.”¹²

2.1.3 EL VIH EN LATINOAMÉRICA:

“Mas de 1.7 millones de personas viven con el VIH en América Latina. Brasil alberga más de una tercera parte de las personas que viven con el VIH.

En la Argentina, el VIH sigue concentrándose en las zonas urbanas de las provincias de Buenos Aires, Córdoba y Santa Fe; así se estima que un 65% de las infecciones corresponden a la capital de Buenos Aires y sus áreas circundantes. Respecto a Centroamérica, la epidemia se concentra mayoritariamente en las grandes zonas urbanas, el número de infecciones por VIH ha ido aumentando en los diversos países (incluidos El Salvador, Nicaragua y Panamá) desde finales de los años 1990, aunque la máxima prevalencia del VIH todavía corresponde a Guatemala y Honduras.

El país más afectado es Honduras, donde una prevalencia estimada en adultos es de 2%, significa que 63,000 personas estaban viviendo con el VIH a finales del 2003.

2.1.4 SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DEL VIH EN EL SALVADOR:

El Programa Nacional de Prevención y Control de ITS/VIH/SIDA, del Ministerio de Seguridad Pública y Asistencia Social, ha registrado un total acumulado a Agosto de 2008 de 21,300 casos de personas viviendo con el VIH (+).

De los 21,300 casos acumulados de VIH/SIDA, el grupo más afectado es el de 25 a 34 años con un 35%, seguido por el grupo de 15 a 24 años con el 20%. Desde 1984 el 8% de los casos reportados son niños (as) menores de un año, como resultado de la transmisión vertical del VIH.

Al analizar el número acumulado de casos de VIH/SIDA, el sexo masculino predomina con el 64% del total de casos; sin embargo al observar los datos a lo largo de la evolución de la infección en el país, es clara la tendencia a igualar la incidencia de casos entre mujeres y hombres para el año 2004.

En términos geográficos, el departamento de San Salvador es el más afectado, alcanzando el 57.2% del total de casos notificados, seguido del departamento de Sonsonate con el 6.5%, mientras que la Libertad y Santa Ana con el 6%.”¹³

13- Guía para la consejería previa y posterior a la prueba del VIH/SIDA Pág. 47-48

La cifra de adultos con VIH cada vez se hace más grande, afectando a miles de personas en todo el mundo. Lo anterior puede aumentar la probabilidad de que en las áreas de trabajo haya más solicitantes con VIH, como se plantea a continuación.

2.1.5 DISCRIMINACIÓN LABORAL EN EUROPA:

“El derecho a una vida digna, a poseer salud o mantener un trabajo son necesidades primordiales del hombre y de la sociedad en su conjunto. Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), la creciente injusticia de violar cada una de estas necesidades constituye una cuestión de vida o muerte, ya que personas con discapacidad física, por razones de sexo, origen o salud pagan el alto precio de la desigualdad como consecuencia de una explícita discriminación. Datos crecientes revelan que algunos países industrializados muestran que las diferencias son mayores en las personas infectadas de VIH.”¹⁴

Un estudio de sanidad revela la discriminación que sufren los portadores de VIH en la vida diaria Española.

El acceso a un crédito hipotecario en España es prácticamente imposible para personas portadoras de VIH; hay becas en las que incluyen como requisito la presentación de un certificado de no padecer enfermedades infectocontagiosas; y aún existen empresas que preguntan en el proceso de selección si el candidato es seropositivo.

¹⁴- http://www.ucmh.sid.cu/rhab/rbcm_vol_7_num_1

Estos y otros ejemplos se desprenden del primer estudio sobre la discriminación por ser VIH/SIDA en España, que reveló el rechazo que sufren las personas seropositivas y que ha presentado la ministra de Sanidad, Elena Salgado.

El estudio muestra que aunque no existe discriminación en la legislación Española, sí se ha detectado en reglamentos o protocolos internos de organizaciones o instituciones. Así por ejemplo, La Agencia Española de Cooperación Internacional incluye como requisito la presentación de un certificado de salud de no padecer enfermedades infecto-contagiosas.

En cuanto al ámbito sanitario las situaciones de discriminación se deben más a las personas llevándose a cabo prácticas repetitivas como el aislamiento, la derivación no justificada u otros profesionales, la realización de la prueba sin consentimiento informado o el marcaje especial de la documentación del paciente con VIH.

Respecto al ámbito laboral, existen empresas que preguntan en los formularios o durante las entrevistas de reclutamiento del personal, si el candidato es seropositivo. También se destacan despidos o cambios injustificados en las condiciones del empleado. Además se constata la aplicación errónea del criterio de enfermedad infecto-contagiosa al VIH para restringir el acceso a determinados servicios como balnearios, residencias o pisos tutelados, cuando el VIH no constituye impedimento alguno para el acceso a estos servicios ni riesgo de transmisión a personas.

“También las personas con VIH en España padecen la denegación o restricción de seguros.”¹⁵

Se ha mencionado que tener un tipo de discapacidad, ser de origen diferente o ser portador de VIH, aumenta la probabilidad de ser discriminado y excluido en el mercado laboral. “Tal es el caso de las personas viviendo con VIH/SIDA, el cual es uno de los grupos sociales más afectados por el desempleo. En la actualidad es muy difícil encontrar o mantener un empleo debido a experimentar atropellos o situaciones injustas en el ámbito laboral.

Según estudios realizados en Francia por instituciones encaminadas a velar por los derechos de personas con VIH/SIDA, señala que la influencia de VIH es un factor de riesgo para quedarse sin trabajo y que esta falta de estabilidad laboral afecta a un 40% de la población.”¹⁶

Es así como se advierte la discriminación laboral en personas portadoras de VIH en el continente Europeo; discriminación laboral que afecta a miles de personas, no solo en el continente Europeo sino también en Estados Unidos y Latinoamérica como se detalla a continuación.

2.1.6 DISCRIMINACIÓN LABORAL EN ESTADOS UNIDOS.

La discriminación laboral es un fenómeno social que ha provocado un alto índice de desempleo en Estados Unidos de América, y dicho fenómeno se da

15- <http://www.elpais.com/articulo/sociedad/estudio/sanida/revela>.

16- www.pagina12com.ar/diario/sociedad/subnotas

mas en personas portadoras de VIH. En los últimos años las denuncias por discriminación laboral por VIH a empleados musulmanes han incrementado a un 20%, números que se mantienen desde el 2003 hasta el 2005. Empleados inducidos a procedimientos infundados en el lugar de trabajo o la obligatoriedad, simplemente por considerar al VIH como una enfermedad infecto-contagiosa.

Como se ha descrito, la discriminación se ha desarrollado no sólo en el campo laboral, sino también en uno de los soportes más fundamentales del ser humano como lo es su entorno familiar, el cual se detalla continuación.

2.1.7 DISCRIMINACIÓN FAMILIAR Y LABORAL POR SER PORTADOR DE VIH EN LATINOAMÉRICA.

El ser portador de VIH/SIDA constituye una amenaza para los derechos de los trabajadores/as, sus familias y por ende, para el desarrollo de todos los países.

El hecho que la mayoría de infecciones por VIH se efectúa por vía sexual, conduce a pensar que quienes contraen el virus son personas sexualmente activas, las cuales suelen encontrarse en el apogeo de su productividad tanto social como económica, lo cual representa una amenaza para el rendimiento de la productividad de las empresas, en razón de los efectos negativos y devastadores para la fuerza de trabajo, el comercio y la productividad, entre otros.

Según la OPS “discriminar con el transcurso del tiempo ha adquirido el significado de tomar actitudes activas o pasivas que perjudiquen a personas

que pertenecen o creen pertenecer a un grupo determinado en particular, un grupo estigmatizado.”¹⁷

Respecto al fenómeno de la discriminación en el ámbito laboral se encuentran diferentes documentos que indican que gran parte de las denuncias de discriminación por VIH son las de trabajadores/as que fueron expulsados después de un análisis positivo, al haber revelado su condición de portador en su lugar de trabajo.

En países de América del Sur, como lo es la Argentina “ocho de cada diez personas que conviven con VIH padecieron alguna discriminación laboral”¹⁸ condición que está penada por la OIT, la ONU y que figura también en el Pacto de San José, Costa Rica.

Por otra parte , en República Dominicana hombres y mujeres son sometidos rutinariamente a pruebas de VIH como condición para obtener empleo en dos de sus grandes industrias como lo son el Turismo y la Industria Manufacturera de Exportación en la Zona Franca y aunque la ley prohíbe la administración de pruebas de VIH para acceder al empleo , ésta no se aplica ya que según entrevistas efectuadas por Human Rights Watch muchas de las trabajadoras ni siquiera sabían que la administración de pruebas era ilegal.

¹⁷- GeorginaElustondo.gelustondo.@olarin.com

¹⁸.Ley Contrásida Artículo 6, 1996.

Así también en el Perú, “el despido laboral es nulo cuando la causa es la discriminación por ser portador de VIH /SIDA, esta norma no se cumple, pues la mayoría de personas con VIH/SIDA que trabajan lo hacen sin contrato laboral, en pequeños negocios.”¹⁹

Es sumamente importante diferenciar , que ya sea porque las personas se encuentran muy debilitadas para continuar laborando o incumplen sus labores prefiriendo renunciar como en aquellos casos en los que las personas con VIH aun están en condiciones de trabajar, pero no puedan hacerlo en cualquier actividad porque deben evitar excesivo esfuerzo físico , en ambos casos ya sea que estos sean despedidos o renuncien ,el efecto es el mismo: no tienen trabajo y por lo tanto , pasan a depender del apoyo de sus familias.

Es así que en el ámbito familiar la discriminación se evidencia en diferentes circunstancias, desde el momento mismo en que a la persona le es comunicada su condición de portador y el/ella no lo comunica inicialmente a sus familiares cercanos. Posteriormente “al comunicarlo, suelen ser sus familiares quienes procuran tener el diagnostico en secreto por temor a los vecinos, al que dirán o porque adopten actitudes discriminatorias, vivenciando un fuerte miedo a que los miembros de la comunidad conozcan el estado de sus parientes.”²⁰

¹⁹. VIH/SIDA y discriminación en ICA, Pág. 101

²⁰. **Ibidem**

2.1.8 DISCRIMINACIÓN FAMILIAR Y LABORAL POR SER PORTADOR DE VIH EN CENTROAMÉRICA.

Según LACCASO, Consejo Latinoamericano y del Caribe de ONGs con Servicio en VIH/SIDA, en su Informe de Diagnóstico de la Identificación de Fuentes para la Discriminación y Exclusión Laboral por VIH/SIDA, en Honduras la violación a los derechos humanos en los sitios de trabajo comienza con la violación al derecho de privacidad, intimidad y dignidad personal debido a que desde el comienzo de la epidemia hasta la fecha, como práctica es permitido el solicitar la prueba de VIH a sus trabajadores bien sea a través de la coacción o la persuasión voluntaria con el fin de poder optar al empleo o permanecer en él. Todo lo anterior violenta el derecho de confidencialidad y de intimidad personal que ampara la ley especial de VIH en ese país.

La OIT por su parte señala que la pandemia se ha manifestado en el mundo del trabajo. La prevención y el tratamiento del SIDA son cuestiones complejas que requieren un planteamiento con diálogo multisectorial.

Al revisar el informe de Sistematización Sobre el Impacto de VIH/SIDA en el ámbito laboral en El Salvador efectuado por la Oficina Internacional del Trabajo/2005 se tiene que “No se encontraron datos sobre las ocupaciones de las personas diagnosticadas con VIH. No se dispone de datos relativos a la situación de empleo o desempleo actual de las personas que viven con VIH.”

2.2 MARCO TEÓRICO.

2.2.1 ¿QUÉ ES EL VIH?

Es sabido que los virus exponen a las personas a todo tipo de enfermedades, desde las más comunes como la gripe hasta las más complejas como algunos tipos de cáncer.

Dentro de sus propiedades está la capacidad de infectar a una célula de un organismo y multiplicarse utilizando las células del mismo. “El VIH es un virus muy pequeño, tanto que no se puede ver con un microscopio común; también es muy frágil, es decir que muere si se expone a una temperatura superior a 56⁰ C, así como la lejía y el alcohol a una concentración de 70%. Es un retrovirus, un miembro de la sub familia *Lentiviridae*”.²¹

Actualmente se conoce de la clasificación del VIH1 y el VIH2, ambos se transmiten por las mismas vías y desarrollan la enfermedad del SIDA. Entre sus características se tiene que el VIH2 se transmite más difícilmente y el cuerpo tarda más tiempo en desarrollar el SIDA. Es así que el VIH1 es más expandido en el mundo y el VIH2 es mas frecuente en el área Occidental de África.

En su proceso de reproducción, “el VIH entra en las células T (linfocitos) de nuestro sistema inmunológico en las cuales cambia el código genético para que

²¹. Manual de información básica sobre la prevención del VIH/SIDA Pág. 4

en lugar de defender al organismo produzcan más virus. Así mismo las células T no pueden actuar como “jefe” lo que deja al cuerpo sin protección contra las enfermedades.”²²

2.2.2 ¿QUÉ ES EL SIDA?

“El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida es la fase final y más grave de la enfermedad causada por el VIH que al ser adquirido, ataca y destruye el sistema inmunológico.”²³

Existen múltiples avances en las investigaciones enfocadas en obtener alguna vacuna o medicamento que prevenga o contrarreste la enfermedad del SIDA; sin embargo, en la actualidad no existe vacuna ni cura contra el SIDA, excepto medicamentos que contribuyen a mejorar la calidad de vida de estas personas.

“El significado de SIDA de acuerdo a sus siglas es el siguiente:

S=Síndrome: varios síntomas y signos indefinidos comunes a varias enfermedades.

I=Inmuno: relacionado con el sistema inmunológico del cuerpo, el cual ofrece protección contra microorganismos que causan enfermedades.

D= Deficiencia: falta de respuesta defensora por parte del sistema inmunológico.

A= Adquirida: no congénito. Es decir que es transmitido de una persona a otra, incluso de la madre al bebé.”²⁴

²². Ibidem Pág. 7

²³. Ibidem Pág. 7

²⁴. Ibidem/Pág. 7

Existe una barrera permeable entre estar infectado de VIH y padecer la enfermedad terminal de SIDA , por dicha razón se puede decir que una persona tiene SIDA cuando el VIH ha causado suficiente daño al sistema inmunológico y no ofrece resistencia a infecciones llamadas oportunistas las cuales tienen por objetivo aprovecharse de la debilidad del sistema inmune ante enfermedades tales como: la tuberculosis, las infecciones por hongos, la neumonía, la diarrea , las lesiones en la piel , entre otras, que terminan por causarles la muerte.

2.2.3 ETAPAS DE LA INFECCIÓN POR VIH.

En base a datos obtenidos de la revisión de material bibliográfico del Ministerio de Salud Pública y el Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA, se pueden clasificar cuatro etapas de la infección por VIH las cuales se describen a continuación:

- **“ Etapa de Ventana (de 2 a 12 semanas):**

Se puede decir que a partir de esta etapa la persona está infectada con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), aunque al realizarse una prueba del test de ELISA el resultado de éste sea no reactivo, sin embargo la persona puede transmitir el VIH a otras personas.

- **Etapa Asintomática (de 6 meses a 10 años)**

Las personas en esta fase no presentan ninguna dificultad en su salud, aparentemente son personas sanas que no presentan síntomas de la enfermedad. El tiempo en que una persona se infecta y comienza a manifestar síntomas varía de acuerdo a factores sociales, alimenticios, medicamentos, estilo de vida y características genéticas de cada persona.

- **Etapa Sintomática (Varía de acuerdo al estilo de vida de cada persona).**

En esta etapa las personas comienzan a desarrollar síntomas tales como : inflamación de los ganglios , fatiga, fiebre, calosfríos nocturnos, diarrea crónica y pérdida de peso; así también en esta fase se vuelven más propensos a adquirir infecciones oportunistas como por ejemplo la tuberculosis, dichas infecciones pueden hacer que las personas tengan que dejar de trabajar o que no puedan funcionar normalmente en su diario vivir , aunque aun no reúnan en esta fase criterios para un diagnóstico de SIDA, debido a que los síntomas pueden presentarse en algunas personas a unos pocos meses de haber sido infectados y en otras pueden tardar años en aparecer.

- **Etapa de la enfermedad SIDA.**

Se emite un diagnóstico de SIDA sólo cuando una persona está infectada con el VIH y ha desarrollado una variedad específica de infecciones oportunistas. Solamente los médicos están en la capacidad de diagnosticar la etapa de SIDA.

Es de mucha importancia que todas las personas sexualmente activas tengan en cuenta realizarse chequeos frecuentes mediante pruebas de laboratorio para detectar posible contagio del VIH, es por dicha razón que a continuación se detallan las pruebas que permiten detectar el referido virus.

2.2.4 PRUEBAS DE LABORATORIO PARA DETECTAR EL VIH.

Existen diferentes tipos de pruebas para determinar si una persona está infectada por el VIH, éstas se realizan o permiten detectar anticuerpos contra el virus en sangre, saliva y orina. Según el Manual Metodológico para el Manejo

de Grupos de Apoyo de PVVS, las pruebas que se realizan se clasifican en dos: **Pruebas para el Diagnóstico y Pruebas para el Pronóstico.**

1-PRUEBAS PARA EL DIAGNÓSTICO: la primera que se efectúa se denomina Prueba de Detección Sistemática , si el resultado es negativo, significa que no se han encontrado anticuerpos , pero si la prueba resulta positiva más de una vez , es necesario confirmarla con pruebas especiales como por ejemplo la de Western-Blot , LIA (Inmunoanálisis en línea), así como también por medio de la prueba de Inmunoabsorción Enzimática, mejor conocida como ELISA por sus siglas en inglés (Enzima-Linked Immunosorbent Assay).

2- PRUEBAS PARA EL PRONÓSTICO: para poder emitir el pronóstico se realizan dos pruebas:

“Carga viral”, ésta se realiza para evaluar el estado del sistema inmunológico del portador de VIH y sirve para cuantificar en plasma y en sangre el número de RNA (Acido Ribonucleico), debido a que el VIH usa RNA para multiplicarse.

“Prueba CD4”, evalúa y verifica la cantidad de VIH en la sangre, debido a que varía de una persona a otra y en el mismo individuo en diferentes condiciones; es por esta razón que un estudio de CD4 es menos confiable si es hecho después de una infección, un estado depresivo, estrés psicológico o una pérdida reciente. Dada la carga emocional resultante de conocer el pronóstico positivo de ser portador de esta enfermedad y, teniendo en cuenta el estado de vulnerabilidad tanto física como psicológica en la persona, se vuelve sumamente importante que ésta conozca sobre sus derechos y la confidencialidad que el personal de

salud (médicos, enfermeras, psicólogos, trabajadores sociales, y laboratoristas, ente otros) debe mostrar.

2.2.5 CONFIDENCIALIDAD Y DERECHOS DEL PORTADOR DE VIH.

Como todo ser humano el portador de VIH no está exento de poseer derechos inherentes a su condición, que de alguna manera le protejan de actitudes discriminatorias por parte de las personas mas próximas, en la Guía para la Consejería Previa y Posterior a la Prueba del VIH-SIDA, se refieren los siguientes:

DERECHOS DEL CONSULTANTE:

INFORMACIÓN: tener acceso a toda la información respecto de la prevención, infección y reinfección del VIH, legislación vigente, normas de bioseguridad, situaciones que no presentan riesgo y situaciones que requieren cuidado y tratamiento.

- **OPINIÓN:** acerca de los servicios ofrecidos y el trato recibido.
- **ACCESIBILIDAD:** obtener los servicios independientemente de raza, orientación sexual, credo, estado civil, etc.
- **ELECCIÓN:** del prestador del servicio, lugar de atención, horarios, etc.
- **SEGURIDAD:** recibir un adecuado servicio.
- **PRIVACIDAD:** tener un ambiente privado para recibir la orientación o los servicios.
- **CONFIDENCIALIDAD:** estar seguro que cualquier información personal se mantendrá en reserva.

- **DIGNIDAD:** recibir un trato cordial, considerado y atento.
- **COMODIDAD:** sentirse cómodo respecto a cuándo, cómo y dónde se reciben los servicios.
- **CONTINUIDAD:** recibir servicios y suministros, preservativos, folletería, durante el tiempo que sea necesario.

Es importante además que el personal que se da a la tarea de abordar a los portadores de VIH esté debidamente concientizado y capacitado sobre los derechos de esta población, para que no les revictimicen en razón de su condición. Asimismo, el personal debe considerar el impacto psicológico que el diagnóstico producirá en la persona, el cual probablemente repercutirá no sólo en su psiquismo sino en sus relaciones familiares, laborales y sociales, en general.

2.2.6 IMPACTO PSICOLÓGICO DERIVADO DEL DIAGNÓSTICO DE PORTADOR DE VIH.

La percepción de todo ser humano se pone de manifiesto en sus actividades diarias y actitud ante la vida, día con día interactuamos con otras personas pero nuestro quehacer no es un simple repertorio de respuestas vinculadas con mayor o menor frecuencia a una estimulación: ni siquiera las estimulaciones que recibimos son totalmente conocidas y menos aún previsibles”²⁵; esto es importante comprenderlo ya que la interpretación que cada individuo da ante

²⁵. Acción e Ideología, Ignacio Baró pág. 188

las circunstancias que vive es uno de los puntos en que las características individuales - que no dejan de ser sociales- definen la personalidad del individuo.

Según Ignacio Martín Baró, en su libro *Acción e Ideología* “la misma circunstancia puede llevar a un comportamiento totalmente diferente a una persona según sea su percepción, es decir, según el sentido que atribuya a dicha circunstancia.”²⁶

En el caso que a una persona se le comuniquen el diagnóstico de ser portador de VIH como en el caso de otra enfermedad terminal, el nivel de intensidad con el cual este conocimiento se experimente estará tamizado por factores tales como la estructura de la personalidad del individuo y su historia personal, así como los recursos de los cuales dispone (apoyo familiar, estabilidad laboral, expectativas de vida, ideología, creencias acerca de la eternidad, fin de la vida, entre otras).

“La reacción más frecuente inmediatamente después de conocer el diagnóstico es la de “shock” emocional expresado como un profundo desconcierto y confusión”²⁷ por lo que teniendo en cuenta que los procesos de mediación cognoscitiva y el sentido que cada quien atribuya a cada circunstancia las posteriores reacciones podrán ir del llanto, a actuar impulsivamente, con agresividad o permanecer en silencio mostrándose indiferente.

²⁶- Guía para la consejería previa Martín y posterior a la prueba de VIH/SIDA pág. 59

²⁷-Ibidem Pág. 59

Días, semanas o meses después las personas iniciarán el llamado **“Proceso de Duelo”**, el cual comprende las siguientes fases:

1-“NEGACIÓN: caracterizada como un estado de incredulidad, confusión, ansiedad y desconcierto. Es usual que la persona ponga en duda la validez del diagnóstico y se haga el descarte en otro laboratorio, buscando un resultado diferente; es también expresión de negación, la actitud de quien vive de espaldas al diagnóstico, como si desconociera que es VIH+.”²⁸

2-“RESENTIMIENTO Y CÓLERA: ante una situación que se considera injusta, buscándose responsables y culpables. Las personas pueden reaccionar dirigiendo su hostilidad hacia distintos “blancos”, por ejemplo contra la persona que le transmitió el VIH, o indiferenciadamente contra la “sociedad”, como una reacción de venganza.”²⁹

3-“NEGOCIACIÓN O REGATEO: en esta fase ya hay una aceptación parcial del diagnóstico, pero se busca una cura sobrenatural mágica y en retribución la persona seropositiva promete hacer un cambio significativo en su vida u ofrecer un sacrificio.”³⁰

²⁸. Ibidem /Pág. 59

²⁹. Ibidem /Pág. 59

³⁰. Ibidem /Pág. 59

4-“DEPRESIÓN: la persona suele sentir que todo está perdido y que no se puede hacer nada para solucionar el problema. La depresión se acompaña de sus correlatos de trastornos del sueño, del apetito, dificultad de concentración, etc.”³¹

5-“ACEPTACIÓN: en esta etapa la persona re-elabora sus planes de vida y esquema de valores. Comienza a privilegiar la “calidad” de vida, se compromete a replantear proyectos personales o de bien común. En general, esta es una etapa de desarrollo y enriquecimiento personal.”³²

Las anteriores fases no necesariamente se presentarán en forma secuencial, los periodos de estabilidad emocional o de crisis pueden ser fluctuantes. El comprender la percepción del individuo es fundamental para un abordaje que incida en el psiquismo y las necesidades de éste, así como el conocimiento de los diferentes enfoques teóricos

2.2.7 TEORÍAS DE LA PERSONALIDAD QUE ORIENTAN LA VALORACIÓN DEL FENÓMENO DE LA DISCRIMINACIÓN.

TEORIA HUMANISTA EXISTENCIAL:

La Jerarquía de Necesidades de Abraham Maslow se describe como una pirámide que consta de 5 niveles:

³¹- Ibidem /Pág. 59

³²- Ibidem/pág.60

“A los primeros cuatro niveles se les denomina como “necesidades del déficit” y al nivel superior se le denomina como una “necesidad del ser”³³; la diferencia entre ambas es que mientras las necesidades del déficit pueden ser satisfechas constantemente, las necesidades del ser requieren trascender, es decir, autorrealizarse y esto solamente se puede lograr siempre y cuando se hayan satisfecho las necesidades inferiores en la pirámide.

En base a lo anterior, podemos decir que cada ser humano es un mundo y cada uno busca satisfacer sus propias necesidades, desde las más básicas hasta las de carácter superior en diferentes ámbitos, siendo algunos de los más importantes la familia y el trabajo.

De acuerdo con la estructura ya mencionada, las necesidades identificadas por Maslow son:

- **Necesidades Fisiológicas.**
- **Necesidades de Seguridad**
- **Necesidades Sociales**
- **Necesidades de Reconocimiento**
- **Necesidades de Autorrealización**

Cabe mencionar que en nuestra investigación se retomarán como guía las Necesidades de Seguridad, Sociales y de Autorrealización, las cuales se describen a continuación:

33-Ibidem/Pág. 60

- NECESIDADES DE SEGURIDAD:

“Con su satisfacción se busca la creación de un estado de orden, seguridad y se destaca las necesidades de estabilidad, orden y protección; estas necesidades se relacionan con el temor de individuo a perder el control de su vida y con el miedo a lo desconocido”.³⁴

NECESIDADES SOCIALES:

“Una vez satisfechas las necesidades de seguridad, la motivación se da por las necesidades sociales las cuales están relacionadas con la necesidad de compañía, de comunicarse con otras personas, de establecer amistad, de manifestar y recibir afecto, de pertenecer a un grupo y ser aceptado dentro de éste.”³⁵

. NECESIDADES DE AUTORREALIZACIÓN:

“Estas necesidades vienen a convertirse en el ideal de cada persona y para ello se requiere que el ser humano trascienda, realice su propia obra y desarrolle su talento al máximo.”³⁶

De acuerdo a lo anterior, la oportunidad de lograr la satisfacción de las necesidades depende en gran medida de cada ser humano, sin embargo, no se puede dejar de lado la influencia o apoyo que ejercen los diferentes ámbitos en que se desenvuelve cada individuo para el logro de las mismas.

34- Ibidem/ Pág. 60

35. Ibidem / Pág. 60

36. Ibidem / Pág. 61

Como ejemplo de uno de estos ámbitos se retomará el laboral, cuando se habla de un trabajador que tiene que seguir determinadas reglas, se obstaculiza o no se le permite desarrollar su talento al máximo, este empleado no logra autorrealizarse, debido a la influencia que tienen sus superiores sobre él, ya que se anulan sus necesidades superiores por satisfacer sus necesidades más básicas de supervivencia como lo son la alimentación y un techo donde vivir. Por tanto, si se quiere comprender el recurso humano dentro de una organización es necesario conocer las causas que motivan a una persona a comportarse de una determinada manera en una empresa, porque más allá de ser empleado o trabajador es un ser humano que busca la satisfacción de sus propias necesidades.

Otro ámbito de mucha importancia para el logro de las necesidades es el familiar, debido a que es el primer ente socializador en el cual se crean vínculos de afecto y protección; es por tal razón que se puede decir que las necesidades sociales son cubiertas en primera instancia por la familia, ya que es la institución en que se brinda y se recibe afecto desde temprana edad. Es aquí donde se genera un ambiente de comunicación y seguridad y las personas crecen sintiéndose aceptadas por el grupo; es por esta razón que si las necesidades sociales no han sido satisfechas desde temprana edad, las personas crecen con carencias y difícilmente logran la autorrealización. Por lo tanto, es de vital importancia que las personas establezcan las vías necesarias para fijar sus metas y así lograr un óptimo grado de satisfacción personal, familiar y social. En el siguiente apartado se plantea la Teoría Psicosocial de Erik Erickson para enriquecer el estudio en relación a cómo las personas buscan satisfacer sus necesidades.

TEORIA PSICOSOCIAL DE ERIK ERIKSON

Existen diferentes enfoques que se le pueden atribuir al transcurso de una vida, la percepción de cada momento será algo subjetivo que dependerá de cada ser humano. Qué se viva y cómo se viva dependerá de la fortaleza y personalidad de cada individuo, sumado a las adversidades y situaciones que acontezcan en determinado momento.

“Diversos autores han intentado clasificar la vida tomando en cuenta sus retos y características de cada momento, uno de ellos fue Erik Erikson, quien explica el desarrollo de la persona en ocho etapas, comenzando por la niñez para dar término en la vejez, agregando que dichos pasos o facetas de la vida son experimentadas por cualquier ser humano sin excepción. Cada una de éstas presenta una crisis, un reto y un crecimiento interno cuando se supera.”³⁷

Una vez superada una etapa seguirá una virtud, lo cual influirá en las actitudes del individuo pero si la etapa no es superada la persona tendrá problemas en su crecimiento, maduración y desarrollo personal así como en sus relaciones interpersonales.

Las etapas de la vida que Erik Erikson propone y describe son la evolución psicosocial del ser humano, las que seguidamente se detallan:

“Primera Etapa: Infancia “Confianza Vrs. Desconfianza”, etapa que inicia desde el nacimiento hasta el primer año de vida. El lactante se encuentra con el dilema

³⁷. www.senderoespiritual.com/las-etapas-de-la-vida.

de confiar o desconfiar de la gente que le rodea. El sentido de confianza se desarrolla si las necesidades del lactante se satisfacen sin demasiada frustración. Segunda Etapa: Infancia "Autonomía Vrs. Vergüenza" se da desde el primer año de vida hasta los tres años. El niño consigue una creciente autonomía de acción. Dos formas de enfrentarse a su ámbito se vuelven maneras dominantes de comportamiento: aferrarse a las cosas o desprenderse de ellas.

Tercera Etapa: Edad del Juego "Iniciativa Vrs. Culpa", se presenta entre los tres y cinco años. La necesidad de autonomía cobra una fuerza más vigorosa; se vuelve más coordinada, eficiente, espontánea y dirigida hacia un objetivo. En este periodo, el principal logro de la personalidad es el sentido de iniciativa y fracasar en esta tarea produce culpabilidad.

Cuarta Etapa: Edad Escolar "Laboriosidad Vrs. Inferioridad" se refiere a la niñez media, desde los seis hasta los once años. Es la etapa de prepararse para papeles aceptables en la sociedad, el niño se familiariza con el mundo de las "herramientas" en el hogar y escuela.

Quinta Etapa: Adolescencia "Identidad Vrs. Confusión" alrededor de los doce hasta los veinte años. Etapa en la que la "búsqueda de la identidad" alcanza su punto crítico. La identidad se refiere a una interacción de papeles, un estado emocional placentero y un sentido de estar bien con los demás y consigo mismo.

Sexta Etapa: Adulto Temprano "Intimidad Vrs. Aislamiento" Etapa de la Juventud, abarca de los veinte a los veinticinco años. La mayoría de las personas tienen un anhelo profundo de relacionarse íntimamente con personas del otro sexo.

Séptima Etapa: Adulto Medio “Generatividad Vrs. Estancamiento”, va de los veinticinco hasta los sesenta años, Erickson la menciona como la etapa importante de la vida, la generatividad con el fin de describir la necesidad de un trabajo y afectos sostenidos y productivos. Las personas establecen una profesión, forman una familia y se forjan su reputación favorable en la sociedad.

Octava Etapa: Adulto tardío “Integridad de si mismo/Sabiduría Vrs. Desesperación” etapa que abarca desde los sesenta años hasta la muerte y supone una reflexión en los logros previos obtenidos, cuando el individuo está satisfecho con éstos se da la integridad de si mismo y si no lo está se da la desesperación.”³⁸

Erik Erikson se refiere a etapas que hacen comprender el dinamismo entre los componentes psíquicos y sociales de las personas, etapas vitales para el crecimiento, maduración y desarrollo de todo ser humano, mismos que le ayudan a superar cada una de sus necesidades. En ese sentido, tal y como lo manifiesta en la séptima etapa, es importante retomar que toda persona necesita establecer soportes fundamentales como son el conformar una familia a través de la cual se brinde cobertura a sus necesidades básicas y poseer una posición económicamente estable a través de un trabajo. Es así que si una de estas necesidades no se suple la persona se vuelve propensa a vivenciar problemas emocionales, familiares, de adaptación a los diferentes ámbitos en que se desempeña, entre otros.

Erik Erikson enuncia que lo importante es cómo la persona se enfrenta y acepta la vida, siempre y cuando busque planes y alternativas para su desarrollo.

³⁸. www.senderoespiritual.com/las-etapas-de-la-vida.

Para una comprensión mas amplia de la temática en estudio se vuelve necesario revisar otras concepciones, según se detalla:

MATERIALISMO DIALÉCTICO:

Según Spirking “el Materialismo Dialéctico parte del hecho de que el conocimiento es un reflejo del mundo en la conciencia del hombre, inseparable del cambio del objeto de conocimiento en el curso de la práctica social. La práctica es la base de la formación y desarrollo del conocimiento en todos sus grados, fuente del saber, estímulo fundamental y meta del conocimiento, esfera de aplicación del conocimiento, criterio de verdad de los resultados del proceso de conocimiento y de acuerdo a Lennin determinante de los vínculos del objeto con aquello que el hombre necesita.

A diferencia de la tesis del Materialismo Dialéctico de que la materia es lo primero y la conciencia lo secundario, el Marxismo incluye el reconocimiento del carácter primario del ser social y del carácter secundario de la conciencia social. Por “ser social” el Marxismo entiende el proceso real de la vida de los hombres, el trabajo, el proceso de producción, de los bienes materiales, de las relaciones que se establecen entre ellos en el proceso de producción, etc. Por “conciencia social” se entiende las concepciones políticas, familiares, jurídicas y artísticas, la moral, la ciencia y la religión.”³⁹

Es de suma importancia conocer que la esencia del ser humano no es propiedad individual en particular, la esencia de las personas es en realidad el conjunto de

39- A. G. SPIRKIN, Materialismo dialéctico y lógica dialéctica

relaciones sociales por el mero hecho de su naturaleza de ser social. En sus relaciones con los demás el ser humano establece vínculos con el mundo natural y en ese vínculo el mundo exterior transforma al individuo y éste a la naturaleza a través de la práctica.

En la realidad natural y social media una práctica que es guiada por la conducta consciente de la persona hacia alguna actividad determinada que le permita satisfacer sus necesidades e intereses, ya sean estos familiares, laborales o sociales. Es así como el ser humano transformando su mundo externo simultáneamente se transforma a sí mismo. Desde ese punto de vista, las personas están en constante interacción con su mundo exterior y en esta interacción las personas buscan todos los recursos para subsistir y lo hacen a través de un trabajo. Pero en muchos países del mundo y, muy probablemente en el nuestro, las personas pueden ser víctimas de discriminación laboral sin la más mínima posibilidad de aportar a la transformación de la sociedad salvadoreña, como tampoco de sí mismas.

Para Spirking “el proceso de producción del conocimiento comienza con la sensación y percepción del mundo circundante. El paso del conocimiento sensorial al pensamiento lógico es un salto del conocimiento individual, casual y exterior al conocimiento generalizado de lo sustancial y sometido a las leyes de las formas tangibles del reflejo a aquellas formas que se hallan desprovistas de la sustancia de sensoriedad.”⁴⁰

40- *Ibidem*.

Puede caerse en el error de creer que no es necesaria una filosofía de la vida o una concepción del mundo, pero en la realidad lo que sucede es que no se tiene conciencia expresa de que negando o ignorando nuestra postura ante una determinada circunstancia ya estamos reflejando la filosofía propia.

La gente que vive según el sentido común en realidad piensa siguiendo la ideología dominante, Marx dijo una vez que las ideas dominantes en una sociedad son las de la clase dominante. Para mantener y justificar esta dominación, la clase dominante se sirve de todos los medios a su alcance para evitar que el trabajador sea conciente de su situación. En esto coincide el punto de vista de Abraham Maslow , al referir que la clase dominante ejerce poder sobre el proletariado, anulando sus necesidades superiores por satisfacer sus necesidades más básicas, imposibilitando su autorrealización. Pero, ¿cómo el ser humano para satisfacer sus necesidades e intereses familiares, laborales o sociales produce conocimiento? El producir conocimiento tiene que ver con la imaginación y motivación, estos procesos psíquicos son reflejo del cerebro del hombre. Las ideas y motivaciones se reflejan en su conducta o acciones, y si estas acciones son anuladas, discriminadas o parcializadas por algún sector dominante de la sociedad el ser humano se ve inmerso en una posición desventajosa para su desarrollo integral.

A continuación se enumeran los Tres Principios que orientan la dialéctica existente entre el hombre y su actividad:

1- PRINCIPIO DEL DETERMINISMO:

Significa que “la psiquis es determinada por el modo de vida y cambia al cambiar éste. Si se habla sobre la psiquis del hombre, entonces el origen, las formas y el desarrollo de la conciencia humana se determina en última instancia por las Leyes del Desarrollo del Modo de Producción de los Bienes Materiales Necesarios. Una deducción importantísima de este principio materialista universal sobre el condicionamiento de la conciencia humana por el modo de vida fue la comprensión del carácter socio histórico de la conciencia humana.”⁴¹ Esto es claramente constatable tomando en cuenta el impacto que crea en la persona el diagnóstico de ser portador de VIH, todos los ajustes que las personas se ven obligadas a realizar en los diferentes contextos en los cuales se desenvuelven siendo los de mayor relevancia la familia y el trabajo, diagnóstico mismo que incide en su psiquismo provocándole a la persona portadora de VIH cambios en su forma de ver el mundo, en su percepción, pensamientos y sentimientos.

Esto tiene además relación intrínseca con el comportamiento de los grupos en los cuales las personas se desenvuelven, los cuales pueden crear severos desequilibrios en la personalidad de los individuos al ser rechazados en su comunidad, trabajo y, principalmente si fuera el caso de que ni aún la misma familia les brinde apoyo y comprenda la situación por la cual atraviesan.

41- Psicología General de Petrovski Pag. 47.

PRINCIPIO DE LA UNIDAD DE LA CONCIENCIA Y LA ACTIVIDAD:

Significa que “la conciencia y la actividad no están contrapuestas la una con la otra, pero tampoco son idénticas sino que forman una unidad. La conciencia forma el plan interno de la actividad, su programa y precisamente en ella se forman los modelos dinámicos de la realidad con ayuda de los cuales el hombre se orienta en el medio circundante.”⁴²

Como sabemos, el trabajo es una actividad fundamental para el desarrollo del ser humano, es a través de él y del rol que cada individuo desempeña que se conformará el reflejo bajo el cual la persona define sus aspiraciones o estilo de vida, lo cual estará en estrecha consonancia con las necesidades de seguridad que ven en el trabajo un medio por el cual satisfacerla.

Según Martín Baró, “es a través del trabajo como el individuo va objetivando su ser plasmándolo en realizaciones, éxitos y en fracasos que le llevarán no sólo a las alegrías y tristezas más importantes de su día tras día, sino sobre todo, a la satisfacción o insatisfacción consigo mismo, a su realización o a su frustración existencial.”⁴³

En función de lo anterior puede entreverse que los planes que orienta la actividad del trabajador pueden venirse abajo ante actitudes de carácter discriminatorio del que pueden ser objeto las personas en razón de su condición de portadores de VIH, ya sea a través de un trato excluyente o conmiseratorio,

42. Psicología General de Petrovski, Pág. 148.

43- Acción e Ideología, Ignacio Martín Baró. Pág. 185.

afectando así la autoestima y el autoconcepto que las personas poseen de si mismas.

3. PRINCIPIO DEL DESARROLLO DE LA PSIQUIS DE LA CONCIENCIA EN LA ACTIVIDAD:

Referido a que “la psiquis puede ser comprendida correctamente y explicada de una manera adecuada sólo si se le analiza como producto del desarrollo y resultado de la actividad.

La comprensión dialéctica materialista del desarrollo psíquico establece la dependencia que tiene éste con respecto a la actividad laboral, educativa y el juego.”⁴⁴ Esto tiene estrecha relación en torno a la actitud de las personas que padecen discriminación en relación de su condición de portador de VIH y los recursos que posee para afrontar la percepción que tenga la sociedad ya que, no es lo mismo la reacción que va a presentar una persona con vasto conocimiento cultural a la que posee otra con escasos conocimientos sobre la enfermedad y sus derechos, la cual se vuelve más vulnerable debido a la fragmentación que se presenta en los grupos sociales mas inmediatos como lo son la familia, el trabajo , el grupo de amigos y la persona misma, lo cual puede conllevar a su vez a una fragmentación de la personalidad del individuo y a diferentes grados de enajenación. Se vuelve entonces necesario abordar en forma más específica el proceso de la percepción, respecto del cual se encuentran diversas definiciones que giran en torno a éste, Ignacio Martín Baró en su libro Acción e Ideología refiere que una de las más aceptadas es la de “ser el proceso por el

44- Acción e Ideología, Ignacio Martín Baró, Pág. 189

que se captan estímulos y se interpreta su significación o sentido”⁴⁵

Al respecto es importante comprender que el ser humano al poner de manifiesto este proceso cognoscitivo “no es un procesador pasivo o mecánico de información; por el contrario, la persona desempeña un papel activo y determinante en la configuración perceptiva de aquello que capta”³². Lo anterior implícitamente induce al análisis del aspecto social que influye en la percepción que puede ser personal y/o grupal, de la cual se puede ser o no conciente. Ello puede comprenderse en el estigma relacionado con el VIH/SIDA, mismo que es basado en concepciones negativas anteriores, en tanto que suele ser vinculado con la homosexualidad y la promiscuidad, “los hombres infectados son señalados como homosexuales, bisexuales o clientes de prostitutas. Las mujeres son percibidas como profesionales del sexo.”⁴⁶

En el rechazo que la sociedad muestra ante el portador de VIH/SIDA, se distinguen dos clases de atributo: Estigma Percibido y Estigma Efectivo o Experimentado. El primero se refiere a que las personas esconden su diagnóstico, ocultando su condición a fin de evitar la discriminación y evitar las posibles reacciones ante su enfermedad, mientras que el segundo “viene a ser la discriminación que sufre la persona; es la vivencia real.”⁴⁷

En el intento de comprender las razones por medio de las cuales el portador de VIH, se percibe y es marginado por la sociedad debe considerarse que

45- Ibidem/Pág. 189

46- VIH y Discriminación en Ica Pág. 32

47- Ibidem Pág. 32

“los comportamientos de la persona no son casuales sino que encuentran su explicación adecuada en las ideas, en los afectos o en las ideas y afectos que cada cual tiene respecto a los objetos significativos de su vida.”⁴⁸

Nos encontramos entonces con que en el fenómeno de la discriminación en los diferentes contextos en que el portador de VIH se desenvuelve se entreteje todo un conflicto de relaciones desiguales de poder, en este caso basadas en el género y en la orientación sexual en tanto que “la tendencia mundial conduce al aumento de casos de mujeres infectadas, especialmente en los lugares en donde las relaciones heterosexuales constituyen la principal vía de transmisión del VIH. El principal factor de riesgo para que las mujeres sean contagiadas es el comportamiento de riesgo de sus parejas masculinas, el cual por lo general es mantenido oculto. Las mujeres se enteran de este proceder cuando ya han contraído la infección.”⁴⁹

Por otra parte, sabemos la importancia de identificarnos y pertenecer a un grupo en particular, las mismas clases sociales han procurado esto, y es así que las personas buscan a otras para la satisfacción de una necesidad para sí mismo y para todas las que la conforman; es así, que agruparnos es condición indispensable para poder vivir. La diversidad de grupos humanos que existen nos remiten a algo mas básico, “formamos grupos porque no nos bastamos a nosotros mismos individualmente, tenemos necesidades que sólo podemos satisfacer en grupos. En otras palabras somos seres sociales.”⁵⁰

48- Acción e Ideología Ignacio Martín Baró Pág.196

49- VIH y Discriminación en Ica, Pág. 35

50- Definición y Clasificación de Grupos, Pág. 83

Como seres sociales que somos, establecemos diferentes relaciones entre unos y otros, conformándose en esa interacción nuestra personalidad. Estas relaciones se pueden dividir así:

1) “Las relaciones primarias se entienden aquí, como aquellos vínculos humanos que se producen al interior de los grupos primarios y que tienen un carácter personalizante”⁵¹ Es por ello que sus relaciones interpersonales son muy estrechas y afectivas y cuyas relaciones están en dinámica comunicación y escucha de unos miembros con otros, en síntesis: “los miembros de un grupo primario mantienen entre sí relaciones estrechas y afectivas, se dan cariño, tienen contacto físico, se apoyan en caso de necesidad, mantienen una comunicación personal y frecuente, hablan sobre sus problemas y sus satisfacciones, se alegran si alguno de sus miembros ha tenido éxito y se entristecen si ha sucedido una desgracia”⁵², en definitiva los miembros que conforman el grupo primario son únicamente aquellos en los cuales existen lazos afectivos estrechos con las características anteriormente mencionadas y, desde la forma más compleja e importante son las “unidades sociales que conforman la identidad y la personalidad de sus miembros, que los definen ante los otros grupos y ante la sociedad misma”⁵³, de aquí que la familia es un vivo ejemplo de esta relación y si esto no se logra y hay fallas, son productores de problemas futuros entre los miembros del grupo, desde problemas cuyas soluciones son difíciles y que luego pasan a incontrollables o fuera de la moral social (delincuencia, prostitución ,drogadicción, entre otros).

51- Acción e Ideología, Ignacio Martín Baró, Pág. 196

52- Definición y Clasificación de Grupos, Pág. 85

53- Ibidem pag. 85

Como se ha detallado anteriormente las relaciones primarias están estrechamente vinculadas con la familia y es por dicha razón que ésta juega un papel importante al momento en que a una persona se le diagnostica su condición de portador de VIH; ya que influirá en el la reacción que la familia tenga en razón de su enfermedad siendo dicha reacción positiva o negativa; si la respuesta es positiva , el portador de VIH podría tener mayor posibilidad de ajustarse emocional, social y económicamente ante el cambio que generare su condición, por el contrario si la respuesta es negativa puede producir en el portador desajustes en los diversos ámbitos en los cuales se desenvuelve, como lo son el trabajo, su grupo de amigos e incluso la misma familia ,creando en él incertidumbre, miedo hasta el punto de optar por aislarse de la sociedad.

2) Las relaciones funcionales, “donde la satisfacción de las necesidades en sociedad exigen un orden en el cual las personas se diferencian laboralmente a fin de que cada una atienda los múltiples aspectos y exigencias de la vida humana: la alimentación o el vestido, la educación, el entretenimiento o el cultivo espiritual.”⁵⁴

Este orden que exige las diferencias entre unos y otros, está en función del papel que cada persona debe realizar según la posición social y laboral que posea. Por consiguiente dentro de este tipo de relaciones está en juego la satisfacción de necesidades de carácter social, es por dicha razón que el trabajo es de mucha importancia para el logro de éstas; ya que es por medio de él, que las personas satisfacen además de las necesidades sociales, las necesidades primarias.

54- Acción e Ideología, Ignacio Martín Baró, Pág. 75

Es en este sentido que las personas portadoras de VIH se ven atemorizadas ante la inminente actitud que podrían tomar sus compañeros de trabajo ante su condición de portador , yendo éstas desde el posible rechazo , marginación, etiquetación hasta la discriminación de la cual podrían ser objeto; por esta razón muchos portadores se ven obligados a renunciar de sus trabajos por el temor al que dirá la sociedad, lo cual conlleva muchas veces al aislamiento, inadecuada autoestima, irritabilidad , entre otros, generando en las personas seropositivas efectos dañinos en su salud imposibilitando de la misma forma la satisfacción de sus necesidades.

3) Las relaciones estructurales, “si es cierto que la satisfacción de las necesidades humanas en la sociedad requiere un orden en el cual las personas se diferencien laboralmente, también es cierto que en el proceso de satisfacción de las necesidades se produce otro tipo de diferencias sociales. Sin duda, la más importante es aquella que separa a quienes se apropian los medios fundamentales de los que dependen la satisfacción de las necesidades, de quienes no poseen más que su inteligencia y sus manos para lograr su subsistencia. Esta división tan crucial es la que genera dos grandes grupos o clases sociales, la burguesía y el proletariado.”⁵⁵ Es en este sentido que las clases sociales en las relaciones estructurales hoy en día están presentes en toda nación , así esta división de clases incluye o excluye a personas de la sociedad ubicándoles en diferentes sectores por la forma laboral que llevan a cabo, lo cual pone de manifiesto la diferencia que genera el pertenecer a una determinada clase social ; ya que no sería lo mismo que se le diagnosticara VIH a una persona

55- Ibidem/Pág. 75

preparada académicamente , la cual ocupe un puesto gerencial o de alto mando dentro de una empresa o por el contrario fuera diagnosticado con la infección un empleado común al cual se le podría atribuir su enfermedad a la ignorancia, promiscuidad y malas compañías que posea, viéndose afectada su seguridad económica debido al posible despido que sufriría al conocer su diagnóstico, lo cual también afectaría los diferentes ámbitos en los que se desenvuelve, siendo de vital importancia el grupo familiar puesto que es de éste que el portador de VIH espera tener apoyo para sentirse seguro al afrontar su enfermedad y mas aún cuando no tenga empleo.

2.2.8 VIH Y DISCRIMINACION FAMILIAR.

➤ LA FAMILIA COMO UNIDAD FUNDAMENTAL DE LA SOCIEDAD.

El ambiente familiar se convierte en un medio que influye de alguna manera sobre el individuo, ya sea inhibiendo o favoreciendo su desarrollo, cosa que se ha ido observando con el transcurso del tiempo.

La familia es una organización social tan antigua como la propia humanidad y, debido al movimiento histórico, ha experimentado cambios que le han permitido ajustarse a las exigencias de la sociedad.

Con el paso del tiempo y debido a su evolución, el grupo familiar ha sido conceptualizado de diferentes formas, como por ejemplo:

La Organización Mundial de la Salud señala que por “familia se entiende a los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio”⁵⁶

Por otra parte el Diccionario de la Lengua Española señala que por familia se entiende “al grupo de personas que viven juntas bajo la autoridad de una de ellas. Número de criados de uno, aunque no vivan dentro de su casa, conjunto de ascendientes, descendientes, colaterales y afines de un linaje.”⁵⁷ En esta definición se observa una cierta jerarquización y distribución del poder dentro del seno familiar.

Por su lado Bottomore señala que “la familia es una asociación que se caracteriza por una relación sexual lo suficientemente duradera para la procreación y crianza de hijos.”⁵⁸ Murdock agrega que “las relaciones sexuales que se efectúan entre los cónyuges son socialmente aceptables.”⁵⁹

Desde el punto de vista de algunos estudios del comportamiento humano la vida aparece como una experiencia compartida: en consecuencia el individuo no puede vivir solo o aislado de sus semejantes, pues quienes lo intentan están designados a desintegrarse como seres humanos.

57- Ibidem/Pág. 15

58- Ibidem / Pág. 15

59- Ibidem / Pág. 16

Ackerman, al referirse a la familia, la define como “la unidad básica del desarrollo, experiencia de relación y fracaso; es también la unidad básica de la enfermedad y salud.”⁶⁰

Minuchin la define como “el grupo en el cual el individuo desarrolla sentimientos de identidad y de independencia, el primero de ellos fundamentalmente influido por hecho de pertenecer a diferentes subsistemas intrafamiliares y por su participación con grupos extrafamiliares.”⁶¹. Es de esta manera que la familia posee un carácter institucional, primero porque establece las reglas que gobiernan o rigen las relaciones entre sus miembros y el segundo por el hecho de pertenecer a un estatus social con funciones y derechos.

“La psico sociología por su lado estudia a la familia desde dos puntos de vista , el primero de ellos lo denomina “ Macrosociológico” , estudia a la familia como referencia de la sociedad y, el segundo, lo denomina “ Microsociológico” que en términos generales se refiere básicamente a los hábitos y costumbres del seno familiar del mismo grupo social.”⁶²

Dos puntos de análisis en los cuales se advierten la dinámica existente en la familia. En el primero se observa como la sociedad se perpetúa dentro de la familia enseñando a sus miembros las pautas comportamentales o culturales, guiándoles sobre cómo ellos deben actuar, qué normas y reglas seguir, y así le dice a sus miembros el tipo de relaciones que deben seguir dentro de su estructura, es decir sus hábitos y costumbres.

60- Ibidem

61- bvssida.insp.mx/articulos.pdf

62-Ibidem

El seno familiar se da a la tarea de resolver problemas tanto externos como internos que pueden estarle afectando. Enfrentarse a solucionar tanto necesidades materiales como espirituales. Es así como sus miembros van creando niveles de solución para satisfacer sus necesidades físicas, emocionales o espirituales. A continuación se describe cómo la familia juega un papel determinante en el apoyo psicosocial de la persona portadora de VIH.

VIH Y FUNCIONES FAMILIARES.

Los seres humanos nos enfrentamos a diversas crisis, es decir, las personas no estamos exentas a sufrir diferentes tipos de dificultades ya sean estas económicas, emocionales o de salud. Como es el caso de enfrentarnos a alguna enfermedad crónica como una diabetes o una hipertensión arterial. Si una enfermedad no tan grave puede provocar que la persona que la padece y su familia entren en crisis, con más razón lo podrá ser el conocer que un miembro de la familia padece una enfermedad terminal y el ejemplo mas claro es el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), en donde el ajuste familiar es de vital importancia para el portador.

“Lastimosamente esta infección ha puesto al descubierto la fragilidad del sistema familiar sin importar la condición social, económica, o cultural que se posea; fragilidad que tiene repercusiones biológicas, sociales, económicas, psicológicas y familiares.

El efecto de un diagnóstico como el de VIH, se refleja en todo el sistema familiar que repercute y afecta a toda la estructura y ésta a la vez afecta y repercute al paciente.

Debido a que cada una de las partes de un sistema están relacionadas de tal modo con las otras es que un cambio en una de ellas, provoca un cambio en todas las demás y en el sistema total.”⁶³

Lo que significa que la familia es un todo en el cual si una de sus partes es disfuncional las otras lo serán debido a la interacción dinámica de esas partes. Es decir lo que le sucede a uno de los miembros de la familia afectará directamente a los otros y viceversa.

“La enfermedad y el sufrimiento que ocasiona en un primer plano en la vida del portador de VIH y muchas veces en su familia. La primera reacción del individuo al enterarse que es seropositivo es de temor e incertidumbre respecto a la reacción de la familia, la primera reacción es el sentimiento de pérdida o amenaza a su miembro, es la mayor crisis que tiene que afrontar la familia .

Ante la crisis, si el sistema tiene suficientes recursos, reaccionará con un buen ajuste tanto emocional como económico, si no los posee se verá en una dificultad total que podría acabar con su estructura.

La familia influye en la salud y la enfermedad de cada uno de sus miembros. (Ackerman), si su reacción es positiva seguirá funcionando adecuadamente y brindándole el apoyo psicosocial que el portado de VIH requiere, por otro lado si su reacción es negativa le producirá emociones y sentimientos desajustados a la persona seropositiva.

63- Ibidem

Por lo general la familia comparte el proceso de la infección, cuando el paciente pasa de la etapa asintomática a la sintomática, y es en este momento cuando la familia le sabrá dar apoyo psicosocial al portador.

Erik Erikson afirma que la familia tiene la función mas importante en el desarrollo psicosocial de las personas”⁶⁴ Pero lastimosamente pertenecemos a una cultura del silencio , en la que se nos ha enseñado a callar para evitar mayores conflictos, de forma que tendemos hacia la aceptación pasiva de lo que consideramos inadecuado, a delegar en otros la búsqueda e implementación de soluciones , a mantenernos en la intolerancia frente a formas de comportamiento diferentes, de modo que la persona viviendo con el VIH sufre diferentes formas de rechazo , discriminación , marginación, e incapacidad de apoyo de su propia familia en ese momento vivencial.

VIDA SOCIAL DEL PORTADOR DE VIH.

A nadie escapa la repercusión que posee el VIH/SIDA, no sólo por las consecuencias sobre las personas que la padecen, sino por la marginación que determinados grupos sociales otorgan a éstas.

“Los seropositivos no sólo tienen que soportar el sufrimiento interno, sino también sufren la etiquetación, rechazo y discriminación. La vida del portador gira en torno al miedo a ser discriminado, señalado o aislado por los demás.”⁶⁵

64- www.ONUSIDA.social.com

65- Ibidem

La persona en muchos casos se percibe como un “bicho raro”, “persona de mal vivir” o quien ha perdido todos sus derechos ante sus iguales.

Según ONUSIDA “la discriminación tiene devastadoras consecuencias no sólo psicológicas sino también familiares, laborales y sociales en la persona portadora de VIH, pues a través de la marginación y estigma se le va formando otra identidad al seropositivo”⁶⁶, la persona infectada se va percibiendo de forma diferente, se va apartando por si misma de su vida “funcional” perdiendo inconscientemente sus derechos y deberes dentro de la sociedad. Derechos como darle continuidad a su vida civil, profesional, sexual y afectiva.

Los portadores de VIH al enfrentarse a la situación de discriminación social asumen un papel de desadaptación en el afrontamiento de su infección en diferentes ámbitos de su vida diaria, tal es el caso de quienes optan por dejar de salir con su grupo de amigos porque perciben síntomas referidos a fatiga y temen que se agrave su enfermedad. Otras en cambio, de acuerdo a los diferentes niveles de conciencia manifiestan procurar mayor responsabilidad en sus relaciones sexuales por temor a contagiar a otros; sin embargo hay quienes no cambian su estilo de vida y continúan con prácticas perjudiciales bebiendo frecuentemente y teniendo sexo con cualquiera, considerando que al momento de haber sido él/ella infectado/a con el virus la otra persona no le informó de su padecimiento.

66- www.elportadordevih/sida/actitudfrentealaenfermedad.com

Por ello, Velasco y Sinibaldi afirman que “cuando las personas seropositivas no se adaptan a su condición, no asumen su rol como enfermo no le confieren importancia a sus propias conductas.”⁶⁷

Cabe recalcar que el factor de desadaptación o adaptación ante su situación dependerá de su personalidad, estilo de afrontamiento y resolución de conflicto en la persona portadora.

EFFECTOS PSICOLÓGICOS EN LA IDENTIDAD PERSONAL Y AUTOCONCEPTO DEL PORTADOR DE VIH.

En este apartado se describen las emociones, sentimientos y actitudes que la persona portadora de VIH manifiesta al conocer su diagnóstico. Se puede apreciar que los sentimientos que se advierten en estas personas son un reflejo de la fase de crisis que están atravesando debido al impacto que esta tiene.

Fase Inicial “Los efectos psicológicos en la fase inicial son en cierto sentido naturales pues la principal reacción es el miedo, miedo a la infección y al rechazo. Miedo a transmitir el virus a la pareja estable o a las potenciales parejas. Esto le causa al portador inhibición en sus relaciones interpersonales, también experimenta miedo y rechazo objetivo y subjetivo de sus seres mas próximos lo cual en ocasiones evita o se aísla de ellos. Experimenta sentimientos de culpa y fracaso, culpabilización por las conductas causantes de la infección”⁶⁸

67- Ibidem

68- Ibidem

En razón de lo aquí expuesto, es posible comprender que las necesidades de seguridad se ven quebrantadas ya que el individuo pierde el sentido de estabilidad, el control de su vida y percibe miedo a lo desconocido.

Fase Intermedia “el miedo prevalece y provoca respuestas de ansiedad y depresión. También hay efectos adversos asociados a los tratamientos: disonancias cognitivas frente a la ambigüedad de la situación.”⁶⁹ Se sabe que los fármacos sirven para controlar la evolución del virus pero, en contrapartida producen efectos que comprometen la calidad de vida de la persona. Por tal situación en el portador surgen estados de hastío, pérdida de motivación que puede repercutir en aspectos vitales tales como su alimentación, alteraciones del sueño, estados depresivos y en ocasiones en el cumplimiento de la terapia antiretroviral.

Fase Terminal “prevalece el miedo a la muerte, el avance de la infección inevitablemente conducirá a la enfermedad cuando no ha podido ser paleado por los tratamientos disponibles. Esto provoca en la persona un estado de indefensión, aflorando sentimientos encontrados como ira, hostilidad, ansiedad, negación de la realidad.”⁷⁰

Cabe recalcar que las personas portadoras de VIH experimentan síntomas de ansiedad y depresión como alteraciones del estado de ánimo frecuentes “la persona portadora de VIH vive en estados de ansiedad, se encuentra en hipervigilancia constante, sobrevalora los estímulos físicos y percibe amenazas continuas, lo que le incapacita para desarrollar un adecuado ajuste.

70- Alteraciones Psicológicas en el Paciente de VIH, L.Canoves Martínez, Pág. 5

Asume erróneamente su incapacidad de control e incrementa la demanda de ayuda de los profesionales.”⁷¹

Por otro lado, los portadores de VIH suelen entrar en cuadros depresivos al considerarse indefensos ante la situación. Su patrón de respuestas les hace aislarse de sus recursos. Son hostiles a sus allegados por su actitud defensiva, tienden a rehuir a toda información que necesiten poseer para el desarrollo de estrategias de afrontamiento. Perciben incontrolabilidad de la situación e indefensión frente a la amenaza pero al contrario del estado ansioso su patrón de respuesta es aislarse de sus recursos habituales (médicos, medicación y autocuidado)”⁷²

Además de los efectos psicológicos más comunes en los portadores de VIH éste debe enfrentarse con diversas situaciones que contribuyen a aumentar su malestar emocional. Prieto y Penasa (1998) describen las siguientes:

- 1- “el VIH es una enfermedad traumática, dolorosa y con expectativas muy escasas de curación.
- 2- El deterioro progresivo de la imagen corporal resulta muy ansiógeno, lo cual incide negativamente en la autoestima y autoimagen de la persona.
- 3- Un futuro incierto. Hay pérdida de la motivación para las expectativas del futuro previas a la infección, con el consecuente estancamiento en muchas áreas del desarrollo personal.
- 4- El rechazo de la sociedad. Generalmente ligado a la desaprobación de determinados hábitos en relación con las vías de transmisión.

71- Ibidem/Pág. 6

72- Ibidem/Pág. 6

5- Problemas en la actividad sexual dejándole insatisfacción por los sentimientos de ansiedad y culpa”⁷³

Sumado a toda esta carga emocional con la cual debe lidiar la persona infectada se tiene que debe enfrentarse a la discriminación en el lugar de trabajo, ello se tendrá oportunidad de referirlo en el numeral siguiente.

2.2.9 VIH Y DISCRIMINACIÓN LABORAL

VIH Y POLÍTICAS ORGANIZACIONALES

Como todos sabemos, en una organización no sólo son importantes las metas u objetivos que se pretenden cumplir sino también lo son las políticas que se implementarán en ella y, si se hace de la mejor forma será un gran paso para que se logren los beneficios buscados tanto en los empleados como en la organización. Es por esta razón que dentro de una empresa las políticas organizacionales “son una orientación administrativa para impedir que los trabajadores realicen labores que no están definidas en su contrato; además sirve para que las organizaciones alcancen los objetivos trazados tanto empresariales como individuales.”⁷⁴ Cabe mencionar que toda organización se diferencia una de la otra por las políticas que cada una adopta en el quehacer empresarial, según su filosofía y necesidades.

73- Alteraciones Emocionales, Variables de personalidad y Estrategias, Sarazuba, Pág. 25

74- www.gestiopolis.com/canales/derrhh/articulos/n8/politiquerias.html

Es por ello que existen ciertos aspectos que se deben tomar en cuenta al implementar políticas organizacionales en base al recurso humano que se quiere administrar, a continuación se detallan algunos pasos a tomar en cuenta.

POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DE RECURSO HUMANO:

Dicha política determina “adonde se reclutará el personal, cómo y en qué condiciones reclutar”⁷⁵ Esto se refiere a que el personal puede ser reclutado de manera interna con el mismo recurso que labora dentro de ella o, de manera externa ofertando la plaza al público en general, esto a la vez permite a los empleados aplicar a un nuevo cargo por el desempeño de su labor así como también por sus actitudes intelectuales o físicas, esto como un incentivo por parte de la organización.

No obstante, al tener el empleador conciencia de que la persona es portadora de VIH puede darse el caso que no vea al empleado de forma objetiva, tratándole en forma diferente que a los demás empleados, pudiendo relegarlo a otras funciones de menor responsabilidad o donde probablemente tenga menos contacto con otras personas, así también en otras circunstancias presionarle subliminalmente a que tome la decisión de renunciar y, con ello, a que no haga uso de sus derechos como trabajador.

75- Ibidem

POLÍTICA DE APLICACIÓN DE RECURSO HUMANO:

Dentro de ella “se determinan los requisitos básicos de la fuerza de trabajo, además se define la calidad del personal mediante evaluaciones del desempeño en el trabajo realizado.”⁷⁶ Lo expuesto anteriormente se refiere a que para el buen desempeño de las labores diarias todo trabajador debe reunir diferentes aptitudes dependiendo del área en que desempeñe su trabajo puesto que sobre esta base se evalúa la eficacia y eficiencia por parte de los superiores de la empresa hacia los empleados.

Esto tiene como fin crear nuevas posibilidades de ascender dentro de la empresa. En el supuesto que la anterior política se vea vulnerada por el patrono, implícitamente esta se vería afectada, pues de por medio estaría prevaleciendo el prejuicio ante el portador de VIH, obviando en él sus aptitudes en razón de su enfermedad.

POLÍTICA DE MANTENIMIENTO DEL RECURSO HUMANO:

Está referida “al estudio de los criterios de remuneración de los empleados, teniendo en cuenta previa evaluación realizada en el mercado laboral, a su vez deben estudiar los planes de remuneración indirecta (seguro de vida y programas de beneficencia)”.⁷⁷

Es muy importante que en toda organización exista una justa remuneración económica que vaya acorde al trabajo que desempeña el recurso humano dentro de ella.

76. Ibidem

77- Ibidem

Esto se realiza con el fin de mantener al personal motivado y de esta manera se posibilita la creación de un ambiente óptimo, es decir, que exista un buen clima organizacional para mejorar el rendimiento y producción de la empresa.

En el caso de que el patrono no este consciente e informado de las vías de transmisión del virus podría negar al empleado la oportunidad de disfrutar de los beneficios que la empresa otorga a la totalidad de trabajadores, imposibilitando la concesión de préstamos, seguros de vida y hasta impedimento en que participe de actividades recreativas (excursiones a balnearios u otros lugares de esparcimiento).

POLÍTICA DE DESARROLLO DE RECURSO HUMANO:

Dentro de ella “se definen los criterios de higiene y seguridad, así como también se define la preparación, rotación y evaluación del personal para ser ubicados en puestos de mayor jerarquía.”⁷⁸ Mediante la aplicación de dicha política la empresa busca brindar a los empleados las condiciones físicas y ambientales favorables para el buen desarrollo de las labores dentro de sus áreas de trabajo, al mismo tiempo, con las evaluaciones periódicas de la hoja de vida y el desempeño que posea el empleado, la empresa busca brindarles mayor posibilidad de ascender de puesto dentro de la misma organización preparándolos para estos cargos por medio de capacitaciones, seminarios, rotación de puestos, con el fin que demuestren sus habilidades y aptitudes para optar a otro cargo; sin embargo, aquí juega un papel muy importante la disciplina, el trabajo y el comportamiento que muestren los empleados al realizar sus labores.

78- Ibidem

Estos mismos criterios de “higiene y seguridad” podrían incidir en que los jefes o administradores de las empresas opten por no querer “arriesgar” a todo su personal a contagiarse con el virus en razón de estar en contacto con el portador, anulándose por completo la posibilidad de que la persona ascienda de puesto, obviando que la persona ponga de manifiesto sus habilidades personales.

POLÍTICA DE CONTROL DE RECURSOS HUMANOS:

Esta política “determina como mantener una base de datos actualizados del personal que labora en la empresa y de la producción que se genera, por medio de análisis cuantitativos y cualitativos de la fuerza de trabajo”⁷⁹ Con la aplicación de esta política se busca mantener un buen manejo y conocimiento del personal que labora en la empresa con el fin de determinar las aptitudes idóneas que posea la persona para desarrollar su trabajo, dicha base de datos es de mucha importancia ya que al quedar una vacante dentro de la empresa buscan cubrirla con personal interno. Por otra parte, con el análisis cuantitativo y cualitativo la empresa busca valorar el nivel de producción y desempeño que se obtiene con el recurso de la misma. Podría entonces darse el caso que en aras de mantener actualizada la base de datos del personal se violente el derecho a la confidencialidad del portador de VIH.

VIH Y CLIMA ORGANIZACIONAL

En nuestra sociedad, el proceso de producción se da en las organizaciones y es a través de la mano trabajadora de los hombres, por lo tanto en la sociedad el

⁷⁹- Ibidem

hombre pasa la mayor parte de su tiempo en las empresas de las que depende para vivir, aprender, curar sus males y así obtener todos los productos y bienes que necesita.

Justamente, “el trato que debe haber para las personas dentro de una organización debe ser en función de sus sentimientos, necesidades y sin perjudicar los antecedentes sociales personales. Debe haber oportunidad para la participación y el reconocimiento de la actitud de los empleados”⁸⁰ significa que en el ámbito laboral es ideal que las relaciones de los jefes con los subalternos sean en un plano equitativo, fomentándose así el esfuerzo y la libertad de cada uno; por consiguiente, debería propiciarse un clima democrático en el que se admita la participación activa de cada trabajador. En el caso de la persona seropositiva que trabaja en una empresa podrían verse anulados todos estos derechos debido a una posible discriminación y estigmatización del mismo.

Dentro del Clima Organizacional existen 4 tipos de sistemas que describen los roles que tanto el empleador como el empleado debe desempeñar:

CLIMA AUTORITARIO:

“**Sistema I autoritario explotador**, se caracteriza porque la dirección no posee confianza en sus empleados, el clima que se percibe es de temor, la interacción entre los superiores y subordinados es casi nula y las decisiones son tomadas únicamente por los jefes.

80- Ibidem

El sistema II autoritario paternalista, se caracteriza porque existe confianza entre la dirección y sus subordinados, se utilizan recompensas y castigos, fuentes de motivación para los trabajadores, los supervisores manejan mecanismos de control. En este clima la dirección juega con las necesidades sociales de los empleados; sin embargo, da la impresión de que se trabaja en un ambiente estable y estructurado.”⁸¹En este sistema se vislumbra claras relaciones desiguales de poder, los trabajadores suelen ser manipulados sin darse ellos cuenta de que lo están siendo. Sobre esta base, los empleados portadores de VIH podrían percibirse atemorizados ante una decisión drástica de la cúpula empresarial en tanto que difícilmente serían escuchados al exponer sus necesidades referidas a visitas frecuentes al médico o Grupos de Apoyo.

CLIMA PARTICIPATIVO:

“**Sistema III, consultivo,** se caracteriza por la confianza que tienen los superiores en sus subordinados, les es permitido a los empleados tomar decisiones específicas, se busca satisfacer necesidades de estima, existe interacción entre ambas partes, existe la delegación. Esta atmósfera está definida por el dinamismo y la administración funcional en base a objetivos por alcanzar.

El sistema IV, participación en grupo, existe la plena confianza en los empleados por parte de la dirección y toma de decisiones, persigue la integración de todos los niveles, la comunicación fluye de forma vertical-horizontal - ascendente - descendente. Como el punto de motivación es la participación, se trabaja en función de objetivos por rendimiento, las relaciones

81- Administración y Control de Empresas, Earth P. Strog, Pág. 108

de trabajo (supervisor - supervisado) se basan en la amistad, las responsabilidades compartidas. El funcionamiento de este sistema es el equipo de trabajo como el mejor medio para alcanzar los objetivos a través de la participación estratégica.”⁸²

Los sistemas I y II corresponden a un clima cerrado, donde existe una estructura rígida por lo que el clima es desfavorable; por otro lado los sistemas III y IV corresponden a un clima abierto con una estructura flexible creando un clima favorable dentro de la organización. En el ambiente laboral “la relación dinámica funcional se rige por satisfacer las necesidades de los trabajadores”⁸³

Lo anterior recalca la importancia que le da el ser humano a su estado laboral pues es a través de él que satisface sus necesidades vitales, por tal motivo Gordon Lippitt, de la George Washington University cataloga las necesidades de la siguiente manera:

- Metas Creativas y de Crecimiento.
- El autodesarrollo.
- La Aceptación y Relaciones Sociales.
- La Seguridad económica y Material.
- Necesidades Físicas.

Justamente, la persona posee necesidades innatas las cuales se denominan de subsistencia, seguidamente las personas buscan trascender tanto emocional como materialmente y es por eso que buscan satisfacer las necesidades

82-www.psicologiaorganizacional/esencial.html

83- Ibidem

económicas y materiales a través de algún tipo de actividad remunerada. En tal sentido y por medio de su actividad laboral la persona busca seguridad económica y cierto grado de realización personal mediante el cual obtenga el ingreso que le sirva para sobrevivir y para gozar de una vida digna.

VIH Y LAS NORMAS APLICADAS EN EL LUGAR DE TRABAJO

Con el ánimo de proteger los derechos de las personas que adolecen de la infección de VIH y otras enfermedades crónicas, en diversos lugares de trabajo sostienen como política el respetar algunas normas, considerando que este es un proceso dinámico.

Así pues, las normas sobre el VIH/SIDA en el lugar de trabajo deberían ser:

- “ Comunicadas a todos los interesados;
- Revisadas permanentemente a la luz de los datos científicos más recientes;
- Supervisadas para que se apliquen con éxito;
- Evaluadas para comprobar su eficacia.

A continuación se recomiendan algunos puntos con miras a cómo actuar en el lugar de trabajo a propósito del VIH/SIDA:

- **Las pruebas médicas:** Como la infección por el VIH no afecta en sí misma a la capacidad de un trabajador que desempeña un puesto de trabajo, y una persona infectada no puede transmitir la infección a sus colegas mediante contactos casuales, las pruebas médicas durante el empleo o antes de la contratación para verificar la existencia del VIH son **innecesarias y no deben ser obligatorias**. (Por pruebas médicas nos referimos en este caso a un método directo, como la toma de muestras de sangre, o bien a un método indirecto, como preguntar al

solicitante de un empleo si tiene un comportamiento de riesgo o pedirle pruebas de sangre anteriores en las que se haya comprobado si estaba infectado o no por el VIH.)

- **Confidencialidad:** Como todas las informaciones médicas, la información acerca de si alguien está infectado por el VIH o tiene SIDA debe ser confidencial. Repetimos una vez más que no hay riesgo de que un colega infecte a otro a menos que se mantengan relaciones sexuales o se compartan agujas con él.

- **Informar a los empleadores:** Un trabajador no debe tener la obligación de informar al empleador acerca de si tiene o no VIH/SIDA. Normalmente, una persona infectada por el VIH no constituye un riesgo para otras en el lugar de trabajo.

- **Disposiciones especiales o asignaciones de empleo:** Como la infección por el VIH no limita la capacidad de una persona de trabajar **no es necesario modificar las disposiciones en materia de empleo**. Ahora bien, si un trabajador queda incapacitado parcialmente por una enfermedad relacionada con el VIH, se deben tomar disposiciones alternativas razonables sobre su empleo para ayudarle a conservarlo. En el caso ideal, esas disposiciones deberían consistir en: horario laboral flexible, compartir el puesto de trabajo, aumentar el número de las pausas y trabajar desde el hogar si el empleado lo desea y su empleo lo permite.

- **La continuación de las relaciones laborales:** La infección por el VIH no es motivo para rescindir un contrato de trabajo. Las personas aquejadas de enfermedades relacionadas con el VIH deben poder trabajar mientras sean médicamente aptas para desempeñar un trabajo existente y apropiado a su estado.

- **Prestaciones:** Los trabajadores infectados por el VIH deben recibir la remuneración y las prestaciones habituales por el trabajo que desempeñen, comprendida la seguridad social y las prestaciones de seguro social.
- **Instrucción:** Como la información y la instrucción son vitales para combatir el SIDA, los trabajadores y sus familias deben tener acceso a información y programas de formación gratuitos sobre el VIH y el SIDA. También deben tener acceso al adecuado asesoramiento y a que se les remita a otros tipos de asistencia y formación acerca del VIH y el SIDA.
- **Protección de los trabajadores:** Los trabajadores infectados por el VIH, o que se cree que están infectados por el VIH, deben estar protegidos frente a toda discriminación de sus colegas, sindicatos o empleadores. La información y la formación son esenciales para ayudar a evitar prejuicios contra los trabajadores infectados por el VIH. No hay motivo para tener miedo de las personas infectadas por VIH o que tienen SIDA. Necesitan ayuda para soportar los problemas físicos y psicológicos a que se deben enfrentar.
- **Normas a aplicar en el lugar de trabajo:** Los empleadores deben consultar a los trabajadores acerca de la elaboración y aplicación de normas relativas al VIH y al SIDA.
- **Primeros auxilios:** En cualquier situación que exija prestar primeros auxilios en el lugar de trabajo, hay que tomar precauciones para disminuir el riesgo de transmitir infecciones por la sangre, comprendida la hepatitis B. Estas precauciones habituales serán asimismo eficaces contra la infección por el VIH.
- **Formación:** Los empleadores y los sindicatos deben establecer conjuntamente programas iniciales y periódicos de formación para los trabajadores que desempeñan trabajos que habitual u ocasionalmente hacen que corran riesgo de estar expuestos a materiales infectados por el VIH.

- **Aplicar las leyes:** Ante los trabajadores que padecen esas enfermedades crónicas, el empleador debe seguir todas las leyes aplicables y todas las disposiciones pertinentes del convenio colectivo.”⁸⁴

Al respecto, es posible comprender que existen ciertos avances en torno al abordaje de este fenómeno, mas no en nuestras latitudes en tanto que la mayoría de empresas en este país se rigen por un Clima Organizacional Autoritario, en el cual las jefaturas no se ocupan a cabalidad de las necesidades reales de sus empleados, menos aún por este grupo en particular, en donde la comunicación suele ser vertical, el clima que se percibe es de temor y la interacción entre superiores y subordinados es casi nula.

VIH Y EL PROCESO DE SELECCION DE PERSONAL.

Con el fin de superar limitaciones o necesidades las personas buscan los medios para suplirlo y esto es a través del trabajo. Optar por un puesto de trabajo en alguna organización puede ser tarea difícil y mas aún si se es portador de VIH.

Un dicho popular afirma que la selección es la elección del individuo. En un sentido mas amplio la selección del personal es “escoger los Candidatos reclutados adecuados para ocupar los cargos existentes en la empresa, manteniendo o aumentando la eficacia y el desarrollo de esta misma. La selección del personal busca solucionar dos problemas fundamentales uno la adecuación del hombre al cargo y la otra la eficacia de este en el cargo”⁸⁵ por lo tanto se procede a dicho proceso debido a que si todos los hombres fueran iguales y no reunieran las mismas condiciones para aprender y trabajar éste no sería necesario pero hay una gama enorme de diferencia individuales y físicas

84- <http://www.gerenciaderecursoshumanos/informeauditoria.html>

85- Selección del Personal y Subsistema de Provisión de Recurso Humano.

(estatura, peso, sexo, constitución, fuerza, agudeza visual y auditiva) y psicológicas (temperamento, carácter, actitud y capacidad intelectual) diferencias que llevan a que las personas se comporten y se perciban de manera diferente.

Es por tal motivo que una vez obtenida la información requerida de la persona se procede a la administración de las técnicas de selección, las cuales son:

- **“Entrevistas de selección** dirigidas, es el factor que más influye en la aceptación o rechazo del candidato al empleo.
- **Pruebas de conocimiento o capacidad**, acá se evalúan los conocimientos y habilidades adquiridos mediante el estudio, la práctica y el ejercicio.
- **Pruebas psicométricas**, se aplican para apreciar el desarrollo mental, las actitudes, habilidades y conocimientos de la persona.
- **Pruebas de personalidad**, se administran para analizar los diversos rasgos de personalidad en el aspirante.
- **Técnicas de simulación**, dirigidas a evaluar el trato individual y aislado al trato grupal dentro de la organización. Evalúa las relaciones interpersonales de los empleados.”⁸⁶

Por lo tanto la selección del personal es un proceso compuesto y en general se le administran al candidato varias pruebas para verificar si está apto o no para la vacante. No obstante al aspirante portador de VIH podría ser anulado del proceso de selección sin importar sus aptitudes físicas ni intelectuales por el hecho de vérselo como un ente “peligroso” o fuente de retransmisión.

86- Ibidem, Pág. 230

2.2.10 VIH E INDICADORES DE DISCRIMINACIÓN POR GÉNERO/NIVEL EDUCATIVO/RELACIONES INTERPERSONALES.

Las formas en que se manifiesta la discriminación por ser portador de VIH retoman diferentes matices y contextos. La situación de género permite entrever una mayor vulnerabilidad de la mujer ante esta enfermedad en los aspectos biológico, epidemiológico, social y cultural pero, ¿qué es género? según Lamas se ha definido como la construcción social de la diferencia entre los sexos.

En torno a la vulnerabilidad, esta noción proviene del área de los derechos humanos “originalmente designaba a grupos o individuos fragilizados jurídica o políticamente en la promoción, protección o garantía de sus derechos de ciudadanía, pero aplicada al campo del SIDA amplía el horizonte de los estudios, acciones y políticas dirigidas a controlar la epidemia, ya que supera la noción de riesgo individual para acceder a una nueva comprensión de vulnerabilidad social”.⁸⁷ Esta distinción es importante ya que “mientras el riesgo apunta hacia una probabilidad y evoca una condición individual, la vulnerabilidad es un indicador de inequidad y desigualdad social y exige respuestas en el ámbito de la estructura social y la política.”⁸⁸ Lo anterior recalca que esta problemática debe ser abordada desde una concepción social, pues muchas de las vulnerabilidades y diferencias para hombres y mujeres son consecuencia del proceso por el cual la sociedad dicta diferentes pautas de comportamiento a cada género. Una revisión a la vulnerabilidad de las mujeres comprende:

87-Izasola, Hastrold, avancesenlacomprensióndevih/sida

88- Ibidem

“Para el caso de la vulnerabilidad biológica se ha comprobado que en las relaciones heterosexuales la mujer es de 2 a 4 veces más vulnerable a la infección por el VIH que el hombre, porque la zona de exposición al virus durante la relación sexual es de mayor superficie en la mujer, porque la carga viral es mayor en el semen que en los fluidos vaginales y, porque las infecciones de transmisión sexual (ITS) (k.o.-factores de infección por el VIH) son más frecuentemente asintomáticas y no tratadas en la mujer que en el hombre, lo que debilita la mucosa vaginal permitiendo la entrada del virus, más aún en las adolescentes, cuyo aparato genital todavía está inmaduro.

Epidemiológicamente los patrones de formación de pareja vigentes en la gran mayoría de las sociedades llevan a que mujeres más jóvenes mantengan relaciones sexuales y establezcan pareja con hombres de mayor edad, lo que hace que dichas mujeres estén en un riesgo mayor de infectarse por el VIH y demás ITS, debido a que practican sexo desprotegido con hombres de una franja de edad en la que son más elevados los niveles de prevalencia del VIH e ITS. Por otro lado, las mujeres suelen necesitar más transfusiones sanguíneas que los hombres.

En cuanto a la vulnerabilidad social, las mujeres del tercer mundo siguen teniendo menor acceso a la educación y al trabajo asalariado, lo que las vuelve más dependientes de los hombres y con escasas posibilidades de acceder a información y a servicios adecuados de salud. Es importante notar que la cuestión central aquí es que “los dos géneros son tratados desigualmente en términos políticos, culturales y socioeconómicos, lo que puede observarse tanto

en el ámbito de las parejas y familias, como de la sociedad o de las culturas nacionales o supranacionales.”⁸⁹

Es importante entonces clarificar el concepto de poder al considerar que la mujer se encuentra en una situación de mayor vulnerabilidad que el hombre ante la infección de VIH, la comprensión del filósofo francés Michel Foucault amplió la concepción del fenómeno del poder al establecer una distinción entre el poder encarnado en estructuras (el estado, la iglesia, etc.,) y el poder como normas disciplinarias que operan a través de representaciones, actitudes y discursos institucionales. Foucault señala que estos discursos construyen sujetos, pero que el poder no se localiza en un lugar específico. El resultado es entonces un cuadro en donde el poder está disperso en forma desigual a lo largo de la red social y cultural, configurando campos de fuerzas inestables.

Al hablar de estructuras de poder nos encontramos con la de sexo-género y, como todo sistema de clasificación y jerarquización social supone un conjunto de procesos a partir de los cuales ciertas condiciones sociales adquieren un carácter opresivo, convirtiendo al orden simbólico en subordinación, no obstante, en virtud del consentimiento y la legitimidad el poder suele implicar, la mayor parte del tiempo la subordinación no es vivida como tal por los sujetos dominados, encontrándonos ante el fenómeno de detentación voluntaria e ignorante, en donde como Bourdieu señala “las formas de dominación pueden ser sutiles e incluso consentidas y aceptadas por los sujetos dominados como algo que está en la naturaleza de las cosas, constituyendo una “violencia

89- Bastos, S presentación al seminario: Violencia Estructural, Desigualdad Social Frente a HIV/aids, Rio de Janeiro, Abril 2000.

simbólica”, invisible para sus propias víctimas, que se ejerce, en último término a través de las vías del sentimiento.”⁹⁰

Para comprender la subordinación femenina-dominación masculina es importante tener a la base la asignación de roles de género, como es el caso de ubicar a las mujeres en la esfera de lo doméstico y la reproducción y a los hombres en la de la producción y de lo público. El ideal sexual femenino tradicional espera en la mayoría de sociedades comportamientos y actitudes que garanticen el control de reproducción, virginidad antes del matrimonio, muchas veces confundida con inocencia y ésta con ignorancia de las cuestiones sexuales, pasividad , no reconocimiento o expresión del deseo sexual, obligación de complacer a la pareja mas allá de su propio deseo o voluntad, fidelidad sexual a la pareja y orientación a la procreación como principal motivo para ejercer la sexualidad. Por otra parte, el ideal de la masculinidad implica que el hombre ante todo debe ser activo, tener múltiples conquistas sexuales, no necesita saber sobre sexo porque lo sabe todo, tiene un impulso incontrolable que debe satisfacer de inmediato, asimismo ser fuerte y arriesgado, en otras palabras, invulnerable.

90- Bourdieu, La Dominación Masculina. Barcelona: Anagrama, 2000

CAPITULO III.

SISTEMA DE HIPÓTESIS Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.

SISTEMATIZACIÓN DE HIPÓTESIS.

HIPÓTESIS GENERAL:

Cuanto más sea la discriminación familiar y laboral en personas portadoras de VIH, mayores serán los efectos nocivos psicosociales que éstos padezcan.

HIPÓTESIS ESPECÍFICAS:

- ✓ Hipótesis específica 1: La discriminación que los miembros de la familia ejercen sobre el portador de VIH produce en él/ella baja autoestima.
- ✓ Hipótesis Específica 2: La discriminación laboral hacia personas portadoras de VIH produce en ellas sentimientos de baja autoestima.
- ✓ Hipótesis Específica 3: La información sobre la evolución de la infección del VIH que el portador posea produce en él/ella mayor ajuste emocional a su nueva condición.
- ✓ Hipótesis Específica 4: Los familiares del Portador de VIH aunque estén informados sobre dicha enfermedad no le brindan al familiar el apoyo psicosocial necesario.

- ✓ Hipótesis Específica 5: La discriminación que los miembros de la familia ejercen sobre el portador de VIH produce en él/ella síntomas de depresión y ansiedad.

3.2 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variables de la Hipótesis General.

Variable Independiente: Discriminación familiar y laboral.

Definición teórica:

Discriminación familiar: Acción de distinción o separación en el conjunto de los lazos afectivos y materiales a algún miembro del núcleo familiar por motivos de salud u orientación sexual.

Discriminación laboral: Es el trato de distinción, exclusión y preferencia basada en motivos de raza, sexo, religión, capacidades especiales y saludables y que tenga por efecto anular o alterar la igualdad de oportunidad o de trato en el empleo.

Definición operacional: El instrumento que se utilizó fue una Guía de Entrevista a través de los siguientes indicadores:

Relación socioafectiva del portador de VIH en los subsistemas conyugal, parental y fraternal, en manifestaciones tales como:

- Negación.
- Indiferencia.
- Aislamiento.

- Recriminación.
- Humillación.
- Carencia de apoyo económico.
- Golpes.

Relación laboral entre el empleador y portador de VIH, mediante:

- Niveles de comprensión.
- Flexibilidad en la asignación de tareas y horarios.
- Existencia de contrato laboral.
- Condiciones de trabajo.
- Despidos.
- Relegación de puestos de trabajo.

Variable dependiente: Los efectos psicosociales que los portadores de VIH padecen.

Definición teórica: Reacciones cognitivas, emotivas y sociales que el individuo experimenta como resultado de alguna situación o estímulo.

Definición operacional: el instrumento que se utilizó fue una Guía de Entrevista a través de los indicadores:

- Mala comunicación.
- Carencia de demostraciones afectivas.
- Asignación de categorías despectivas (apodos, sobrenombres)
- Nulo apoyo material: alimentación, vestuario, vivienda, medicina.

Variables de la Hipótesis Específica 1.

Variable Independiente: La discriminación que los miembros de la familia ejercen sobre el portador de VIH.

Definición teórica: Acción de distinción o separación en el conjunto de los lazos afectivos y materiales a algún miembro del núcleo familiar por motivos de salud u orientación sexual.

Definición operacional: el instrumento que se utilizó fue una Guía de Entrevista, a través de los siguientes indicadores:

- Negación.
- Indiferencia.
- Aislamiento.
- Recriminación.
- Humillación.
- Carencia de apoyo económico.
- Desesperanza.
- Golpes.

Variable dependiente: produce en los portadores de VIH sentimientos de baja autoestima.

Definición teórica:

Baja autoestima: Manifestación de la persona de permanente insatisfacción, falta de seguridad en las propias fuerzas.

Definición operacional: El instrumento que se utilizó fue una Escala de Autoestima, a través de los siguientes indicadores:

- Insignificancia.
- Aislamiento.
- Desconfianza.
- Inseguridad.
- Confusión

Variables de la Hipótesis Específica 2.

Variable Independiente: Discriminación laboral hacia personas portadoras de VIH.

Definición teórica: Es el trato de distinción, exclusión y preferencia basada en motivos de raza, sexo, religión, capacidades especiales y saludables y que tenga por efecto anular o alterar la igualdad de oportunidad o de trato en el empleo.

Definición Operacional: El instrumento que se utilizó fue una Guía de Entrevista a través de los siguientes indicadores:

- Niveles de comprensión.
- Flexibilidad en la asignación de tareas y horarios.
- Existencia de contrato laboral.
- Condiciones de trabajo.
- Despidos.

- Relegación de Puestos de Trabajo.

Variable Dependiente: Produce en los portadores de VIH sentimientos de baja autoestima.

Definición teórica:

Baja autoestima: Manifestación de la persona de permanente insatisfacción, falta de seguridad en las propias fuerzas.

Definición operacional: El instrumento que se utilizó fue una Escala de Autoestima, a través de los siguientes indicadores:

- Insignificancia.
- Aislamiento.
- Desconfianza.
- Inseguridad.
- Confusión.

Variables de la Hipótesis Específica 3.

Variable Independiente: La información sobre la evolución de la enfermedad del portador de VIH.

Definición Teórica: Conocimiento que el portador de VIH posee sobre la transformación progresiva de su infección.

Definición Operacional: El instrumento que se utilizó fue una Guía de Entrevista y se le preguntó al portador si la información fue obtenida a través de:

- Revistas.
- Internet.
- Programas radiales.
- Jornadas informativas.
- Periódicos.
- Consulta médica.

Variable Dependiente: mayor ajuste emocional a su condición.

Definición Teórica: Procesos psicológicos que son más efectivos y ajustados a la capacidad de la persona.

Definición Operacional: El instrumento que se utilizó fue una Guía de Entrevista a través de los siguientes indicadores:

- Aceptación a su condición de salud.
- Adherencia al tratamiento.
- Readaptación en la práctica de su sexualidad.
- Percepción que las personas poseen respecto a él/ella.

Variables de la Hipótesis Específica 4.

Variable Independiente: Los familiares del Portador de VIH aunque informados de la enfermedad.

Definición Teórica: Es el conocimiento que la familia del portador de VIH posee sobre el desarrollo de la infección del VIH.

Definición Operacional: El instrumento que se utilizó fue una Guía de Entrevista y se le preguntó a los familiares del portador si la información fue obtenida a través de:

- Revistas médicas.
- Internet.
- Programas radiales.
- Jornadas informativas.
- Periódicos.
- Consulta médica.
- Seguimiento al tratamiento que el portador reciba.

Variable Dependiente: No brindan al familiar el apoyo psicosocial.

Definición Teórica: Disminución de la comprensión y ayuda psicoafectiva y en lo que concierne a la cooperación en las relaciones mutuas de los miembros de la familia.

Definición Operacional: El instrumento que se utilizó fue una Guía de Entrevista, indagando en las relaciones familiares de pareja, parentales y fraternales, a través de los siguientes indicadores:

- Mala comunicación.
- Carencias de manifestaciones afectivas (abrazos, besos, caricias, etc.).
- Carencia de aporte económico para suplir necesidades básicas (alimentación. Vivienda, vestuario, medicamentos)

Variables de la Hipótesis Específica 5.

Variable Independiente: La discriminación que los miembros de la familia ejercen sobre el portador.

Definición Teórica:

Discriminación familiar: Acción de distinción o separación en el conjunto de los lazos afectivos y materiales a algún miembro del núcleo familiar por motivos de salud u orientación sexual.

Definición Operacional: El instrumento que se utilizó fue una Guía de Entrevista a través de los indicadores:

- Negación.
- Indiferencia.
- Aislamiento.
- Recriminación.
- Humillación.
- Carencia de apoyo económico.
- Desesperanza.
- Golpes.

Variable Dependiente: produce en él/ella síntomas de depresión y ansiedad.

Definición Teórica:

Depresión: Síndrome caracterizado por una tristeza profunda y por la inhibición de las funciones psíquicas, a veces con trastornos neurovegetativos.

Ansiedad: Estado de agitación, inquietud o zozobra del ánimo. Angustia que suele acompañar a muchas enfermedades, en particular a ciertas neurosis, y que no permite sosiego a los enfermos.

Definición Operacional: El instrumento que se utilizó fue una Guía de Entrevista a través de los indicadores:

- Experimenta tristeza y llanto debido al trato que le da su familia respecto a su condición de salud.
- Siente disminución en su energía.
- Se siente agotado e irritado.
- Ha tenido ideas suicidas por la actitud discriminante de su familiar.

CAPITULO IV DISEÑO METODOLÓGICO

4.1 SUJETOS

4.1.1 UNIDADES DE ANÁLISIS:

- Hombres y mujeres entre 20 y 55 años de edad cronológica, portadores de VIH que reciben atención psicológica en el Hospital Nacional San Juan de Dios de la ciudad de Santa Ana.
- Familiar/es del portador de VIH del Grupo de Apoyo “Deseos de Vivir”.

4.1.2 POBLACIÓN OBJETIVO:

- La constituyeron los portadores de VIH de ambos sexos entre las edades de 20 a 55 años, siendo ellos 8 hombres y 3 mujeres.

4.1.3. MUESTRA:

- Dado que la población fue pequeña, la misma población se convirtió en muestra.

4.2. INSTRUMENTOS DE LA INVESTIGACIÓN.

- Para llevar a cabo esta investigación se utilizaron los siguientes instrumentos psicológicos:

A) ENTREVISTAS.

Entrevista N° 1: Entrevista Semi estructurada cuyo objetivo fue indagar si la persona portadora de VIH ha sido objeto de discriminación por parte de alguno de los miembros de su grupo familiar.

Número de ítems: 12

Entrevista N° 2: Entrevista Semi estructurada cuyo objetivo fue indagar si algún miembro de la familia del portador de VIH ejerce discriminación sobre éste en razón de su condición de salud.

Número de ítems: 17

Entrevista N° 3: Entrevista Semi estructurada cuyo objetivo fue indagar si la persona portadora de VIH ha sido objeto de discriminación laboral por parte de jefes y/o compañeros de trabajo.

Número de ítems: 16

Entrevista N° 4: Entrevista Semi estructurada cuyo objetivo fue indagar el nivel de conocimiento que la persona portadora de VIH posee respecto a su autoestima.

Número de ítems: 22

Entrevista N° 5: Entrevista Semi estructurada cuyo objetivo fue indagar en el portador de VIH síntomas de depresión a causa de discriminación familiar.

Número de ítems: 10

B) GUÍA DE OBSERVACIÓN

Se utilizó una Guía de Observación cuyo objetivo fue observar el comportamiento de los participantes del Grupo de Apoyo “Deseos de Vivir”, que permitiera identificar niveles de autoestima en ellos.

C) INSTRUMENTOS ESTANDARIZADOS

- a. Escala de Hamilton para la ansiedad, N° de ítems:15
- b. Inventario de Depresión de Beck, N° de ítems;21
- c. Escala de Autoestima de Rosenberg, N° de ítems:10

D) PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA

El programa de intervención se realizó con el objetivo de fortalecer la autoestima de los portadores del Grupo de Apoyo.

Este consta de 7 sesiones.

4.3 DISEÑO METODOLÓGICO.

El primer paso que se realizó fue contactar con la psicóloga del Hospital Nacional San Juan de Dios de Santa Ana, licenciada Alcida de Escobar, paso

que se efectuó con el objetivo de recopilar datos generales referidos al Grupo de Apoyo de dicho nosocomio.

Luego se elaboró una carta de presentación y autorización de la investigación a realizar, este documento fue dirigido al Doctor Ramón Solís, director del hospital. Seguidamente y atendiendo las indicaciones de las autoridades locales se presentó el Perfil del Proyecto a las autoridades del Programa Nacional de Personas Viviendo con VIH/SIDA.

Posterior a la aprobación de la investigación se procedió de la siguiente forma:

El primer contacto que se efectuó con los portadores de VIH fue con el fin de generar un ambiente de empatía, ésto a través de actividades de presentación.

En el segundo contacto se inició con el Programa de Intervención Psicológica planteado (ver anexo 4), esta sesión se ejecutó con el objetivo de familiarizar al Grupo de Apoyo con los objetivos de la investigación.

Luego se elaboraron los instrumentos de la investigación, siendo éstos 5 entrevistas semi estructuradas, de las cuales la primera fue dirigida a indagar discriminación familiar, la segunda discriminación laboral, la tercera indagar niveles de autoestima en el portador, la cuarta dirigida a indagar síntomas de depresión y ansiedad y la quinta indagar si algún miembro de la familia del portador discrimina la condición de salud de él/ella.

Asimismo se elaboró una Guía de Observación dirigida a identificar mediante la observación niveles de autoestima en los portadores de VIH.

Posteriormente, las Guías de Entrevista fueron validadas mediante una Prueba Piloto la cual se le administró a los portadores de VIH de Consulta Externa del Hospital.

Validados los instrumentos, en la tercera sesión se prosiguió con El Programa de Intervención y paralelamente se inició con el proceso de administración de instrumentos, en este momento se administraron las Entrevistas y la Guía de Observación.

En la cuarta sesión se continuó con la administración de instrumentos, en este momento se aplicaron los test estandarizados siendo éstos el Inventario de Depresión de Beck, Escala de Autoestima y la Escala de Hamilton para la Ansiedad.

Posteriormente a la administración de instrumentos, se continuó con la aplicación del programa y se llevó a cabo la Sistematización de Resultados. En el apartado de sistematización se realizó un Análisis Cuantitativo a través de gráficos de pastel y un Análisis Cualitativo producto de confrontar la teoría con los datos empíricos obtenidos.

Luego se realizó la comprobación de Hipótesis mediante el Diseño de Grupo Único, a través de la utilización de los datos obtenidos en las entrevistas y test psicológicos a efectos de confrontar datos empíricos con la teoría y relacionar variables independientes con dependientes.

Seguidamente se plantearon los Supuestos Riesgos que se presentaron a lo largo de la investigación, de igual forma se plantearon las Conclusiones y Recomendaciones respectivas a dicho proceso. Se concluyó con la presentación del Informe Final.

CAPITULO V

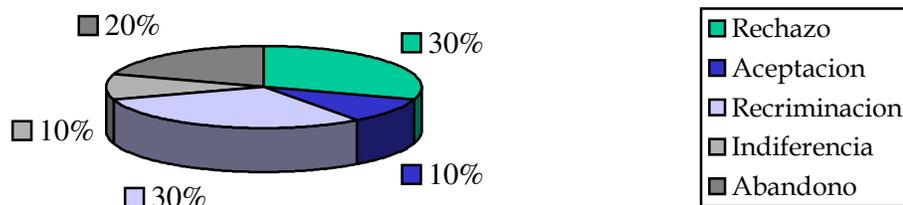
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados producto de haber administrados cinco Guías de Entrevista, cuatro de las cuales fueron dirigidas al Portador de VIH y una más dirigida a algún miembro de la familia de éste; asimismo se aplicaron tres pruebas psicológicas estandarizadas, las que se detallan seguidamente:

5-1- Resultados.

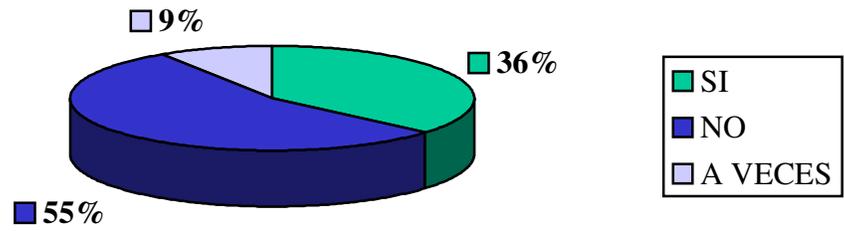
a) Resultado obtenido mediante la aplicación de la Guía de Entrevista dirigida al portador de VIH respecto a la percepción que la familia de él/ella posee sobre su enfermedad

1. ¿Cuál fue la reacción que tuvo su familia al conocer su enfermedad?



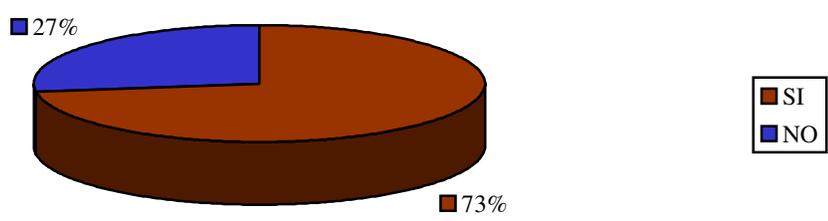
Las reacciones predominantes por parte de los familiares desde la percepción de los portadores de VIH, fueron de rechazo y recriminación con porcentajes similares de 30 % seguidas de abandono para el 20 %, mientras que el 10 % sufrió indiferencia y otro 10 % experimentó aceptación.

2. Actualmente ¿considera que existe comunicación fluida entre usted y su familia?



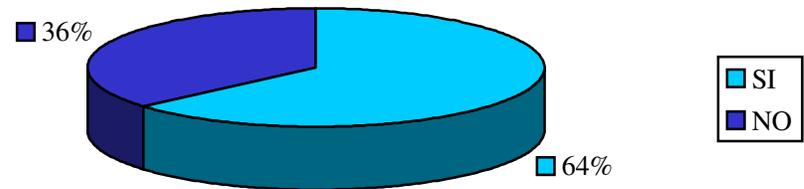
Se evidencia que para el 36 % de los entrevistados la comunicación es fluida entre el/ella y su familia, no lo es para la mayor parte de la población, es decir para un 55% y, para un 9% sólo lo es a veces.

3. ¿Experimenta de parte de sus familiares demostraciones afectivas?



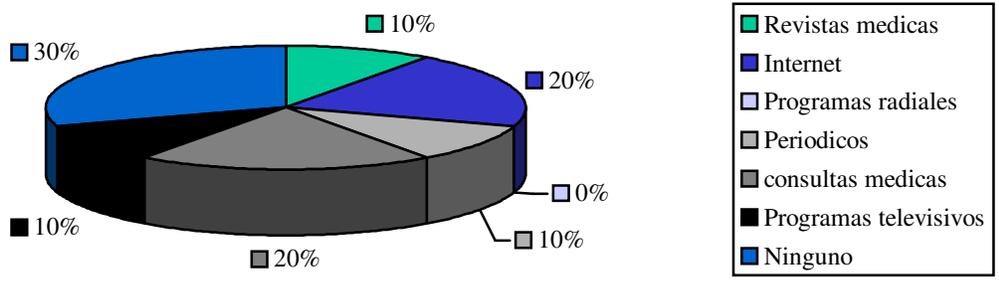
Un 73 % de portadores de VIH sí experimenta demostraciones de afecto por parte de sus familia, a diferencia del 37 % de personas que no poseen esa experiencia.

4. ¿Demuestra su familia interés por informarse sobre la evolución de su enfermedad?



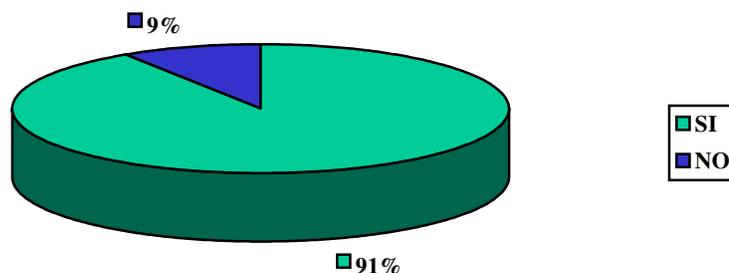
Como se aprecia, un 64 % de portadores considera que su familia sí demuestra interés por informarse de la evolución de su enfermedad, mientras que un 36 % considera que familia no demuestra interés alguno.

5. ¿A través de qué medios lo demuestran?



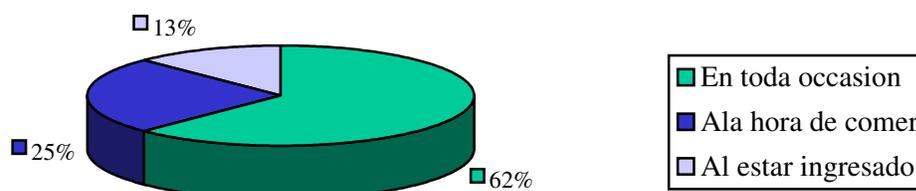
Desde la percepción de las personas portadoras de VIH un 20 % de sus familiares se informa de la evolución de su infección a través de consulta medica, un 20 % lo hace a través de internet; un 10 % mediante revistas médicas, otro 10 % más lo hace por medio de periódicos, otro 10 % al ver programas de T.V. y un 30 % no se informa a través de ningún medio.

6. ¿Se ha sentido discriminado por algún miembro de su familia por ser portador de VIH?



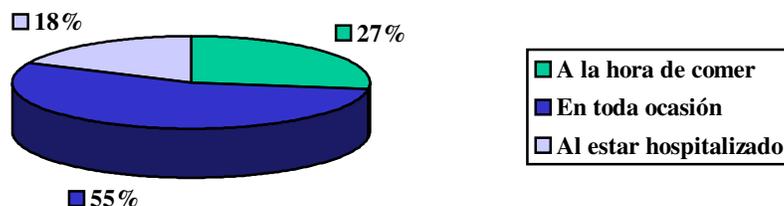
Un alto porcentaje, es, decir el 91 % de personas entrevistadas se ha sentido discriminada por algún miembro de su familia en razón de su enfermedad, un 9 % es del criterio de no haber sido discriminado por algún familiar.

6.1 ¿En qué ocasiones?



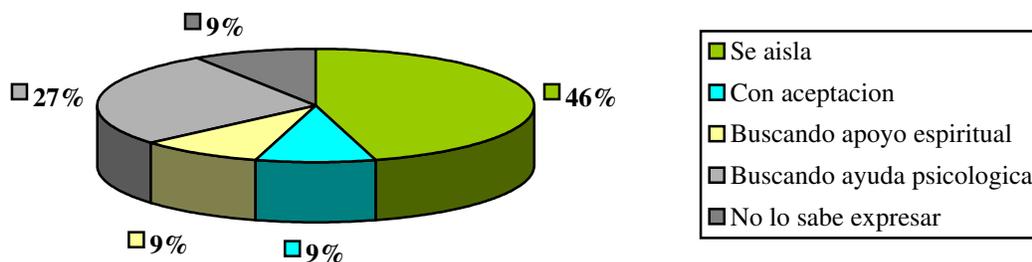
Las ocasiones en que las personas portadoras de VIH se han sentido discriminadas por sus familiares indican que para un 25% esto ha sucedido a la hora de comer como por ejemplo: evitando compartir los mismos platos y cubiertos, un 55 % señala que en toda ocasión y un 18 % refiere que mientras estuvo hospitalizado.

6.2 ¿En qué lugares?



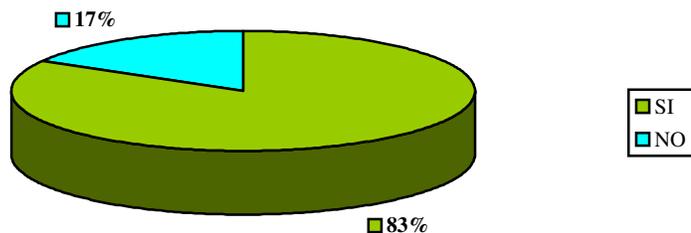
En los resultados de la grafica se observa que fueron discriminados al estar hospitalizados con un 18%, un 27% a la hora de comer y un 55% en toda ocasión.

7. ¿Cómo lo ha afrontado?



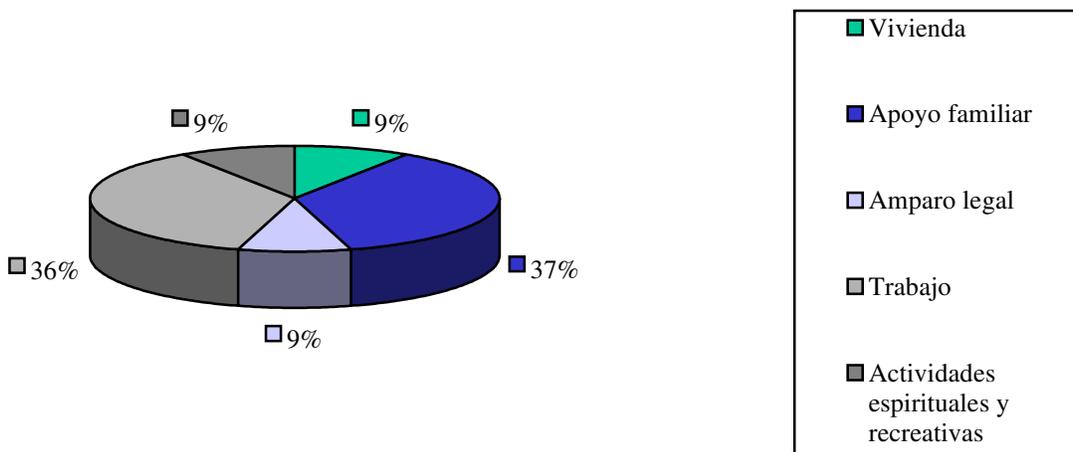
Los portadores consideran haber afrontado la discriminación proveniente de sus familiares así: un 46 % aislándose, un 27 % buscando ayuda psicológica, un 9 % más no lo sabe expresar.

8. En el aspecto económico ¿recibe usted apoyo de algún miembro de su familia?



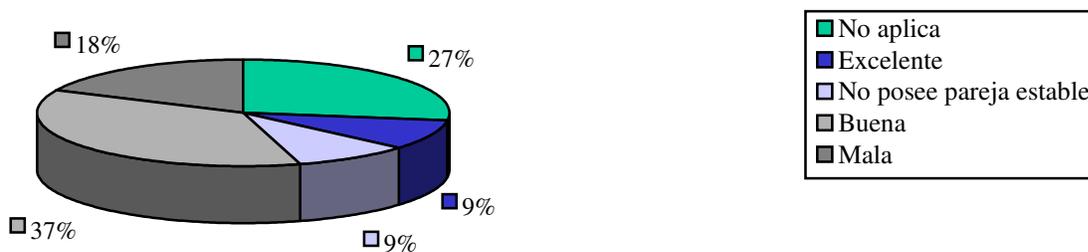
Existe una marcada diferencia entre el 83 % de personas portadoras de VIH que sí recibe apoyo económico de su familia y el 17 % que no.

9. ¿Qué podría ayudarlo/a, a enfrentar mejor esta situación?



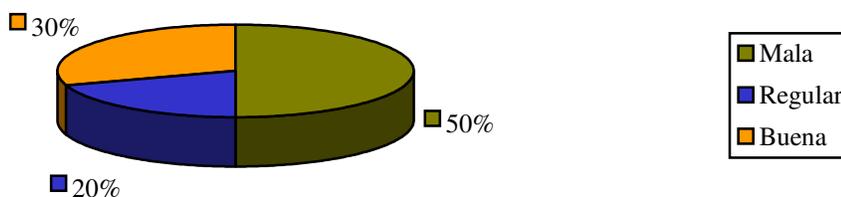
Desde el criterio de las personas portadoras de VIH lo que podría ayudarlos a enfrentar mejor su situación se encuentra en el orden de: tener más apoyo familiar (37 %), oportunidad de trabajar (36 %), vivienda 9 %, amparo legal 9 % y actividades espirituales y recreativas 9%.

10. ¿Cómo describiría la relación existente entre usted y su pareja?



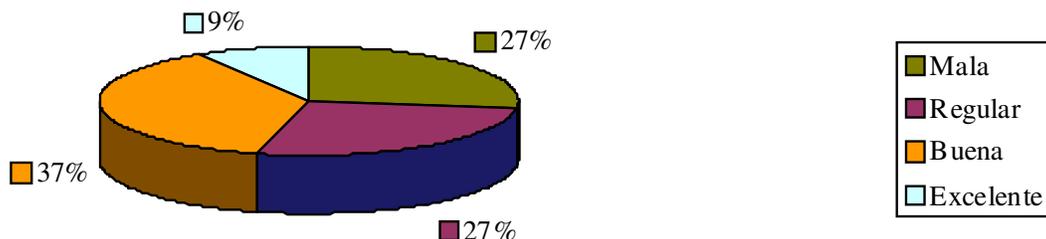
La relación existente entre el/la portador/a y su pareja es descrita así: para el 37 % buena, mala (18 %), excelente (9 %), no posee pareja estable (9 %), mientras que un 27 % más expresa no tener pareja.

11. ¿Cómo describiría la relación existente entre usted y sus padres?



Se aprecia que el 50 % describe la relación parental (entre el portador y sus padres), como mala; para el 30 % es buena y para el 20 % es regular.

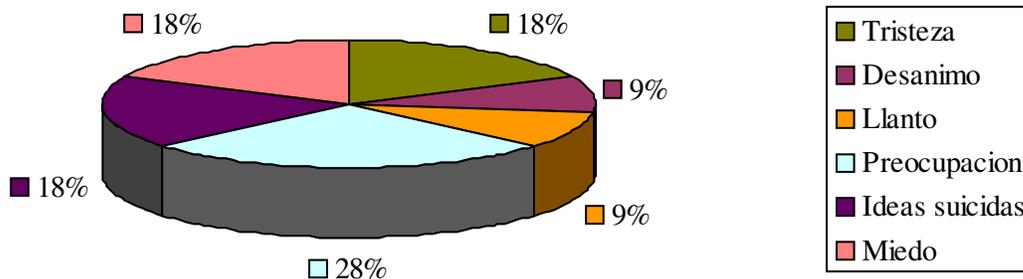
12. ¿Cómo describiría la relación existente entre usted y sus hermanos/as?



Un 37 % de portadores describe su relación fraternal como buena, el 27 % como mala, el 27 % como regular y solo para un 9 % es excelente.

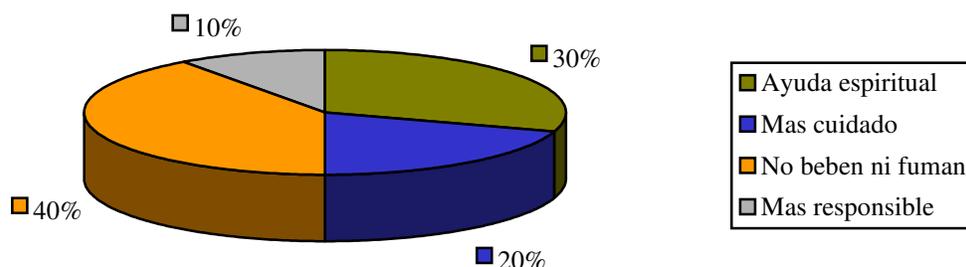
b) Resultados obtenidos mediante la aplicación de la Guía de Entrevista dirigida al portador de VIH para indagar su nivel de autoestima.

1. ¿Cómo reaccionó usted al conocer su diagnóstico de ser portador de VIH?



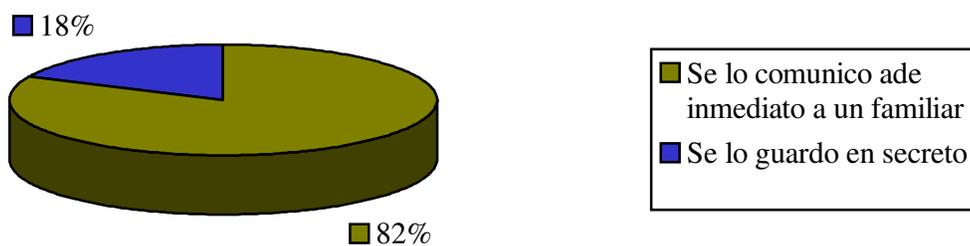
Las reacciones de las personas portadoras de VIH al conocer su diagnóstico se presentaron así: de preocupación para el 28 %, de tristeza 18 %, de miedo 18 %, de ideas suicidas 18 %; así como de desánimo para un 9 % y de llanto para un 9 % más.

2. ¿Cómo cambió su vida luego del diagnóstico?



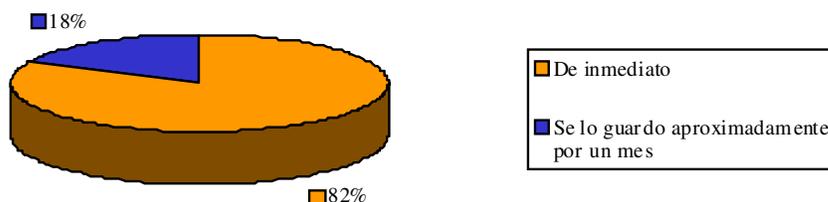
Un 36 % de los entrevistados considera que su vida cambió en el sentido de que ahora evita realizar actividades perjudiciales para su salud como beber y fumar, un 36 % experimenta cambios en la esfera espiritual, un 18 % es más cuidadoso de su salud y un 9% se volvió mas responsable.

3. ¿Comunicó a alguien su diagnóstico o se lo guardó en secreto?



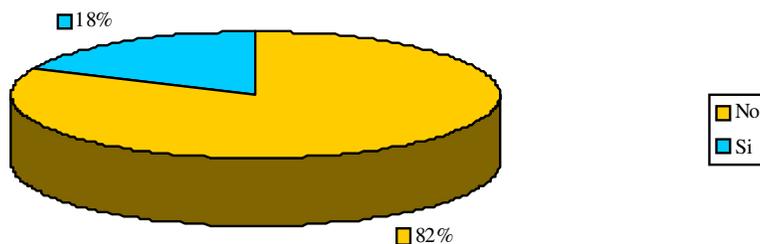
El diagnóstico de seropositivo fue comunicado de inmediato a un familiar por el 82 % de la población; sin embargo, el 18 % decidió guardarlo en secreto por temor al rechazo.

4 ¿Cuánto tiempo tardó en comunicar su diagnóstico a un familiar?



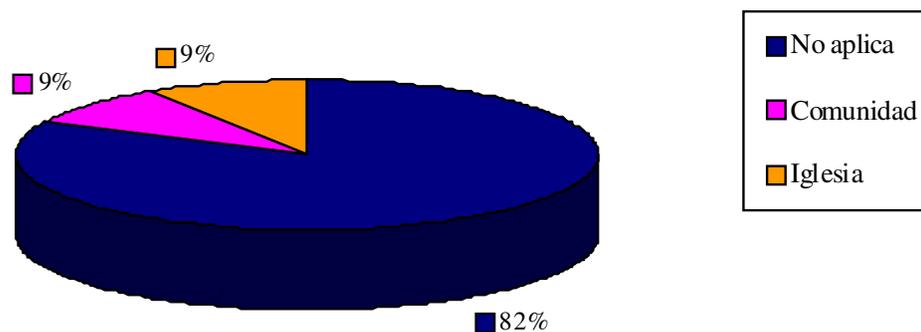
En relación al tiempo en que las personas tardaron en comunicar a un familiar su condición de salud posterior a que le fue confirmado su diagnóstico de portador de VIH se evidencia que el 18 % se lo guardó para sí aproximadamente durante 1 mes, el otro 82 % lo comunico de inmediato.

5. ¿Ha experimentado variantes en las relaciones que sostiene con su grupo de amigos?



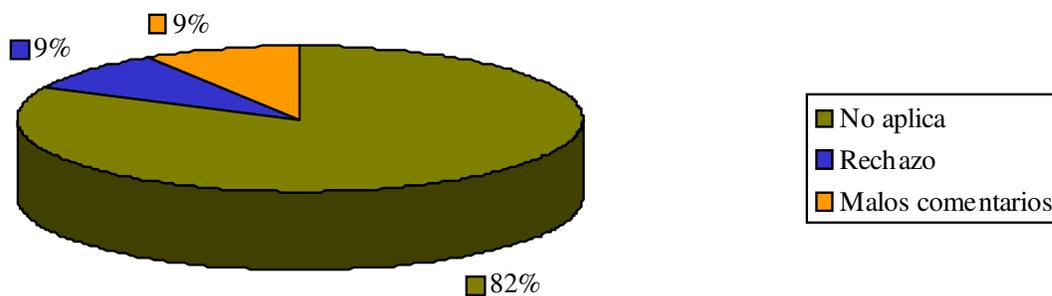
Variantes en el ámbito de las relaciones con el grupo de amigos expresa experimentar el 18 % de los entrevistados, no así el 82 % que considera no observar variantes a ese nivel.

6. ¿En qué contexto?



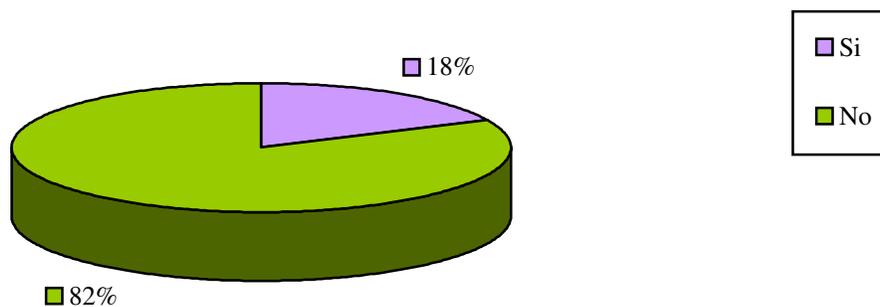
La mayor parte de la población (82 %) no experimentó variante en ningún contexto; un 9 % sí lo experimentó en la comunidad y otro 9 % en la iglesia.

7. ¿Cómo se manifiestan esas variantes?



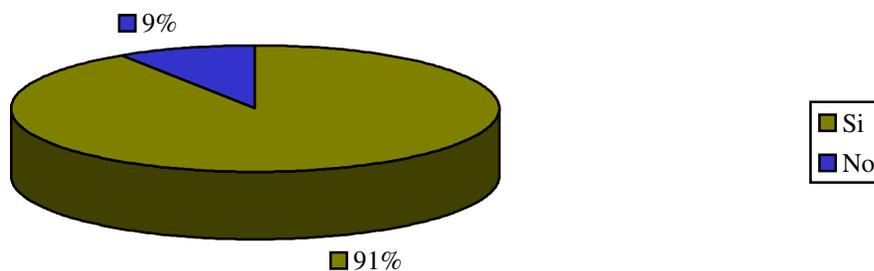
El 82 % no refleja variantes en su grupo de amigos; sin embargo un 9% experimenta rechazo y otro 9% ha sido víctima de malos comentarios.

8. ¿Se acepta usted tal como es?



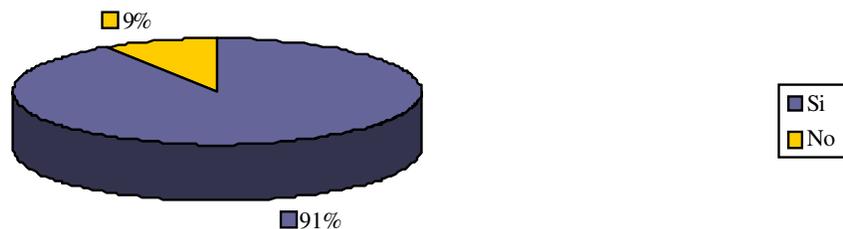
A la trascendental vivencia de aceptación de si mismo, el 82 % de las personas considera no aceptarse, pero el 18 % si.

9. ¿Es capaz de identificar sus virtudes?



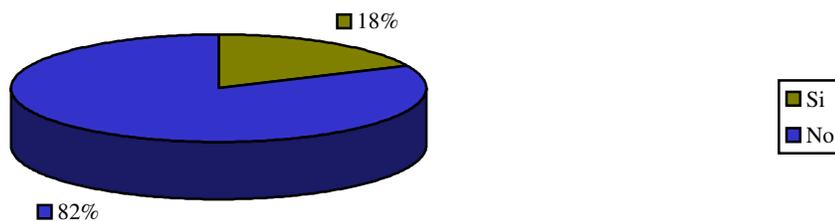
El 91 % de la población considera ser capaz de identificar sus virtudes y sólo un 9% no.

10. ¿Es capaz de identificar sus defectos?



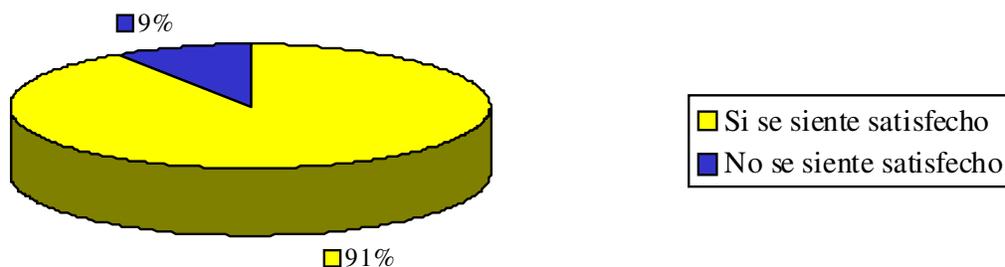
En consonancia con la capacidad de identificar las virtudes está la capacidad de identificar los propios defectos; el 91% de los entrevistados los identifica y el 9 % no lo hace.

11. ¿Es capaz de tomar decisiones por sí mismo?



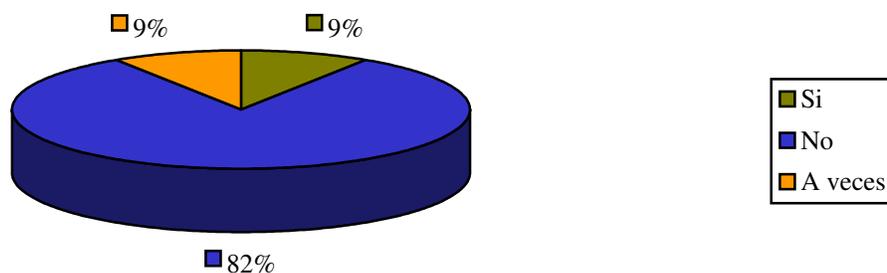
En torno a la capacidad de tomar decisiones el 82 % se percibe incapaz y el 18 % capaz.

12. ¿Se siente satisfecho con los logros que ha obtenido en su vida?



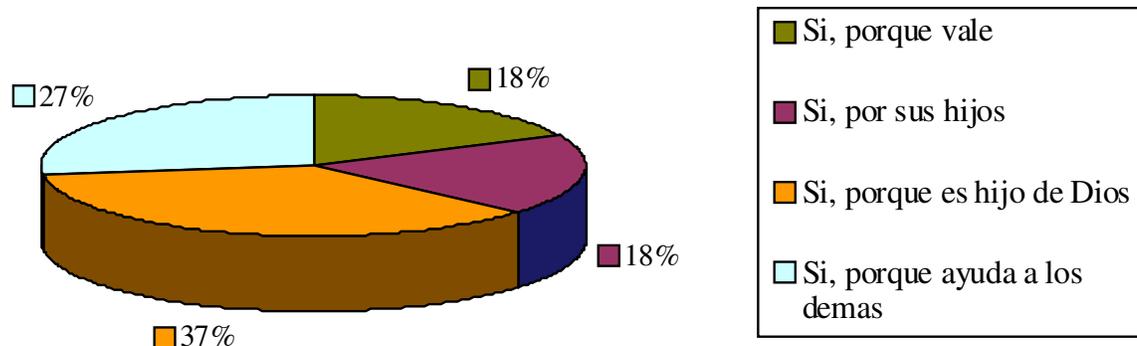
Respecto a la satisfacción personal producto de los logros obtenidos a lo largo de su vida un 91 % considera sentirse satisfecho y sólo un 9 % se expresa insatisfecho.

13. ¿Teme el no poder realizar alguna actividad por falta de fuerza?



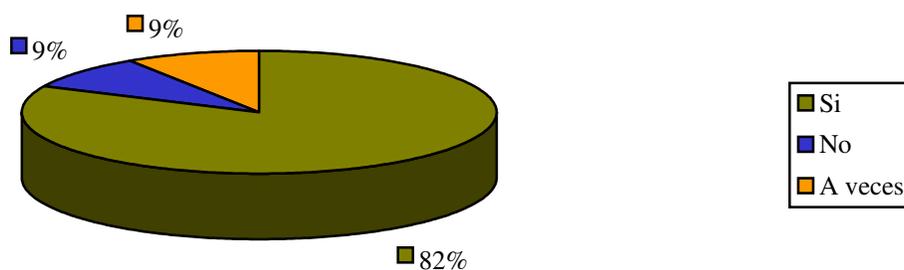
Temor referido a incapacidad de realizar alguna actividad de su vida diaria por falta de fuerza es experimentado permanentemente por el 9% de la población; otro 9% lo experimenta a veces. El 82% expresa no temer al respecto.

14. ¿Piensa que es usted una persona importante?



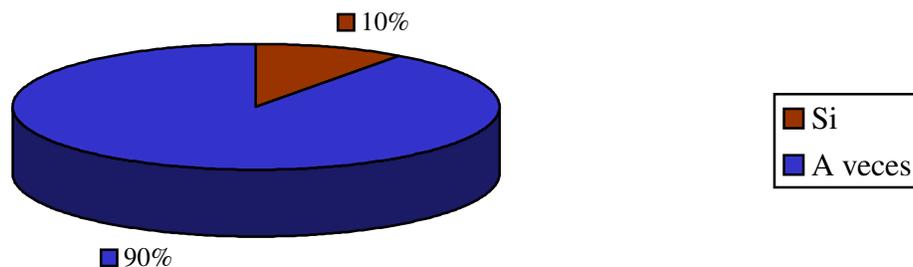
A esta interrogante el 100 % contesto que sí se considera una persona importante, al indagar los motivos el 37 % dice que lo es por ser hijo de Dios, un 27 % refiere que por que ayuda a los demás, un 18 % lo es por sus hijos y otro 18 % dice que lo es por su propio valor como persona.

15. ¿Le agrada participar en reuniones familiares?



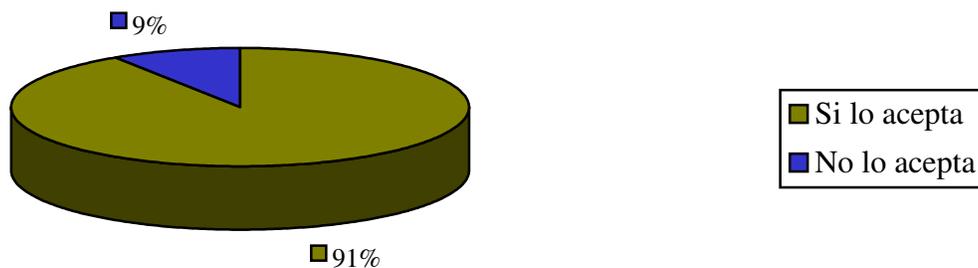
Agrado resultante de participar en ceremonias familiares es experimentado por un alto porcentaje de las personas (82 %), un 9 % refiere que no disfruta de ese tipo de reuniones y otro 9 % las disfruta a veces.

16. ¿Se siente seguro de sí mismo?



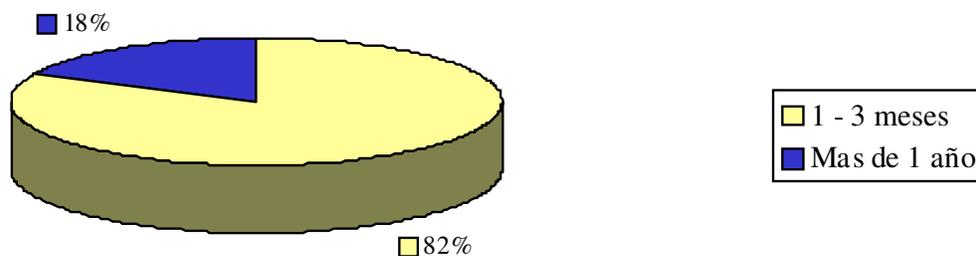
En este plano un elevado porcentaje (91%) expresa que a veces se siente seguro, el 9% expresa si sentirse seguro.

17. ¿Acepta su condición de salud?



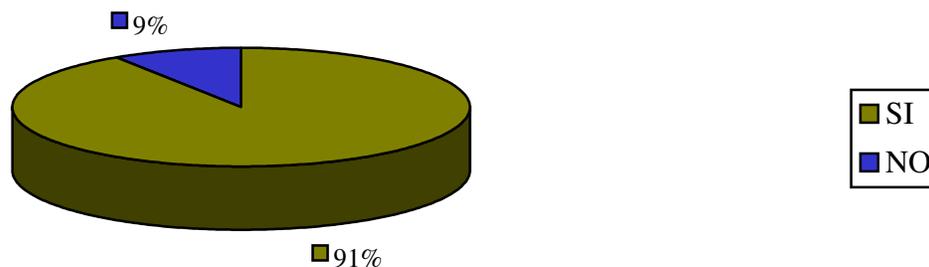
La aceptación de su condición de salud es experimentada por el 91% de las personas portadoras de VIH; sin embargo, un 9% aún no acepta su condición.

18. ¿Cuánto tiempo tardó en aceptar dicha condición?



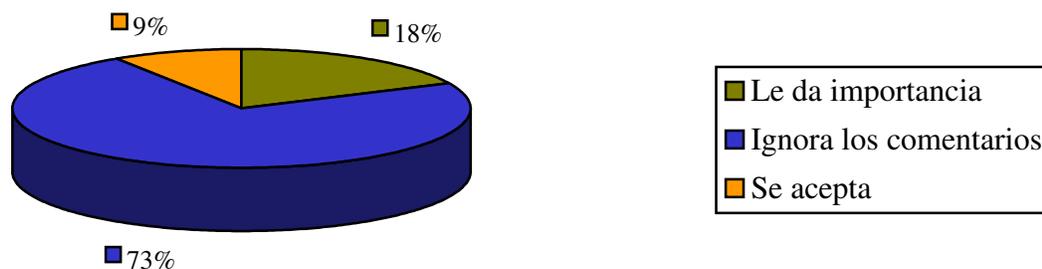
De 1 a 3 meses fue el tiempo que para el 82% de las personas les llevó en asimilar su diferente condición de salud; no así para el 18% de los entrevistados, a quienes les llevó poco más de un año.

19. ¿Es constante en el seguimiento de su tratamiento?



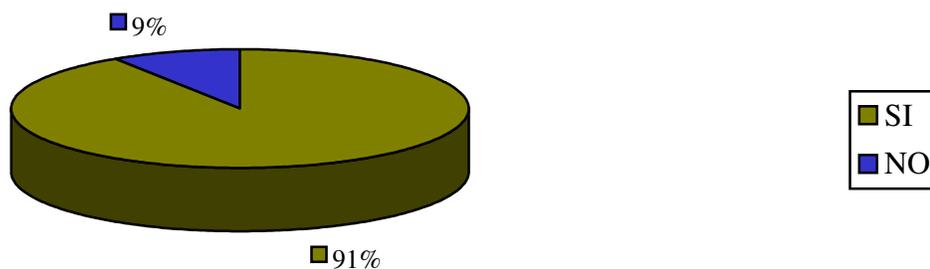
El 91% de las personas portadoras de VIH manifiestan poseer buena adherencia al tratamiento, el 9% no es constante en seguirlo.

20. ¿Cómo influyó en usted la percepción que las demás personas poseen respecto a su condición de salud?



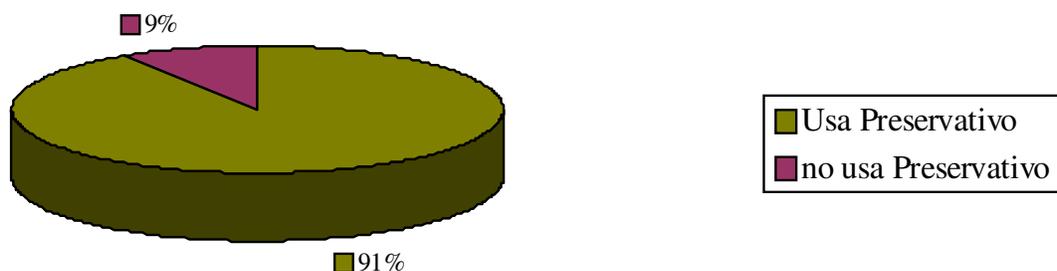
Respecto a la actitud resultante en los Portadores de VIH en torno a la percepción que las demás personas poseen de su enfermedad un 73% prefiere ignorar los comentarios, un 18% brinda importancia a éstos y un 9% se acepta.

21. ¿Ha habido cambios en sus relaciones sexuales debido a su enfermedad?



A esta interrogante un elevado porcentaje contesta que sí ha tenido cambios en sus relaciones sexuales referidos a utilizar métodos profilácticos, el 9% expresó que no ha retomado cambio alguno.

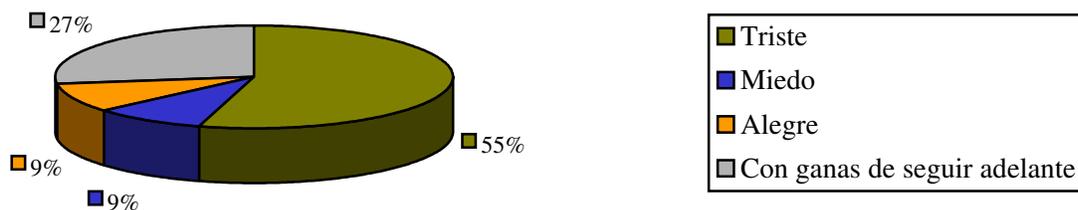
22. ¿Qué tipo de cambios?



El 91% optó por usar preservativos en todas sus relaciones sexuales, el 9% no se protege.

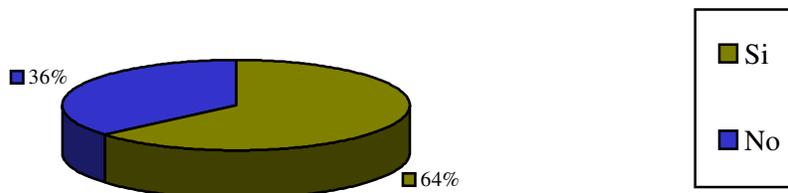
c) Resultado obtenido mediante la aplicación de la Entrevista dirigida a indagar síntomas de depresión en el portador de VIH.

1. ¿Cuál es su estado de ánimo?



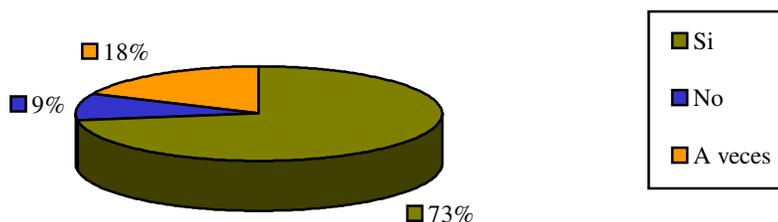
Se puede observar que el estado de ánimo que predomina en la mayoría de los participantes es la tristeza, en el cual el porcentaje obtenido es de 55 %, el 27 % manifestó sentir deseos de seguir adelante, un 9 % expresó sentir miedo, mientras que otro 9 % refiere que su estado de ánimo es alegre.

2. ¿Llora usted con facilidad debido al trato que le da su familia respecto a su condición de salud?



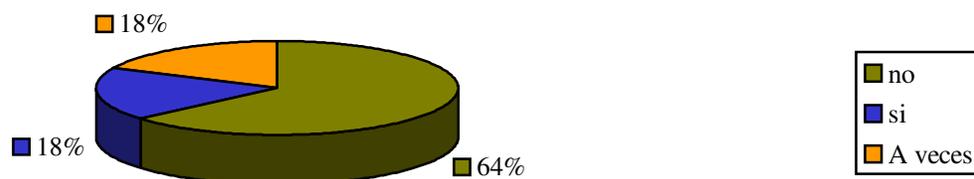
Se puede evidenciar que el 64 % de los participantes tienden a llorar con facilidad, mientras que el 36 % no lo hace.

3. ¿Se siente triste por la actitud de su familiar/es?



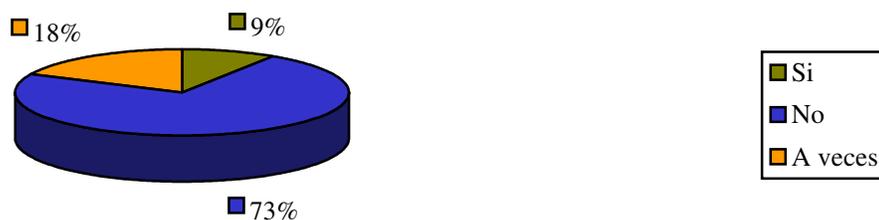
En esta pregunta se evidencia que el 73 % de los entrevistados manifestó sentirse triste, el 18 % se siente triste a veces y el 9 % no.

4. ¿Siente placer en las actividades que realiza?



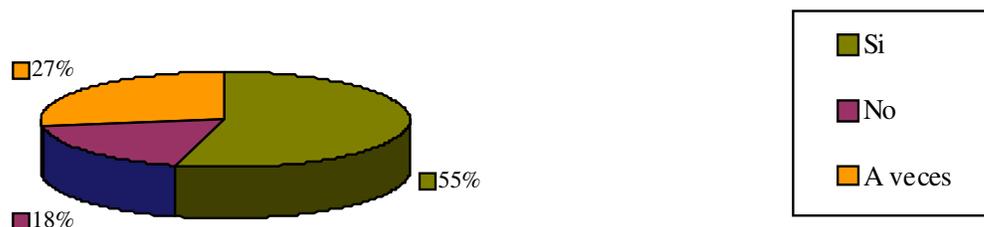
En esta pregunta se observa que el 64 % de la población manifiesta no sentir placer en las actividades que realiza, el 18 % a veces y otro 18 % si siente placer.

5. ¿Se siente cansado?



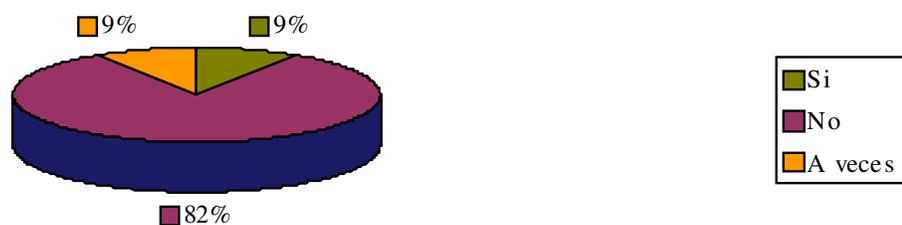
Según los datos obtenidos referidos a si las personas se sienten cansadas el 73 % dijo que no, el 18 % a veces, mientras que el 9 % sí manifiesta sentirse cansado.

6. ¿Se siente sin energía?



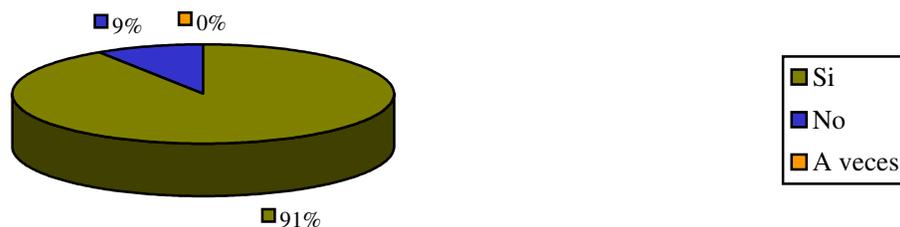
Se pudo observar que la mayoría de participantes se sienten sin energía dado que el 55 % respondió que si, el 27 % refiere que a veces, y un 18 % manifestó que no.

7. ¿Se siente inútil?



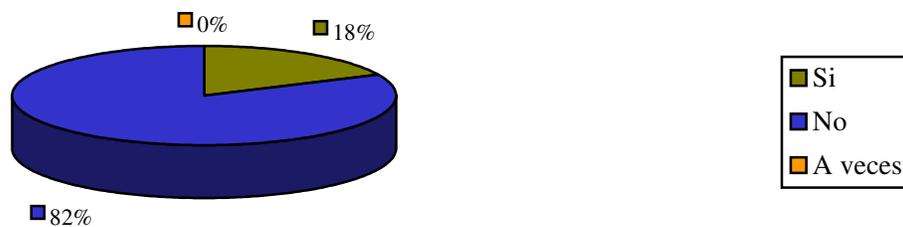
En esta pregunta se nota que el 82 % no se siente inútil, el 9 % si, y otro 9 % a veces.

8. ¿Posee sentimiento de culpa?



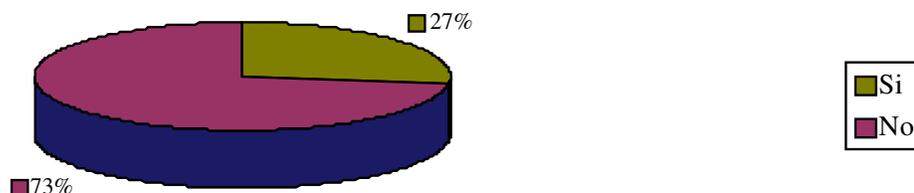
Al indagar si poseen sentimientos de culpa el 91 % de la población respondió que si, mientras que el 9 % respondió que no.

9. ¿Duerme usted bien?



Se puede evidenciar que el 82 % de los entrevistados no duerme bien; sin embargo, el 18 % manifestó que si lo hace.

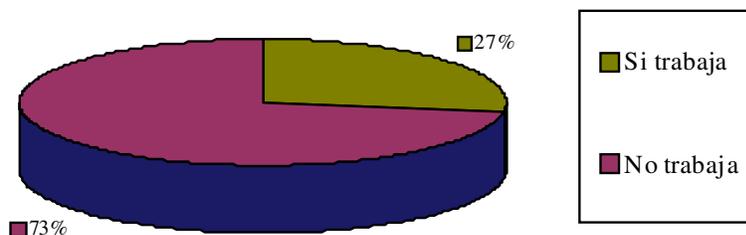
10. ¿Ha tenido ideas suicidas por la actitud discriminante de su familiar/es?



Al indagar si han tenido ideas suicidas el 73 % de la población manifiesta que no, mientras que el 27 % de ellos refiere haberlas tenido.

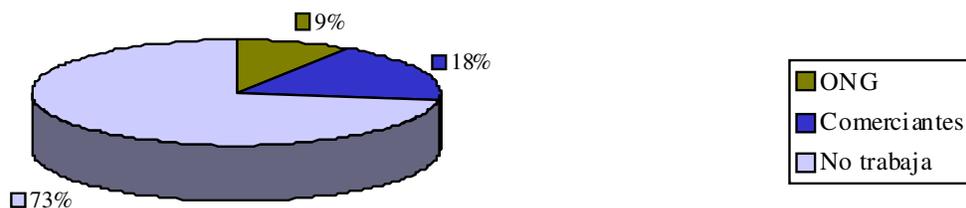
d) Resultados obtenidos de la Entrevista dirigida a indagar si el portador de VIH fue objeto de discriminación laboral.

1. ¿trabaja actualmente?



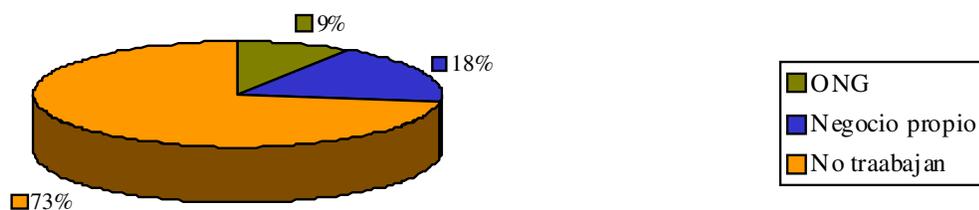
Al indagar si las personas entrevistadas poseen trabajo en la actualidad el 73 % refiere estar desempleado, mientras que un 27 % si posee trabajo.

2. ¿En qué trabaja?



En esta pregunta se evidencia que el 73 % de la población es desempleada, el 9 % trabaja en una ONG, mientras que el 18 % son comerciantes.

3. ¿La institución en que trabaja es gubernamental o privada?



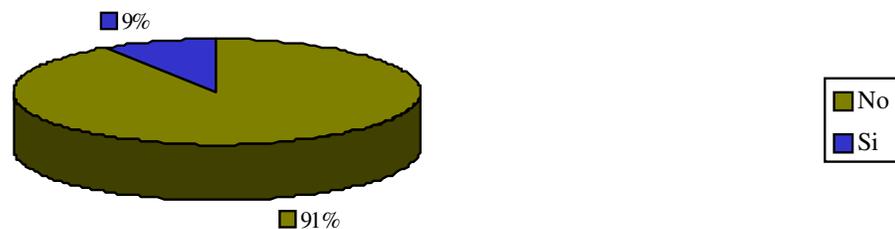
Se puede constatar que el 73 % de las personas entrevistadas no posee trabajo, el 18 % posee negocio propio y un 9 % trabaja en una Organización No Gubernamental.

4. ¿Al acceder a su empleo actual le exigieron pruebas de laboratorio?



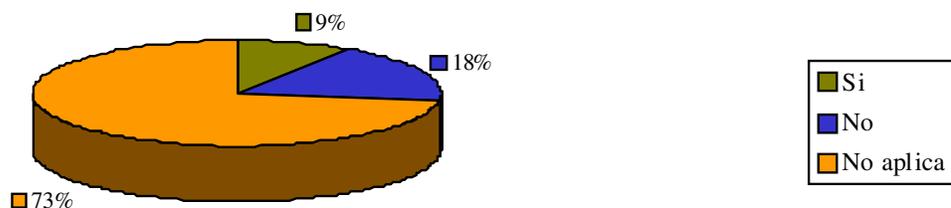
Según los datos obtenidos se nota que el 100 % de los entrevistados no les exigieron pruebas de laboratorio.

5. ¿Al otorgarle su actual puesto de trabajo firmó un contrato laboral?



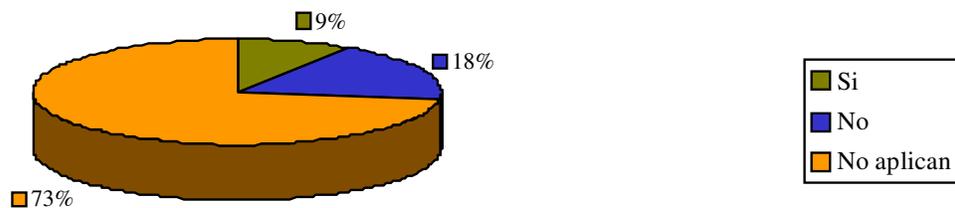
Al indagar si firmaron un contrato laboral al otorgarle su trabajo actual el 91% respondió que no, mientras que el 9% de la población manifestó que si.

6. ¿Al conocer sus jefes de su diagnóstico que reacción mostraron?



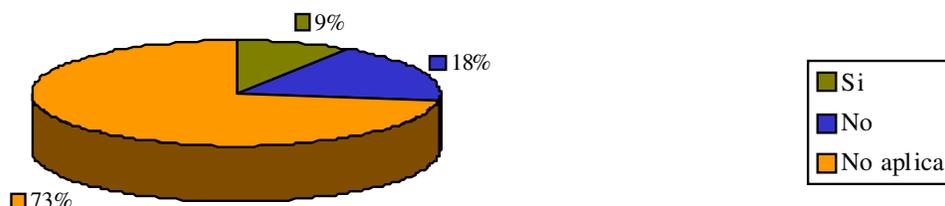
Según los datos obtenidos a través de la entrevista se puede evidenciar que la reacción que mostraron sus jefes al conocer el diagnóstico un 73 % se encuentra desempleado, el 18 % no tuvo ninguna reacción dadas las características de su empleo (comerciante) y un 9 % manifestó que fue presionado para renunciar a su trabajo.

7. ¿Ha vivenciado manifestaciones de discriminación por parte de sus jefes?



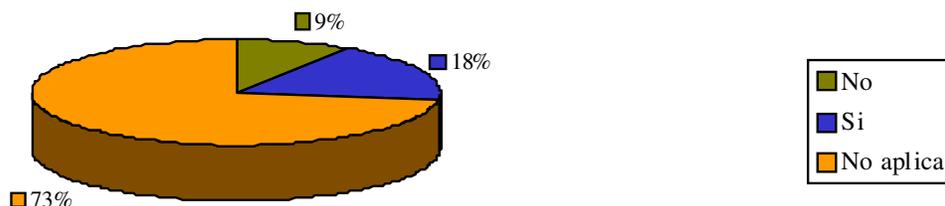
Al indagar si han vivenciado discriminación de parte de sus jefes se tiene que el 73 % es desempleado, el 18 % no ha vivenciado discriminación mientras el 9 % refiere que si.

8. ¿Ha vivenciado manifestaciones de discriminación por parte de sus compañeros de trabajo?



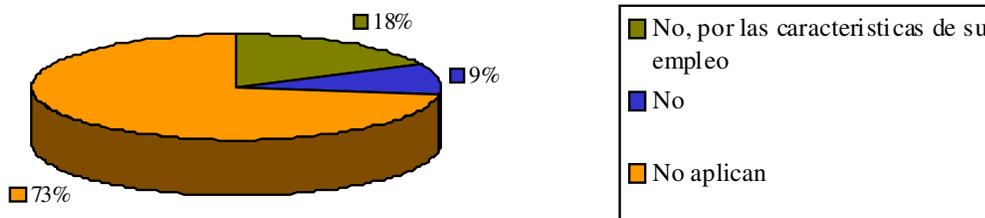
Según datos obtenidos sobre manifestaciones de discriminación por parte de sus compañeros de trabajo el 73 % no posee empleo, el 18 % no ha vivenciado discriminación por parte de sus compañeros y el 9 % respondió que si.

9. ¿Considera apropiadas las condiciones de trabajo en que se desempeña?



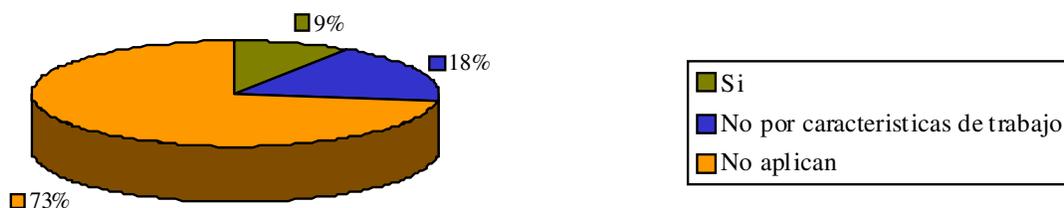
Al indagar si consideran apropiadas las condiciones de trabajo en que se desempeña el 73 % de la población manifestó no poseer trabajo, el 18 % no considera apropiadas las condiciones de trabajo mientras que el 9 % si las considera apropiadas.

10. ¿Existe flexibilidad por parte de sus jefes en permitirle asistir a sus consultas médicas y psicológicas?



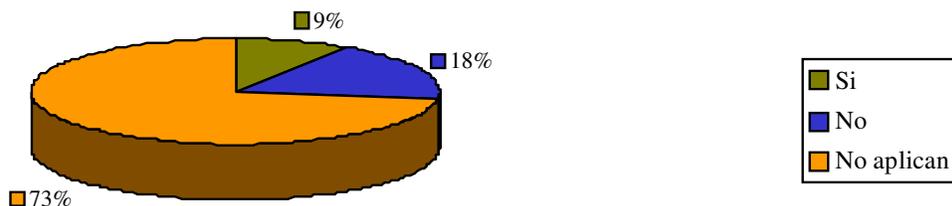
En cuanto a la flexibilidad que existe de parte de los jefes en permitirles asistir a la consulta médica psicológica, el 73 % es desempleado, el 18 % no puede ser ubicado en este rubro ya que no posee jefe por ser comerciantes, y el 9 % manifestó que no existe flexibilidad.

11. ¿Es flexible su jefe en cuanto a las tareas que usted realiza dadas sus condiciones de salud?



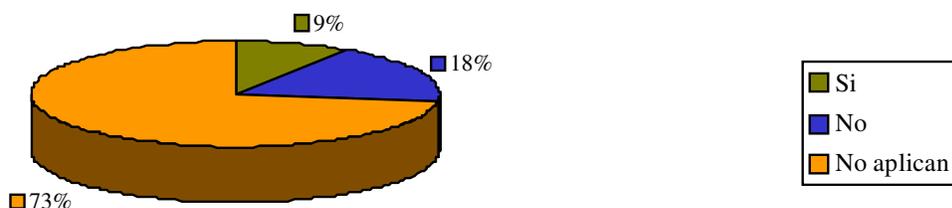
Al indagar sobre la flexibilidad de los jefes en cuanto a las tareas se tiene que el 73 % son desempleados el 18 % no por las características de su empleo (comerciantes) y el 9 % expreso que si existe flexibilidad.

12. ¿Ha vivenciado a consecuencia de ser portador de VIH el ser relegado a puesto de menor importancia en su trabajo?



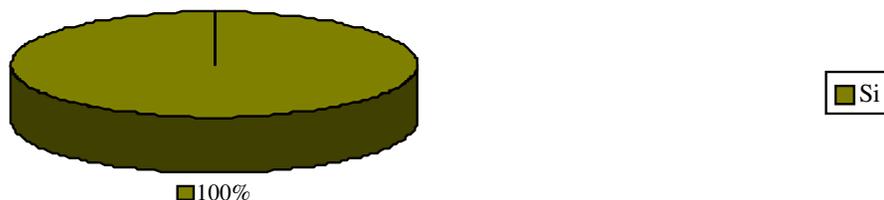
Al preguntar si han sido relegados a puestos de menor importancia por ser portadores de VIH, el 73 % son desempleados el 18 % refiere que no mientras que un 9 % si ha sido relegado a un puesto inferior.

13. ¿Ha sido despedido de algun trabajo a consecuencia de su enfermedad?



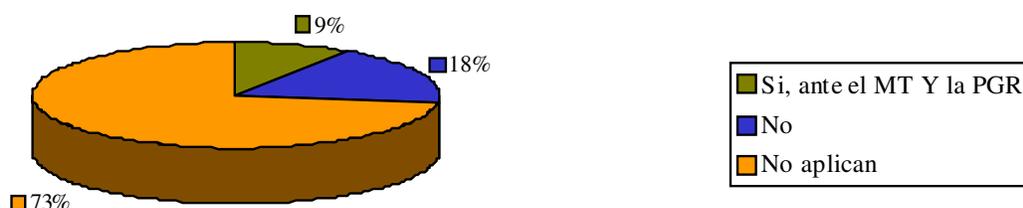
Se puede constatar que un 73 % no posee trabajo, el 18 % no ha sido despedido por su condición de salud y un 9 % manifiesta que si ha sido despedido por su enfermedad.

14. ¿Conoce los derechos laborales que posee como persona viviendo con VIH/SIDA?



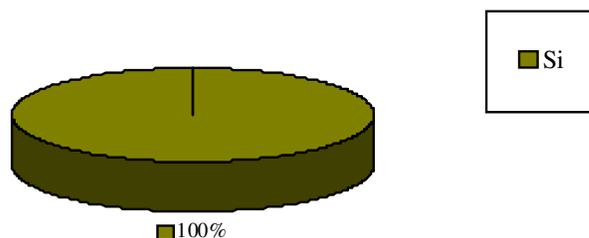
Se puede observar que el 100 % de la población, conoce los derechos laborales que poseen como portadores de VIH.

15. ¿Ha acudido a alguna organización gubernamental o no gubernamental por percibir que ha sido discriminado laboralmente?



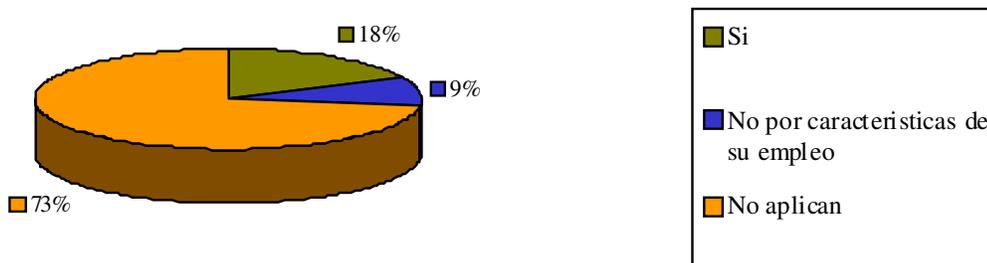
Al indagar si los participantes han acudido a una org. Gubernamental o no gubernamental, por percibir que han sido violentados sus derechos el 73 % no posee trabajo, el 18 %, no ha acudido, mientras que un 9 % refiere que se vio en la necesidad de acudir al Ministerio de Trabajo y a la Procuraduría General de la República.

16. Desde su criterio, ¿Considera necesaria la atención psicológica?



Según los datos obtenidos a través de la entrevista se evidencia que el 100 % de los participantes consideran necesaria la atención psicológica.

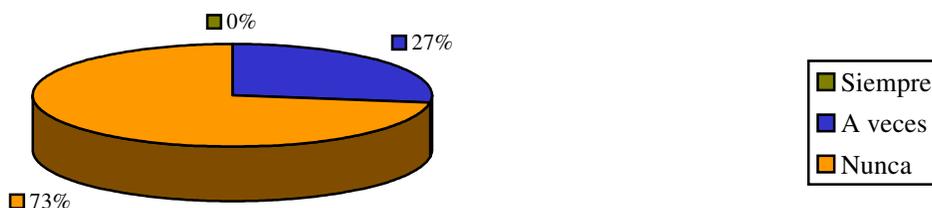
17. ¿Demuestra su jefe y/o compañeros de trabajo interés por informarse sobre la evolución de su enfermedad?



Al indagar si sus jefes muestran interés por informarse sobre la evolución del VIH el 73 % no posee empleo, el 18 % refiere que sus jefes se interesan en la evolución de su enfermedad, mientras que el 9 % no le interesa informarse.

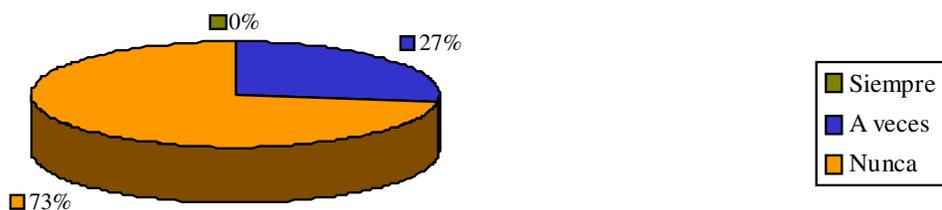
e) Resultados obtenidos mediante la administración de la Guía de Observación a portadores de VIH.

1. Dificultad para comunicarse



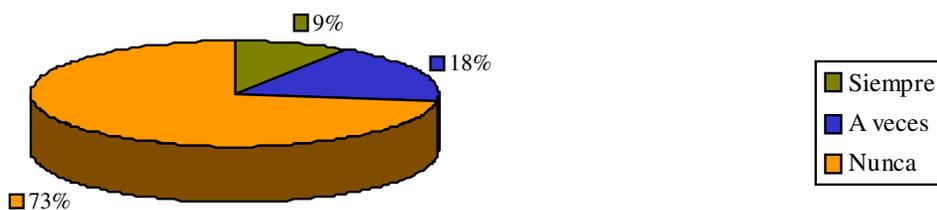
Los resultados obtenidos del indicador administrado demuestran que el 27% siempre tuvo dificultad para comunicarse el 0% a veces y el 73% nunca.

2. Se aísla del grupo de apoyo



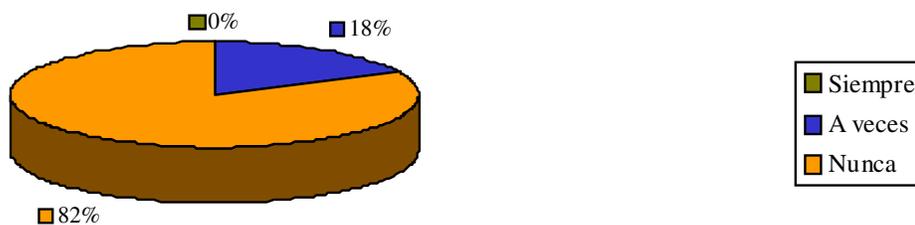
Según los datos recolectados de este indicador se noto que el 27% de las personas observadas siempre aísla del grupo, el 73% lo hace a veces y el 0% nunca se aísla.

3. Muestra indiferencia



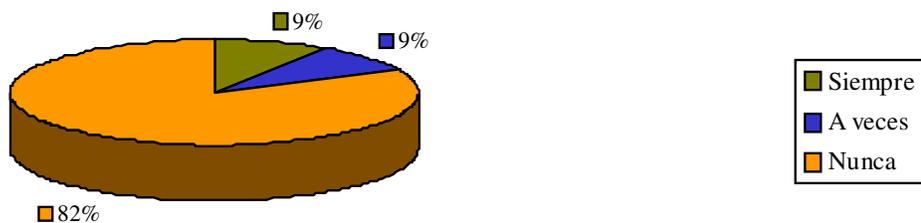
Se observa en la grafica que el 9% siempre muestra indiferencia al interactuar con el grupo, el 18% se muestra indiferente a veces, y un 73% se observo que nunca es indiferente.

4. Descuido en su arreglo personal



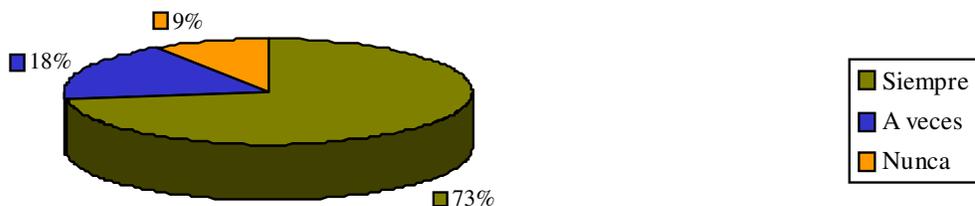
Se puede evidenciar en el 82% de las personas descuidan su arreglo personal, el 18% a veces y un 0% nunca.

5. Expresa incapacidad para realizar actividades de participación en el grupo de apoyo



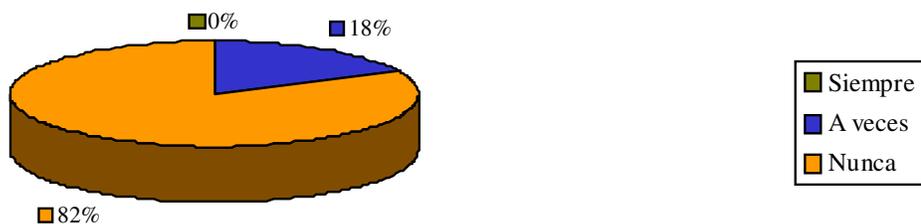
Se evidencia en la gráfica que el 9% de las personas siempre expresa incapacidad para realizar actividades en el grupo, otro 9% a veces se limita a realizarlos y un 82% se observó que nunca expresa sentirse incapaz.

6. Es participativo dentro del grupo



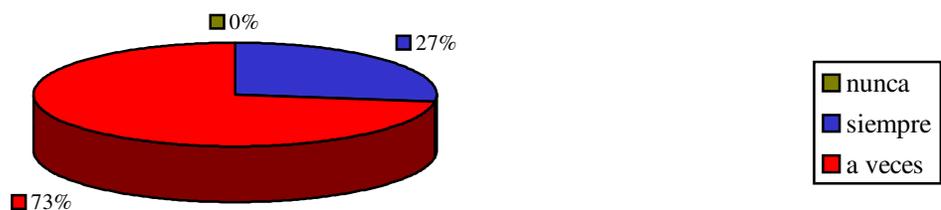
Según los datos de este indicador el 73% de las personas observados se muestra siempre participativa el 18% a veces y un 9% nunca se observan participativas.

7. Muestra desánimo



En esta gráfica se observan que un 18% de las personas siempre muestran desánimo, un 0% nunca se ve desanimado y un 82% a veces lo experimentan.

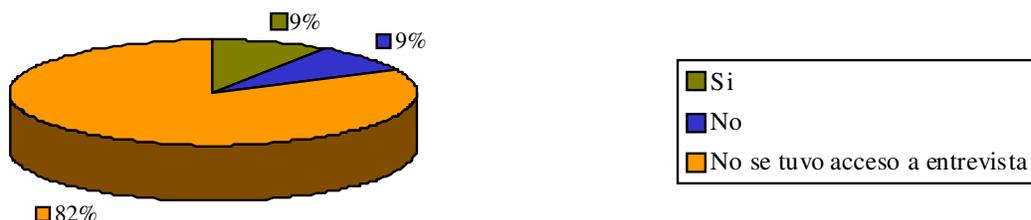
8. Se muestra inseguro



Se puede identificar claramente que el 27% de las personas observadas siempre muestra inseguridad al interactuar, un 73% se observa inseguro a veces y un 0% nunca.

f) Resultados obtenidos mediante la aplicación de la Guía de Entrevista para indagar discriminación familiar dirigida por algún miembro del grupo familiar del portador de VIH

1. ¿Acepta usted la condición de salud de su familiar?



Lo que se observa en estos resultados es que un 9% si acepta la condición de salud de su familiar, y otro 9% no acepta tal condición mientras que del 82% restante no se obtuvo acceso a entrevista.

2. ¿Cuánto tiempo tardó en aceptar su condición?



Lo que refleja la gráfica es que un 9% de las personas entrevistados tardó un mes en aceptar su condición, otro 9% expresó que aún no termina de aceptarlo y el 82% restante no se tuvo acceso a la entrevista.

3. ¿Considera usted que ha cambiado su vida a raíz del diagnóstico de su familiar?



Se tuvo que un 9% de las personas entrevistadas expresaron que su vida ha cambiado a raíz del diagnóstico de su familiar, por otro lado el 9% expresó que no ha habido cambios en su vida y para el 82% restante no se tuvo acceso a entrevista.

4. ¿Cómo ha cambiado?



Según se observa el 9% expresó que su vida ha cambiado porque le preocupa perder a su hijo otro 9% expresó que no termina de aceptarlo y el 82% restante no se tuvo acceso a entrevista.

5. ¿Cuál fue la reacción que usted tuvo al enterarse del diagnóstico de su familiar?



Lo que se observa en esta gráfica es que el 9% expresó que la reacción que tuvo al conocer el diagnóstico de su familiar fue de llanto y tristeza, otro 9% expresó haber experimentado enojo y el 82% restante no se tuvo acceso a la entrevista.

6. ¿Considera usted que ha habido variante en su relación con su familiar a raíz de la enfermedad que él/ella posee?



El 9% de las entrevistas reflejaron que si ha habido variante en su relación con su familiar a raíz de la enfermedad el otro 9% expresó que no ha habido variante y el 82% restante no se pudo entrevistar.

7. ¿Cómo se manifiestan dichas variantes?



Se observa claramente que el 9% si experimenta variantes tales como irritabilidad del esposo, otro 9% no experimenta variantes y el 82% restante no se pudo entrevistar.

8. ¿Representa problema para usted que las demás personas conozcan sobre el padecimiento de su familiar?



En la gráfica se puede observar que para el 18% si representa problema el que los demás conozcan sobre el padecimiento de su familiar, el 82% restante no se pudo entrevistar.

9. ¿Cómo describiría la relación actual con su familiar?



La gráfica refleja que el 18% de las personas entrevistada describen poseer una buena relación con sus familiares portadores de VIH, el 82% restante no se pudo entrevistar.

10. ¿Brinda actualmente apoyo económico a su familiar?



Como se puede evidenciar que el 18% de las personas entrevistadas sí brinda apoyo económico a sus familiares portadores de VIH, el 82% restante no se pudo entrevistar.

11. ¿Anteriormente le brindaba su apoyo?



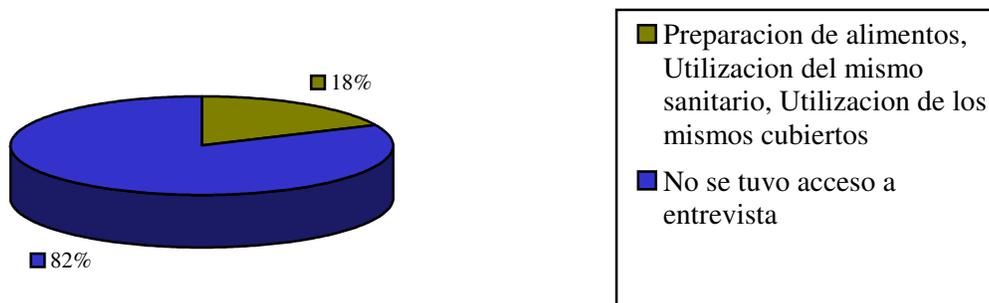
Los resultados de esta pregunta reflejan que un 18% antes del diagnóstico de su familiar han brindado apoyo económico a su familiar. Y el 82% restante que se observa son las personas que no se pudieron entrevistar.

12. ¿Realiza su familiar las mismas actividades hogareñas que desempeñaba antes de comunicarle su diagnóstico?



En cuanto a esta pregunta se obtuvo que el 18% de las personas entrevistadas expresaron que sus familiares portadores realizan las mismas actividades hogareñas que desempeñaban antes de comunicar su diagnóstico, por otro lado el 82% restante que se observa son las personas que no se pudieron entrevistar.

13. ¿Qué tipo de actividades continúa él/ella realizando?



En la gráfica se observa que el 18% expreso que sus familiares portador de VIH continúa realizando actividades tales como preparación de alimentos, utilización del mismo baño sanitario, utilización de los mismos cubiertos, el otro 82% restante que se observa son las personas que no se pudieron entrevistar.

14. ¿Anima usted a su familiar a continuar con su tratamiento?



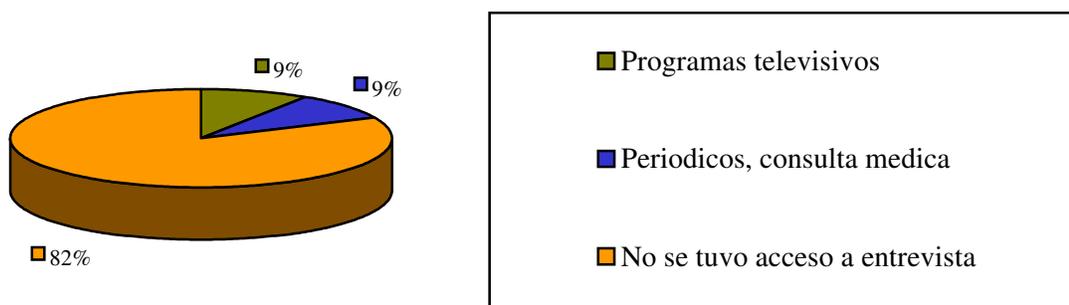
Se observa claramente que el 18% de las personas entrevistadas expresaron que sí animan a su familiar a continuar con su tratamiento y el 82% es el resultado de las personas que no se entrevistan

15. ¿Demuestra usted interés por informarse de la evolución de su familiar?



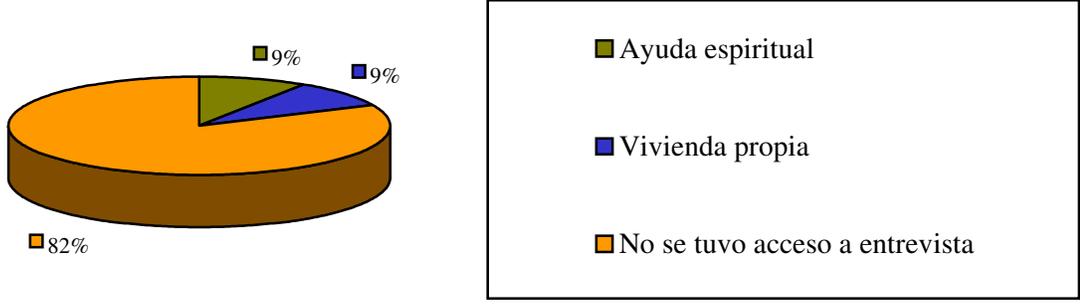
Se observa en la gráfica que el 18% de las personas entrevistadas si demuestran interés por informarse de la evolución de su familiar y el 82% es el resultado de no haber tenido acceso a entrevistar a más familiares del portador de VIH.

16. ¿A través de qué medios lo hace?



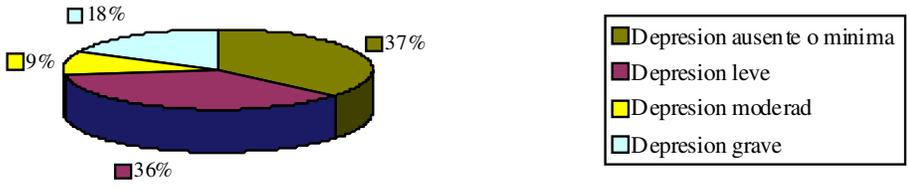
Se puede evidenciar gráficamente que un 9% expreso que se informa a través de los medios televisivos, otro 9% lo hace a través de periódicos y consulta médica y el 82% es el resultado de no haber tenido acceso a entrevistar a otros familiares de los demás portadores de VIH.

17. ¿Qué considera usted que podría ayudarles como familia a enfrentar mejor esta situación?



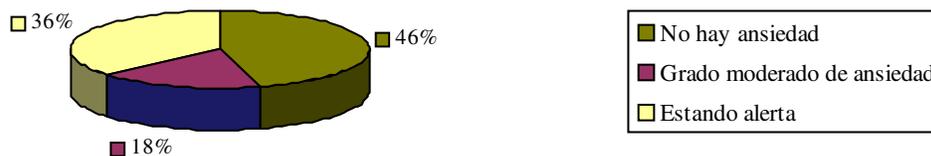
La gráfica refleja que un 9% considera que para ayudar a su familiar a enfrentar mejor su situación es a través de vivienda propia, el 82% que se observa son las personas que no se pudieron entrevistar y el 9% restante mejoran su situación a través de ayuda espiritual.

g) Resultados obtenidos de la aplicación de los instrumentos estandarizados INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK



Según la gráfica se puede observar que el 37% de las personas entrevistadas poseen depresión ausente o mínima, el 36% poseen Depresión Leve, un 0% Depresión moderada y un 18% posee Depresión grave.

ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON



En la gráfica se puede observar que el 46% de las personas entrevistados no poseen ansiedad, por otro lado el 18% poseen un grado moderado de ansiedad y el 36% se encuentra en estado alerta de Ansiedad.

ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSEMBERG



Se obtuvo que el 91% de la población se encuentra en el rango de reducida autoestima, mientras que el 9% se encuentra en un rango normal.

5.2 ANÁLISIS CUANTITATIVO

En este apartado se sometieron a prueba cinco hipótesis mediante el análisis de los datos empíricos obtenidos a través de la administración de cuatro Guías de Entrevista y tres Instrumentos Psicológicos Estandarizados dirigidos al portador de VIH, asimismo se administró una Guía de Entrevista dirigida a algún miembro de la familia de éste, por lo que a continuación se reflejan los resultados:

Hipótesis Específica 1:

“La discriminación que los miembros de la familia ejercen sobre el portador de VIH, produce en él/ella baja autoestima”.

Tomando en cuenta que esta hipótesis fue explorada a partir de los datos obtenidos de las preguntas 2,3,6,10,11 y 12 de la Guía de Entrevista dirigida a indagar si el portador de VIH ha sido objeto de discriminación familiar; asimismo de las preguntas 2,8,9,10,11 y 14 de la Guía de Entrevista dirigida a indagar el nivel de autoestima del portador como también de los ítems 2,4,5 y 8 de la Guía de Observación dirigida a identificar indicadores de autoestima en los portadores, de los cuales se obtuvo que 91% de los participantes manifestó haber sido discriminado por algún miembro de su familia, mientras que el 9% manifestó que no, asimismo el 91% de los participantes se encuentran en un rango de reducida autoestima a consecuencia de haber sido objeto de discriminación familiar manifestada a través de aislamiento del Portador de VIH de su grupo familiar, apartándole sus cubiertos, estando en desacuerdo en

utilizar el mismo baño y excluyéndole de la vivienda para que habite en una champa por temor al contagio y sólo el 9% se encuentra en el rango de autoestima normal, como consecuencia de estos resultados se acepta esta hipótesis.

Hipótesis Específica 2:

“La discriminación laboral hacia personas portadoras de VIH produce en él/ella sentimientos de baja autoestima”.

El análisis , valoración y comprobación de esta hipótesis se hizo a través de la utilización de la preguntas 1,4,7,8,12 y 13 de la Guía de Entrevista dirigida a indagar si la persona portadora de VIH ha sido discriminada por jefes y/o compañeros de trabajo; de igual forma de las preguntas 2,8,9,10,11 y 14 de la Guía de Entrevista dirigida a indagar el nivel de autoestima del portador como también de los ítems 2,4,5 y 8 de la Guía de Observación dirigida a identificar indicadores de autoestima en los portadores, de los cuales se obtuvo que el 9% manifestó que sí experimentó discriminación laboral de forma directa, mientras el 18% expresó que no y el 73% no posee trabajo debido a que en los lugares que con mayor posibilidad dado su nivel de estudio ellos podrían ubicarse (maquilas, restaurantes, talleres, almacenes) les solicitan pruebas de VIH para ser contratados, limitándose a este nivel el proceso de selección al que pretenden incorporarse, igualmente el 91% de los entrevistados se encuentran en un rango de reducida autoestima y sólo el 9% poseen un rango normal de autoestima , el 73% de los portadores experimentan baja autoestima a consecuencia de ser discriminados en el proceso de selección de personal, un 9% experimentó discriminación en su lugar de trabajo, otro 9% que también posee reducida

autoestima pero no en razón de discriminación laboral, mientras que un 9% se ubica en un rango normal de autoestima, por lo tanto se acepta esta hipótesis.

Hipótesis Especifica 3:

“La información sobre la evolución de la infección del VIH que el portador posea produce en él/ella mayor ajuste emocional a su nueva condición”.

La valoración y comprobación de esta hipótesis fue mediante la utilización de las preguntas 3,15,17,19,21 y 22 de la Guía de Entrevista dirigida a indagar el nivel de autoestima del portador de VIH, de la cual se obtuvo que 82% de los entrevistados manifestaron que sí se informan respecto a la evolución de su infección, mientras que el 18% expresó que no, asimismo el 91% de los entrevistados se ajustan emocionalmente a su condición a partir de poner en práctica los conocimientos adquiridos fruto de asistir a las jornadas informativas del Grupo de Apoyo, consulta médica, información obtenida mediante Internet, lectura de periódicos y revistas médicas y programas televisivos, mientras que el 9% no se ajusta, como consecuencia de estos resultados esta hipótesis se acepta.

Hipótesis Especifica 4:

“Los familiares del portador de VIH aunque estén informados sobre dicha enfermedad no le brindan al familiar el apoyo psicosocial necesario.”

El análisis, valoración y comprobación de esta hipótesis se realizó a través de los resultados de las preguntas 2, 3, 4,5, y 8 de la Guía de Entrevista dirigida al

portador de VIH para indagar la percepción que la familia de éste posee sobre su enfermedad, de la cual se obtuvo que el 64% de los entrevistados manifestó que su familia se informa a través de revistas médicas, Internet, periódicos, consulta médica y programas televisivos, mientras que el 36% expresó que su familia no se informa. Asimismo, el 73% de los portadores manifestó que su familia le brinda apoyo psicosocial producto de poseer mayores niveles de sensibilización y conocimiento de la evolución de la infección del portador de VIH mediante diferentes medios así como también poniendo en práctica los conocimientos adquiridos a través de los medios de información anteriormente mencionados; sin embargo, este apoyo es brindado solamente por uno o dos miembros de la familia del portador de VIH, un 27% expresó que su familia no le brinda este apoyo, como consecuencia de estos resultados esta hipótesis se rechaza.

Hipótesis Específica 5:

“La discriminación que los miembros de la familia ejercen sobre el portador, produce en él/ella síntomas de depresión y ansiedad.”

Esta hipótesis se sometió a comprobación a través de los resultados de las preguntas 3,8 y 9 de la Guía de Entrevista dirigida a indagar síntomas de depresión en el portador de VIH, como también de los resultados del Inventario de Depresión de Beck y la Escala de Hamilton para la Ansiedad, de los cuales se obtuvo que el 91% de los entrevistados experimentan síntomas de depresión en diferentes niveles por discriminación familiar mientras que el 9% expresan que no, aunado a lo anterior el 54% presentan estados de ansiedad mientras que el 46% no, por lo tanto esta hipótesis se acepta.

Hipótesis General:

“Cuanto más sea la discriminación familiar y laboral en personas portadoras de VIH, mayores serán los efectos nocivos psicosociales que estos padezcan”.

El análisis, valoración y comprobación de la hipótesis general se hizo en base a las hipótesis específicas aceptadas y rechazadas. La hipótesis uno se acepta debido a que la baja autoestima que posee el portador de VIH es fruto de la discriminación que los miembros de la familia ejercen sobre él; de igual forma, la hipótesis dos se acepta en tanto que los sentimientos de baja autoestima en el portador se presentan como consecuencia de ser víctima de discriminación laboral; asimismo, la hipótesis tres se acepta porque el ajuste emocional que las personas portadoras poseen es producto de haber alcanzado mayores niveles de sensibilización y conocimiento de la evolución de la enfermedad, como también la hipótesis cinco se acepta puesto que la discriminación que la familia ejerce sobre el portador produce en él/ella sentimientos de depresión y ansiedad. Sin embargo, la hipótesis específica cuatro se rechaza debido a que desde la percepción del portador de VIH su grupo familiar a través del conocimiento ha adquirido respecto a la evolución de su enfermedad le brinda apoyo psicosocial.

En este sentido la hipótesis general se acepta parcialmente debido a que se obtuvo un total de cuatro hipótesis específicas aceptadas y una rechazada.

5.3 ANÁLISIS CUALITATIVO

A continuación se refleja el análisis cualitativo, el cual es producto de confrontar la teoría planteada en el Marco Teórico y los datos empíricos recabados en el proceso de investigación de campo.

En relación a la discriminación que los miembros de la familia ejercen sobre el portador de VIH y la baja autoestima que ello les genera, en esta investigación ha sido posible constatar que existe un estigma percibido en todos y cada uno de los participantes en tanto que experimentaron temor a revelar su diagnóstico al estar atravesando por la etapa de negación la cual se caracteriza por un estado de incredulidad, confusión, ansiedad y desconcierto y por consiguiente su verdadera esfera afectiva no es expresada por ellos con libertad por el prejuicio social existente, suscitándose en la mayoría de portadores que sólo comunicaron su condición de salud a los familiares más cercanos, si acaso uno o dos de ellos, ya sea a los padres o a los cónyuges. Existe además un “estigma efectivo” dado que al menos una persona del grupo familiar ha discriminado al portador ya sea apartando sus platos, dejando de usar el mismo baño, distanciándose física y emocionalmente y hasta dejándoles en situación de abandono. Se pudo además apreciar que la actitud de los participantes no es la misma estando rodeados de personas en su misma condición de salud por el hecho de sentirse totalmente comprendidos y aceptados que al estar con miembros de su familia, su comportamiento lógicamente adquiere mayor espontaneidad, afloran emociones y sentimientos que revelan dolor y poca aceptación, esto se presenta relacionado con el Principio del Determinismo que refiere que “la psiquis está determinada por el modo de vida y cambia al cambiar éste”, ya que su padecimiento produjo un cambio en el estilo de vida que condujo a un desequilibrio que lacera la

autoestima del portador al verse afectadas relaciones fundamentales en la vida de todo individuo, como son las que se establecen en el grupo familiar como primer ente socializador en el cual se crean vínculos de afecto y protección y, por ser un ambiente en el cual se define el que la persona se perciba aceptada o rechazada, lo que en este caso particular genera que el portador de VIH no satisfaga sus necesidades sociales y, por ende, las de autorrealización dadas las carencias que experimenta en el plano afectivo referidas a rechazo e insuficiente apoyo económico, entre otros.

El ámbito laboral es otro contexto a través del cual las personas pueden experimentar realización o insatisfacción pues por medio de éste el ser humano suple no sólo sus necesidades básicas sino también las de carácter social, el hecho que en este ambiente se advierta discriminación laboral conlleva a que las personas portadoras de VIH experimenten sentimientos de baja autoestima ya que se tiene que el 73% de la población no posee trabajo en tanto que padece discriminación laboral desde el momento mismo que en el proceso de selección de personal les exigieron pruebas de VIH para otorgarles empleo, por lo que optan por ubicarse en el rubro de subempleados recogiendo latas y hierro para venderlo por libraje y sufragar así el sustento diario y el de sus familiares, mientras que en el caso de las mujeres realizan trabajo como el “lavado de ropa”, actividades que no logran satisfacer sus necesidades básicas y mucho menos las de carácter social. De igual forma se cuenta con la afirmación de una persona (9%) de haber sido discriminada laboralmente en forma directa obligándola a tomar la decisión de renunciar luego de optar sus jefes por relegarlo en repetidas ocasiones de puestos de trabajo y realizar la acción violenta de lanzarlo de un vehículo en marcha y justificar esta situación como abandono de servicio, y encontrarse la persona obligada a interponer denuncia

por despido injustificado de parte de la empresa ante instancias como el Ministerio de Trabajo y la Procuraduría General de la República, encontrándose su demanda en proceso legal; otro 18% afirma que no es discriminado por las características propias de su empleo dado que uno de ellos trabaja en forma independiente yendo a la frontera a comprar artículos varios a buen precio, los cuales le puedan generar ganancia mientras que el otro trabaja en una ONG como Educador/Consultor, siendo el rubro de ésta la prevención de la infección del VIH, quien refiere que en su ambiente laboral no se presentan de parte de sus jefes como tampoco de sus compañeros de trabajo actitudes discriminatorias sino por el contrario, fue contratado a sabiendas que es portador de VIH.

Marx planteaba que el trabajo en el Sistema Capitalista se ha desnaturalizado de forma tal que no permite que el trabajador se realice en él, alienándose; sin embargo, las personas necesitan trabajar para sentirse bien consigo mismas, lo cual queda evidenciado con el 6.8% de personas desempleadas en El Salvador, ello sin tomar en cuenta que la PEA no toma en cuenta los oficios domésticos, los trabajos temporales como por ejemplo la zafra, la corta de café, entre otros, que se convierten en población activa y subempleada y con el 73% de la población investigada a la cual se le ha imposibilitado acceder a un empleo decoroso, lo cual repercute en la autoestima de ellas dado que toda idea o motivación tanto de realización personal como de procurarse una vida digna para si mismos y para su grupo familiar se vislumbra en forma desventajosa para su desarrollo integral.

Por otra parte, no podemos descartar que tal como argumenta Ignacio Martín Baró es a través del trabajo como el individuo va objetivando su ser plasmándolo en realizaciones, éxitos y fracasos que le llevarán no sólo a las

alegrías y tristezas más importantes de su día tras día, sino sobre todo a la satisfacción o insatisfacción consigo mismo, a su realización o frustración existencial. Asimismo, el Materialismo Histórico Dialéctico respalda que esta población no logra satisfacer sus necesidades de carácter social en tanto que la sociedad no le permite acceder a un empleo digno generando esta situación que las personas portadoras de VIH experimenten efectos perjudiciales en su salud física y mental, pues no son capaces de dar cobertura a sus necesidades básicas tales como alimentación, vivienda, salud, educación, recreación y vestuario creándose así en ellos una permanente insatisfacción que conduce a la fragmentación de su personalidad en áreas específicas como su autoimagen y la consecuente percepción de poca valía y capacidad personal. Sin embargo, se sabe que el ser humano no es un ente pasivo sino por el contrario dinámico y activo, es en este sentido que la información sobre la evolución de la infección del VIH se vuelve trascendental para que la persona logre un adecuado ajuste emocional a su nueva condición. En el proceso investigativo se obtuvo que las personas portadoras de VIH del Grupo de Apoyo “Deseos de Vivir” otorgan la relevancia necesaria al hecho de informarse respecto a la evolución de su enfermedad asistiendo a jornadas informativas del Grupo de Apoyo y de otras instituciones que velan por los derechos de sectores específicos de la población como son ISDEMU, PASMO, FUNDACION ATLACATL, CONASIDA, entre otras, así también procurando la adherencia a su tratamiento, lo cual implica un significativo avance para mejorar su calidad de vida. Esto se vincula con el

Principio del Determinismo, ya que estas personas a partir de su diagnóstico han optado por realizar cambios en su estilo de vida referidos al autocuidado en sus diferentes manifestaciones, entre ellas el uso de preservativos en todas sus relaciones sexuales, cambios de conducta en cuanto a evitar el consumo excesivo

de bebidas alcohólicas y tabaco, incorporándose a actividades de carácter recreativo y religiosas, lo que conduce a considerar que se encuentran en vías de aceptación de su enfermedad, debido a que los portadores de VIH buscan reelaborar sus planes de vida y esquemas de valores, comenzando a privilegiar su calidad de vida y comprometiéndose a replantear sus proyectos personales o de bien común.

Si bien es cierto la desinformación sobre la enfermedad del VIH que la familia posee conduce a que ésta no apoye psicosocialmente al portador, en esta investigación se ha verificado que al estar informado el grupo familiar y por ende encontrarse más sensibilizado, la percepción hacia su familiar cambia y con ello su actitud, siendo el caso que el 64% de los familiares sí muestra interés en informarse, mientras que el 36% expresó que su familia no muestra interés; sin embargo, es importante destacar que este apoyo es brindado únicamente a lo sumo por uno o dos miembros de la familia. Esta situación, que conlleva al portador de VIH el revelar su verdad a algunos miembros de su familia y a otros no, constituye una relación en mayor o menor grado disfuncional que afecta a todo el sistema familiar, produciendo a su vez en los portadores el percibirse a sí mismos en forma negativa. Esto es congruente con el Principio del Desarrollo de la Psiquis de la conciencia en la actividad, referido a que la psiquis puede ser comprendida correctamente y ser explicada de una manera adecuada, sólo si se le analiza como producto del desarrollo y resultado de la actividad, lo cual se encuentra en estrecha relación con la actitud que manifiestan los miembros de la familia hacia el portador, que puede ser de comprensión o de rechazo y depende de los recursos con que disponen para afrontar esta situación, en donde es posible percatarse que habiendo una adecuada información sobre la infección el apoyo psicosocial que la familia

brinda es mayor, convirtiéndose éste en un apoyo consciente por parte de los miembros de la familia que verdaderamente conocen la situación por la que el portador atraviesa, diferente al apoyo que la familia brinda al ignorar la condición de salud del portador.

Por otra parte, no puede descartarse en este caso particular que al no haber revelado los portadores su situación de salud a todos los miembros de su familia, su realidad se presenta segmentada y la carga emocional suscitada de todo el impacto existencial ante la inminente etapa del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida y más aún el temor a la muerte producen en él síntomas de depresión y ansiedad, corroborándose que todas las personas se encuentran actualmente en niveles que van de depresión mínima a grave; de igual forma se evidenciaron estados de ansiedad moderados y, en alerta, predominando en el 73% de los participantes un estado de ánimo triste, el hecho que lloran con facilidad, que poseen sentimientos de culpa, que no duermen bien y el 27% ha tenido inclusive intentos suicidas. Esto puede ser explicado mediante el enunciado de la teoría Materialista Dialéctica que señala que la "esencia del ser humano no es propiedad individual en particular, sino el conjunto de relaciones sociales por el mero hecho de su naturaleza de ser social", lo cual es posible comprenderlo considerando que muchos de los síntomas que las personas portadoras de VIH presentan referidos a depresión y ansiedad no son más que el reflejo en ellos del mundo exterior, es decir, de todo un complejo sistema de relaciones desiguales de poder, falta de oportunidades, discriminación y desesperanza, de escasas, por no decir nulas posibilidades de cambio. Todo esto, aunado a los efectos secundarios que estas personas experimentan en la Fase Intermedia de la enfermedad debido al tratamiento antiretroviral que ingieren para controlar la evolución del virus, el que

contribuye a que la persona experimente estados de hastío, pérdida de motivación que repercute en aspectos vitales tales como su alimentación, alteraciones del sueño, estados depresivos y, en ocasiones, hasta en el incumplimiento de la terapia antiretroviral.

En síntesis, la discriminación familiar y laboral ha provocado en los portadores de VIH sentimientos de baja autoestima, síntomas de depresión y ansiedad. No obstante de los efectos nocivos experimentados por las personas portadoras de VIH éstos no obstaculizan el que ellas procuren ajustarse emocionalmente a su nueva condición de salud poniendo en práctica los conocimientos adquiridos a través de los medios anteriormente citados.

CONCLUSIONES

a) Considerando el hecho que la percepción que las personas poseen respecto del individuo es un eje mediante el cual se construye su autoestima, en esta investigación fue posible constatar que los miembros de la familia de los portadores de VIH han ejercido discriminación sobre ellos al mostrarles rechazo y distanciarse de éstos física y emocionalmente sobredimensionando el riesgo de adquirir la enfermedad por motivos de desinformación, lacerando consecuentemente aspectos fundamentales de la personalidad de los portadores como lo son su autoestima y autoconcepto, permitiendo concluir que existe una relación directa entre discriminación y baja autoestima ya que es de este grupo primario del cual se espera obtener apoyo psicosocial y, al no obtenerlo, las personas portadoras de VIH poseen menos recursos en el plano afectivo y económico para ajustarse a su diferente condición de salud.

b) En términos generales, la situación de desempleo y pobreza para el salvadoreño promedio es de por sí generadora de sentimientos de preocupación, ansiedad y zozobra ante la realidad inminente de encontrarse en el marco de no poder cubrir sus necesidades más básicas como son la alimentación, salud, vivienda, vestuario y educación, por no mencionar la recreación y las “necesidades del ser” o autorrealización a las cuales hace referencia Abraham Maslow. Ante este panorama, el no poseer un empleo aún con toda la alienación que pueda conllevar para el individuo el hecho de poseerlo y la forma como lo vivencie, continúa representando una necesidad imperante para éste y, en el caso particular de los portadores de VIH esta necesidad adquiere niveles mayormente ansiógenos porque al requerir de ellos la prueba de VIH en el proceso de selección se ven anuladas todas sus

expectativas de percibirse útiles para sí mismos como para la sociedad. Fue posible constatar que como consecuencia de ser discriminados laboralmente, los portadores de VIH poseen sentimientos de poca valía y capacidad personal, lo cual genera en ellos baja autoestima.

c) El conocimiento es la premisa fundamental por medio de la cual el ser humano trasciende a niveles más profundos, mismo que le produce seguridad; el conocer en qué consiste la enfermedad que padecen, así como la evolución de la misma, brinda mayores recursos a los portadores de VIH tanto en el ámbito físico como emocional puesto que ello les permite adquirir mayor adherencia al tratamiento, reelaborar sus planes, así como ser conscientes de sus propios límites. El seguimiento que los integrantes del Grupo de Apoyo “Deseos de Vivir” brindan a la evolución de la enfermedad se constituye en determinante para un mejor ajuste emocional y, por lo tanto, una real aceptación de su situación de salud.

d) La actitud de los familiares de los portadores de VIH se pone de manifiesto en tanto que se informan sobre la evolución de la enfermedad y brindan apoyo al portador; sin embargo éste se vuelve insuficiente debido a que los portadores no han superado la barrera de dar a conocer su diagnóstico a sus demás familiares por el estigma que percibe, mismo que no les permite romper el silencio y comunicarlo a los demás miembros de su familia.

e) Siendo el caso que la mayor parte de la población que constituyó la muestra de esta investigación está formada por adultos de los que dependen afectiva y económicamente otros miembros de su familia, el hecho de ya no poder cubrir las necesidades básicas de su grupo es un factor desencadenante para

experimentar síntomas de depresión y ansiedad. Asimismo lo es el constatar por comentarios de los familiares que desconocen su diagnóstico la percepción de rechazo, de asco, de poco valor que la mayoría de las personas atribuye a las personas portadoras de VIH, lo cual les bloquea para revelar su verdad a otros.

RECOMENDACIONES

AL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL:

A continuar capacitando al personal de salud a fin de erradicar al plazo más corto posible algunas manifestaciones de discriminación que a ese nivel continúan presentándose debido al prejuicio social existente referido a las vías de transmisión del VIH (adecuado manejo del principio de confidencialidad, atención médica oportuna, trato digno al paciente).

A redoblar esfuerzos por continuar trabajando en la prevención del VIH y la educación sexual desde la niñez.

A continuar brindando apoyo a las personas portadoras de VIH a través de campañas de concientización dirigidas a la población en general, así como también brindando el soporte directo a los grupos de apoyo mediante jornadas informativas impartidas por personal especializado, a la vez que capacitando a los portadores en el desarrollo de habilidades vocacionales (elaboración de artesanías, alimentos, piñatas, entre otros).

A valorar la contratación de más profesionales en el área de la Salud Mental a cargo de programas específicos como lo son los Grupos de Apoyo para portadores de VIH, prevención del suicidio y la depresión, atención psicológica dirigida a niños, adolescentes, adultos jóvenes y adultos mayores.

AL MINISTERIO DE TRABAJO:

A coordinar con las instituciones gubernamentales y privadas la creación de nuevos espacios de inserción laboral.

A monitorear que se cumpla tanto en las instituciones gubernamentales como privadas el no solicitar la prueba de VIH como requisito para otorgar empleo a las personas.

AL MINISTERIO DE EDUCACIÓN:

A continuar trabajando coordinadamente con el MSPAS para crear programas idóneos a las edades de los educandos que incorporen a su vez, la formación en valores.

A ESTUDIANTES EGRESADOS DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA:

A profundizar en los “Efectos Psicosociales que genera la discriminación en áreas de la personalidad de los portadores de VIH como lo son la Autoimagen y el Autoconcepto.”

A indagar acerca de la “Incidencia de la desinformación que los jefes o propietarios de instituciones gubernamentales o privadas poseen sobre las vías de transmisión del VIH en el proceso de contratación o despido de los portadores”.

AL SECTOR EMPRESARIAL DE EL SALVADOR:

A informarse sobre la evolución de la enfermedad y reconocer el alto índice poblacional que actualmente se encuentra comprometido orgánicamente con el virus a nivel nacional y, a partir de ello, crear nuevas políticas organizacionales que permitan mayor flexibilidad en los procesos de selección de personal y en el empleo mismo en aspectos puntuales como son los horarios de trabajo, asistencia a consulta médica y psicológica, entre otros.

A LOS PROFESIONALES DE LA SALUD FÍSICA Y MENTAL

A dimensionar en su real magnitud el impacto psicológico, fisiológico y social que produce en el portador de VIH el conocer su diagnóstico, el aceptarlo y, posteriormente, ajustarse a su diferente condición de salud, misma que permita una actitud más empática hacia el portador y de mayor conciencia social.

A LOS GOBERNANTES DE EL SALVADOR:

A apoyar a las instituciones creadas para velar por los derechos de las PVVS y a que los referidos derechos sean respetados a cabalidad.

A LOS FAMILIARES DE LAS PERSONAS PORTADORAS DE VIH

A brindar comprensión a su familiar, reconociendo la presencia de esta enfermedad como un problema social y no como una circunstancia que el portador eligió experimentar.

A brindar apoyo psicosocial a su familiar en el área afectiva, de la comunicación, de la economía, por presentarse éstas como las más afectadas en los grupos familiares que intervinieron en esta investigación.

A LOS PORTADORES DE VIH:

A ser constantes en el seguimiento de su tratamiento antirretroviral y psicológico, que contribuya a mejorar su calidad de vida.

A mantener una actitud positiva frente a la vida y a identificar que en sí mismo existe un potencial probablemente hasta ahora no descubierto por él/ella.

A LA SOCIEDAD SALVADOREÑA:

A dejar de lado la indiferencia ante la posibilidad de infectarnos con el VIH y reaccionar ante ésta sólo hasta el momento en que pueda impactarnos individualmente o a cualquiera de nuestros familiares.

SUPUESTOS RIESGOS

- Que las autoridades del Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA no autorizara la ejecución de la presente investigación.
- La posible indiferencia de los portadores de VIH hacia el Grupo Investigador.
- El no contar con el espacio físico adecuado para realizar la investigación.
- La nula o poca constancia en la asistencia de los portadores de VIH a las reuniones programadas.
- La presencia de enfermedades oportunistas en el portador de VIH que le imposibilitaran la asistencia a las reuniones programadas.

BIBLIOGRAFÍA

- Acción e Ideología, Ignacio Martín Baró, Pág. 188.
- Administración y Conducción de Empresas. Eart. P. Strong., Pág. 108.
- Alteraciones Emocionales y Variables de Personalidad.
- Alteraciones Psicológicas en el Paciente de VIH/ L. Canoves Martínez, Pág. 5.
- Avance en la Comprensión de VIH/SIDA Izasola, A. Astold.
- Definición y Clasificación de los Grupos, Pág. 83. Estrategia, E. Sarazuba, Pág. 25.
- Factores Psicosociales que determinaron el Cambio de Identidad Sexual en personas del sexo masculino que laboran en Salones de Belleza, de la ciudad de Santa Ana.
- Guía Para la Consejería Previa y Posterior a la Prueba del VIH/SIDA, Pág. 47-48.
- Ley Contra El SIDA, Artículo 6. 199
- Manual de Información Básica sobre la Prevención del VIH/SIDA, Pág. 4.

- Manual Metodológico para el Manejo de Grupos de Apoyo de PVVS, Pág. 22.
- Materialismo Dialéctico y Lógica Dialéctica. A.G. Spirkin.
- Psicología General de Petrovski, Pág. 47
- Revista Médica del IMSS. Rev. M. IMSS. 1983, Pág 14.
- Selección del Personal y Subsistema de Provisión de Recursos Humanos. Pág. 225.
- Vih y Discriminación en Ica
- Violencia Estructural, Desigualdade Social e Vulnerabilidade frente ao HIV/AIDS, Río de Janeiro.
- [www.orígenes delvih-sida.htm](http://www.orígenes.delvih-sida.htm).
- [www.teorías delvih.htm](http://www.teorías.delvih.htm)
- wwwproliferacióndelvih/por/Europa.htm
- www.ucmh.sid.cu/rhab/rbcm_vol_7m1
- www.elpaís.com/artículo/sociedad/estudio/sanidarevela
- wwwpágina12com.ar/diario/sociedad/subnotas

- www.Georginaelustondo.gelustondo.olarín.com
- www.teoríasdelapersonalidad.html.
- www.motivaciónypersonalidad.com
- www.brssida.insp.mx./articulos/4303.pdf.
- www.ONUSIDA.social.com
- www.elportdordevih/sida/actitudfrentealaenfermedad.com
- www.gestiópolis.com/Canals/deirhh/articulos/n8/politiquerías.htm
- www.psicologíaorganizacional/esencial.html.
- www.gerenciaderecursoshumanos/informeauditorfía.htm.

ANEXOS

ANEXO 2

INSTRUMENTO N° 1

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA DE OCCIDENTE

DEPARTAMENTO DE CIENCIAS SOCIALES FILOSOFIA Y LETRAS

SECCIÓN PSICOLOGIA

GUÍA DE ENTREVISTA SEMI ESTRUCTURADA

OBJETIVO: Indagar si la persona portadora de VIH ha sido objeto de discriminación por parte de alguno /s de los miembros de su grupo familiar.

INDICACIÓN: A continuación se le formularán una serie de interrogantes a las cuales se les solicita contestar en forma veraz.

I. DATOS PERSONALES:

Edad: _____ Sexo: _____

Profesión/Ocupación: _____

Orientación sexual: _____

Grado de instrucción: _____

I. SITUACION FAMILIAR:

¿Tiene hijos? SI _____ NO _____

¿Con quienes vive? Pareja: _____ Pareja /hijo _____

Pareja y hermanos _____ Otros familiares: _____

Solo/a: _____ Otras personas (especifique) _____

1. ¿Cuál fue la reacción que tuvo su familiar al conocer su enfermedad?

H. E: 1

2. Actualmente ¿considera que existe comunicación fluida entre usted y su familia?

3. ¿Vivencia de parte de sus familiares demostraciones afectivas?

H. E: 4

4. ¿Demuestra su familia interés por informarse sobre la evolución de su enfermedad?

5. ¿A través de que medios lo demuestra?

a) Revistas médicas____ b) Internet_____ c) Programas radiales_____
d) Periódicos___ consulta médica_____ f) Televisión_____

H. E: 1

6. ¿Se ha sentido discriminado por algún miembro de su familia por ser portador de VIH?

¿En qué ocasiones? ¿En qué lugares?

7. ¿Como lo ha afrontado?

8. En el aspecto económico ¿recibe apoyo de algún miembro de su familia?

9. ¿Qué podría ayudar a enfrentarlo a enfrentar mejor esta situación?

10. ¿Cómo describiría la relación existente entre usted y su pareja?

11. ¿Cómo describiría la relación existente entre usted y sus padres?

12. ¿Cómo describiría la relación existente entre usted y sus hermanos/as?

INSTRUMENTO N° 2

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA DE OCCIDENTE

DEPARTAMENTO DE CIENCIAS SOCIALES FILOSOFIA Y LETRAS

SECCIÓN PSICOLOGIA

GUÍA DE ENTREVISTA SEMI ESTRUCTURADA

OBJETIVO: Indagar si algún miembro de la familia del portador de VIH ejerce discriminación sobre éste en razón de su condición de salud.

INDICACIÓN: A continuación se le formularán una serie de interrogantes las cuales se les solicita contestar en forma veraz.

I. DATOS PERSONALES:

Edad: _____ Sexo: _____

Profesión /Ocupación: _____

Orientación sexual: _____

Grado de instrucción: _____

II. SITUACION FAMILIAR:

¿Tiene hijos? SI _____ NO _____

¿Con quienes vive? Pareja: _____ Pareja e hijos: _____

Pareja y hermanos _____ Otros familiares: _____

Solo/a: _____ Otras persona (especifique) _____

H:E:1

1. ¿Acepta usted la condición de salud de su familiar?

Si_____ No _____ ¿por qué?

2. ¿Cuánto tiempo tardó en aceptar su condición?

Semanas_____ Meses_____ Años_____

3. ¿Considera usted que ha cambiado su vida a raíz del diagnóstico de su familiar?

Si_____ No _____ ¿por qué?

4. ¿Cómo ha cambiado?

5. ¿Cuál fue la reacción que tuvo al enterarse del diagnóstico de su familiar?

6. ¿Considera usted que ha habido variante en la relación con su familiar a raíz de la enfermedad que él/ella posee?

Si_____ No _____

7. ¿Cómo se han manifestado dichas variantes?

A través de Rechazo_____ Indiferencia _____ Desconfianza_____

8. ¿Representa un problema para usted que las demás personas conozcan sobre el padecimiento de su familiar?

9. ¿Cómo describiría la relación actual con su familiar?

10. ¿Usted le brinda apoyo económico a su familiar?

Si_____ No _____

12. ¿Realiza su familiar las mismas actividades hogareñas que desempeñaba

antes de comunicarle su diagnóstico?

Si_____ No _____

13. ¿Qué tipo de actividades continúa él/ella haciendo?

Preparación de alimentos_____

Utilización del mismo baño_____

Utilización de los mismos cubiertos_____

14. ¿Anima usted a su familiar a continuar su tratamiento?

Si_____ No _____

15. ¿Demuestra usted interés por informarse de la evolución de la enfermedad de su familiar?

Si_____ No _____

16. ¿A través de que medios lo hace?

A) Revistas médicas____ b) Internet_____ c) Programas radiales_____ d) Periódicos_____ e) Consulta médica_____ f) Televisión_____

17. ¿Qué consideraría que podría ayudarles como familia a enfrentar mejor esta situación?

INSTRUMENTO N° 3

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA DE OCCIDENTE

DEPARTAMENTO DE CIENCIAS SOCIALES FILOSOFIA Y LETRAS

SECCIÓN PSICOLOGIA

GUÍA DE ENTREVISTA SEMI ESTRUCTURADA

OBJETIVO: Indagar si la persona portadora de VIH ha sido objeto de discriminación por parte de jefes o compañeros de trabajo.

INDICACIÓN: A continuación se le formularán una serie de interrogantes las cuales se les solicita contestar en forma veraz.

I. DATOS PERSONALES:

Edad: _____ Sexo: _____

Profesión/Ocupación _____

Orientación sexual: _____

Grado de instrucción: _____

H.E:2

1: ¿Trabaja actualmente?

Si _____ NO _____

2. ¿En qué trabaja?

4. Al acceder a su empleo ¿le exigieron pruebas de VIH?

5. Al otorgarle su actual puesto de trabajo ¿firmó un contrato laboral?
6. Al conocer su/ jefe/s de su diagnóstico ¿Qué reacción mostraron?
7. ¿Ha experimentado manifestaciones de discriminación por parte de jefes?
8. ¿Ha experimentado manifestaciones de discriminación por parte de sus compañeros de trabajo?
9. ¿Considera apropiadas las condiciones de trabajo en las que se desempeña?
10. ¿Existe flexibilidad por parte de sus jefes en permitirle asistir a sus consultas médicas y psicológicas?
11. ¿Es flexible su jefe en cuanto a las tareas que usted realiza dadas sus condiciones de salud?
12. ¿Ha vivenciado a consecuencia de ser portador de VIH el ser relegado a puestos de menor importancia en su trabajo?
13. ¿Ha sido despedido de algún trabajo a consecuencia de su condición de salud?
14. ¿Conoce los derechos laborales que posee como persona viviendo con VIH/SIDA?
15. ¿Ha acudido a alguna organización gubernamental o no gubernamental por percibir que se han sido violentado sus derechos como portador?
¿Ante quién? ¿Qué respuesta tuvo?
16. Desde su criterio considera ¿considera necesaria la atención psicológica?

INSTRUMENTO N° 4

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA DE OCCIDENTE

DEPARTAMENTO DE CIENCIAS SOCIALES FILOSOFIA Y LETRAS

SECCIÓN PSICOLOGIA

GUÍA DE ENTREVISTA SEMI ESTRUCTURADA

OBJETIVO: Indagar el nivel de conocimiento que la persona portadora de VIH posee respecto a su autoestima.

INDICACIÓN: A continuación se le formularán una serie de interrogantes a las cuales se les solicita contestar en forma veraz.

I. DATOS PERSONALES:

Edad: _____ Sexo: _____

Profesión /Ocupación: _____

Orientación sexual: _____

Grado de instrucción: _____

1. ¿Cómo reaccionó usted al conocer su diagnóstico de ser portador de VIH?
2. ¿Cómo cambió su vida luego del diagnóstico?
3. ¿Comunicó a alguien su diagnóstico o se lo guardó en secreto?
4. ¿Cuánto tiempo tardó en comunicarle su diagnóstico a su familiar?

5. ¿H experimentado variantes en las relaciones que sostiene con su grupo de amigos?

SI _____ NO _____

6. ¿En qué contextos?

a) Comunidad _____ b) Lugar de estudio _____ Iglesia _____

7. ¿Cómo se manifiestan dichas variantes?

a) Rechazo _____ b) Indiferencia _____ c) Desconfianza _____

H. E:1

8. ¿Se acepta usted tal como es?

9. ¿Es capaz de identificar sus virtudes?

10. ¿Es capaz de identificar sus defectos?

11. ¿Es capaz de tomar decisiones por si mismo?

12. ¿Se siente satisfecho con los logros que ha obtenido en su vida?

13. ¿Teme el no poder realizar alguna actividad por falta de fuerza?

14. ¿Piensa que es una persona importante?

H.E:3

15. ¿Le agrada participar en reuniones sociales?

16. ¿Se siente seguro/a de si mismo/a?

17. ¿Acepta usted su condición de salud?

18. ¿Cuánto tiempo tardo en aceptar dicha condición?

19. ¿Es constante en el seguimiento de su tratamiento?

20. ¿Busca los medios para informarse respecto a la evolución de su enfermedad?

21. ¿Cómo influye en usted la percepción que las demás personas poseen respecto a su condición de salud?

22. ¿Ha habido cambios en sus relaciones sexuales debido a su enfermedad?

INSTRUMENTO N° 5

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA DE OCCIDENTE

DEPARTAMENTO DE CIENCIAS SOCIALES FILOSOFIA Y LETRAS

SECCIÓN PSICOLOGIA

GUÍA DE ENTREVISTA SEMI ESTRUCTURADA

OBJETIVO: Indagar en el portador de VIH síntomas de depresión a causa de discriminación familiar.

INDICACIÓN: A continuación se le formularán una serie de interrogantes a las cuales se les solicita contestar en forma veraz.

I. DATOS PERSONALES:

Edad: _____ Sexo: _____

Profesión /Ocupación: _____

Orientación sexual: _____

Grado de instrucción: _____

H.E:5

1. ¿Cuál es su estado de ánimo?
2. ¿Llora usted con facilidad por el trato que le da su familiar?
3. ¿Se siente triste por esa situación?
4. ¿Siente placer en las actividades que realiza?
5. ¿Se siente cansado?

6. ¿Se siente sin energía?
7. ¿Se siente inútil?
8. ¿Posee sentimientos de culpa?
9. ¿Duerme usted bien?
10. ¿Ha tenido ideas suicidas por la actitud discriminante de su familiar?

INSTRUMENTO N° 6

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA DE OCCIDENTE

DEPARTAMENTO DE CIENCIAS SOCIALES FILOSOFIA Y LETRAS

SECCIÓN PSICOLOGIA

GUIA DE OBSERVACIÓN

OBJETIVO: Observar el comportamiento del portador de VIH que permita identificar niveles de autoestima en él/ella.

INDICACIÓN: Marcar con una "x" los indicadores observados en las personas

I. DATOS PERSONALES:

Sexo: _____ Fecha: _____

Observador: _____

Actitud	Siempre	Casi Siempre	Nunca
Dificultad para comunicarse			
Se aísla			
Muestra indiferencia			
Descuido en su arreglo personal			
Expresa incapacidad para realizar actividades			
Es participativo			
Muestra desánimo			
Se muestra inseguro			

**ANEXO 3
INSTRUMENTO N° 7**

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

NOMBRE: _____ N° _____

TERAPEUTA: _____ FECHA: _____ EVALUACIÓN: _____

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones por favor lea con atención cada una. A continuación señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido DURANTE ESTA ÚLTIMA SEMANA, INCLUIDO EL DIA DE HOY. Rodee con un círculo el número que está a la izquierda de la afirmación que haya elegido. Si dentro de un mismo grupo hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márquela también. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección.

1. 0 No me siento triste
- 1 Me siento triste
- 2 Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
- 3 Me siento triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.
2. 0 No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.
- 1 Me siento desanimado respecto al futuro.

- 2 Me siento que no tengo que esperar nada.
 - 3 Siento que el futuro es desesperanzador y que las cosas no van a mejorar.
- 3.**
- 0 No me siento fracasado
 - 1 Creo que he fracasado más que la mayoría de personas.
 - 2 Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.
 - 3 Me siento una persona totalmente fracasada.
- 4.**
- 0 Las cosas me satisfacen tanto como antes.
 - 1 No disfruto de las cosas tanto como antes.
 - 2 Ya no tengo una satisfacción auténtica de las cosas.
 - 3 Estoy insatisfecho o aburrido de todo.
- 5.**
- 0 No me siento especialmente culpable.
 - 1 Me siento culpable en bastantes ocasiones.
 - 2 Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
 - 3 Me siento culpable constantemente.

6. 0 Creo que no estoy siendo castigado.
1 Siento que puedo ser castigado.
2 Espero ser castigado.
3 Siento que estoy siendo castigado.
7. 0 No me siento descontento conmigo mismo.
1 Estoy descontento conmigo mismo.
2 Me avergüenzo de mi mismo.
3 Me odio.
8. 0 No me considero peor que cualquier otra cosa.
1 Me autocrítico por mis errores o por mis debilidades.
2 Continuamente me culpo por mis faltas.
3 Me culpo por todo lo malo que sucede.
9. 0 No tengo ningún pensamiento de suicidio.
1 A veces pienso en suicidarme, pero no lo haría.
2 Desearía suicidarme.
3 Me suicidaría si tuviese la oportunidad.
10. 0 No lloro más de lo que solía.

- 1 Ahora lloro más que antes.
 - 2 Lloro continuamente.
 - 3 Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo incluso aunque quiera.
-
- 11.** 0 No estoy más irritado de lo normal.
- 1 Me molesto más fácilmente que antes.
 - 2 Me siento irritado continuamente.
 - 3 No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme.
-
- 12.** 0 No he perdido el interés por los demás.
- 1 Estoy menos interesado en los demás que antes.
 - 2 He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.
 - 3 He perdido todo interés por los demás.
-
- 13.** 0 Tomo decisiones más o menos como siempre lo he hecho.
- 1 Evito tomar decisiones más que antes
 - 2 Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
 - 3 Ya me es difícil tomar decisiones.
-
- 14.** 0 No creo tener peor aspecto que antes.

- 1 Estoy preocupado porque parezco mayor o poco atractivo.
 - 2 Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo.
 - 3 Creo que tengo un aspecto horrible.
- 15.** 0 Trabajo igual que antes.
- 1 Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.
 - 2 Tengo que obligarme mucho para hacer todo.
 - 3 No puedo hacer nada en absoluto.
- 16.** 0 Duermo tan bien como siempre.
- 1 No duermo tan bien como antes.
 - 2 Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir.
 - 3 Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir .
- 17.** 0 No me siento más cansado de lo normal.
- 1 Me canso más fácilmente que antes.
 - 2 Me canso en cuanto hago cualquier cosa.

3 Estoy demasiado cansado para hacer nada.

18. 0 Mi apetito no ha disminuido.

1 No tengo tan buen apetito como antes.

2 Ahora tengo mucho menos apetito .

4 He perdido completamente el apetito.

19. 0 Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.

1 He perdido más de 2 kilos

2 He perdido más de 4 kilos.

3 He perdido más de 7 kilos.

Estoy a dieta para adelgazar SI _____ NO _____

20 0 No estoy preocupado por mi salud más que lo normal.

1 Estoy preocupado por mis problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estomago o estreñimiento.

2 Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar en algo más.

3 Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.

- 21. 0** No he observado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
- 1 Estoy menos interesado por el sexo que antes.
 - 2 Ahora estoy mucho menos interesado por el sexo
 - 3 He perdido totalmente mi interés por el sexo.

PUNTUACIÓN

DIAGNÓSTICO

0-9	Depresión ausente o mínima.
10-18	Depresión leve.
19-29	Depresión moderada.
30-63	Depresión grave.

INSRTUMENTO N° 8

ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG

NOMBRE: _____ **N°:** _____

TERAPEUTA: _____ **FECHA:** _____

Por favor, conteste a los siguientes ítems rodeando con un círculo la respuesta que considere adecuada.

Respuestas:

1= Muy de acuerdo

2= De acuerdo

3= En desacuerdo

4= Muy en desacuerdo

1. Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás:

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____
Muy de acuerdo De acuerdo En desacuerdo Muy en desacuerdo

2. Me inclino a pensar que en conjunto soy un fracasado:

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____
Muy de acuerdo De acuerdo En desacuerdo Muy en desacuerdo

3. Creo que tengo varias cualidades buenas:

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____
Muy de acuerdo De acuerdo En desacuerdo Muy en desacuerdo

4. Puedo hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente:

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____
Muy de acuerdo De acuerdo En desacuerdo Muy en desacuerdo

5. Creo que no tengo muchos motivos para sentirme orgulloso de mi

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____
Muy de acuerdo De acuerdo En desacuerdo Muy en desacuerdo

6. Tengo una actitud positiva hacia mi mismo:

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____
Muy de acuerdo De acuerdo En desacuerdo Muy en desacuerdo

7. En general, estoy satisfecho conmigo mismo.

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____
Muy de acuerdo De acuerdo En desacuerdo Muy en desacuerdo

8. Desearía valorarme más a mi mismo:

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____
Muy de acuerdo De acuerdo En desacuerdo Muy en desacuerdo

9. A veces me siento verdaderamente inútil:

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____
Muy de acuerdo De acuerdo En desacuerdo Muy en desacuerdo

10. A veces pienso que no sirvo para nada:

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____
Muy de acuerdo De acuerdo En desacuerdo Muy en desacuerdo

INSTRUMENTO N° 9

ESCALA DE HAMILTON PARA LA ANSIEDAD

Nombre del paciente: _____ **Puntaje:** _____ **Fecha:** _____

Edad del paciente: _____

Observación: Después de cada una de los síntomas enumerados abajo, marque la casilla en la columna que mejor describa la condición del consultante:

	Señal	Ninguna	Leve	Moderado	Grave	Incapacitante
Estado de ánimo ansioso	Preocupado, pesimista, irritable, molesto por cosas pequeñas.					
Tensión	Estado tensional, fatigado, sobresaltado, lloroso, inquieto.					
Temores	A la oscuridad, a extraños, a estar solo, a animales, al tráfico, a la multitud, al encierro.					
Insomnio	No concilia el sueño, éste es intermitente, padece de pesadillas o terror nocturno.					
Intelectual	Dificultad de concentración, memoria débil, fácil distractibilidad.					
Ánimo depresivo	Pérdida del interés, no posee pasatiempos, depresión, inquietud, se despierta temprano.					
Somático	Dolores musculares, rigidez muscular, contracciones, voz insegura, convulsión.					

Síntomas Cardiovasculares	Taquicardia, palpitaciones fuertes, dolor en el pecho, desmayos.					
Síntomas Respiratorios	Presión en el pecho, sensación de estrangulación, suspiros ahogos.					
Síntomas Gastrointestinales	Dificultad en la deglución, flatulencia, dolor antes y después de comer, náuseas, vómitos, diarrea, pérdida de peso, estreñimiento.					
Síntomas Genitourinarios	Frecuencia en orinar, urgencia en orinar, amenorrea, poco sangramiento, aparición de frigidez, eyaculación precoz, pérdida de la libido, impotencia.					
Síntomas Autónomos	Boca seca, sonrojo, palidez, sudoración, mareo, cefalea, estrés, piel de gallina.					
Comportamiento en la entrevista	Inquietud, pasearse, temblor de manos, frente arrugada, cara tirante, respiración rápida, palidez, deglución, eructo, sacudidas.					

RANGO DE ANSIEDAD

0-10 NO HAY ANSIEDAD

10-20 GRADO MODERADO

21-30 ESTANDO ALERTA

31-40 CRISIS, ANSIEDAD MUY FUERTE

41-52 CASO PSIQUIÁTRICO

ANEXO 4
PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA
SESIÓN N° 1

Objetivo: Generar un ambiente propicio para empatizar con las personas que conforman el Grupo de Apoyo de VIH.

Nombre de la actividad	Objetivo	Procedimiento metodológico	Recursos	Tiempo	Responsables	Evaluación
Presentación	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Sostener un primer encuentro entre las personas del grupo de apoyo y las estudiantes de psicología, que posibilite un clima de confianza y actitud empática. 	Cada facilitadora tuvo la oportunidad de dirigirse al grupo y expresar el significado que para cada una tiene el compartir con ellos/as.	Humanos: Grupo de apoyo y Facilitadoras	15 minutos	Facilitadora: Lorena López . Cofacilitadoras Ada González Karen Ramón	Mediante la observación directa de las facilitadoras respecto a la actitud del grupo.
Dinámica “La pelota caliente”.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Generar un ambiente de confianza e integración en el grupo. 	Las facilitadoras indicaron a los/as participantes que se colocarán de pie formando un círculo, la facilitadora se	Humanos: Grupo de apoyo y Facilitadoras	10 minutos	Facilitadora: Karen Ramón Cofacilitadoras: Lorena López	A través de la observación directa. Mediante el compartir

		<p>integró al círculo con una pelota en sus manos, tiró ésta a uno/a de los/as participantes, y quien la recibió dijo rápidamente su nombre y su edad y, el/ella lanzó la pelota a la facilitadora, quien la lanzó nuevamente a otro/a quien hizo lo mismo, hasta que todos/as se presentaron.</p>	<p>Materiales:</p> <p>Pelota de plástico</p> <p>Financieros:</p> <p>Compra de pelota</p>		Ada González	del grupo de apoyo.
<p>Dinámica “Lo que me gusta de mí”.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Recordarnos que todos somos valiosos. ➤ Ayudarnos a hacerle frente a los reveses que tenemos en la vida. ➤ Fortalecimiento de la autoestima. 	Ver anexo.	<p>Humanos:</p> <p>Grupo de apoyo.</p> <p>Facilitadoras.</p>	15 Minutos	<p>Facilitadora:</p> <p>Karen Ramón</p> <p>Cofacilitadoras:</p> <p>Ada González</p> <p>Lorena López</p>	A través de la observación y reflexión individual y grupal.

Refrigerio	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Compartir un momento agradable con el grupo, mediante la degustación de alimentos. 	Las facilitadoras entregaron a cada persona su refrigerio.	<p>Humanos: Facilitadoras y Personas participantes en la investigación</p> <p>Materiales: Refrigerio</p>	15 minutos	<p>Facilitadora: Ada González</p> <p>Cofacilitadoras: Karen Ramón Lorena López</p>	A través de la observación directa. Mediante el compartir del grupo de apoyo
Cierre y despedida	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Agradecer el tiempo compartido 	Una de las facilitadoras agradeció la atención y asistencia a la reunión, y se les motivó para que no faltaran a las siguientes.	Humanos: Facilitadoras y Grupo de Apoyo	10 minutos	Facilitadora Lorena López Ada González Karen Ramón	

SESION N° 2

Objetivo: Familiarizar al Grupo de Apoyo con los objetivos de la investigación.

Nombre de la actividad	Objetivo	Procedimiento metodológico	Recursos	Tiempo	Responsables	Evaluación
Saludo	➤ Fomentar un clima de confianza e integración grupal	Una de las facilitadoras se dirigió al grupo dándoles una cordial bienvenida.	Humanos: Grupo de apoyo y Facilitadoras	5 Minutos	Facilitadora: Karen Ramon. Cofacilitadora: Lorena López. Ada González.	A través de la observación directa de los/as participantes.
Dinámica de ambientación	➤ Experimentar lazos de unión en el grupo.	Ver anexo.	Humanos: Grupo de apoyo y Facilitadoras	15 Minutos	Facilitadora : Lorena López Coacilitadoras: Karen Ramón Ada González	A través de la observación directa de los/as participantes
Planteamiento de los objetivos de la investigación	➤ Dar a conocer los objetivos de la investigación.	Una de las facilitadoras leyó los objetivos y la metodología a seguir.	Humanos Grupo de apoyo y Facilitadoras. Materiales: Pizarra, plumón	15 Minutos	Facilitadora: Karen Ramón Cofacilitadora: Ada González Lorena López	A través de la observación directa de los/as participantes.
Expectativas de los/as participantes.	➤ Indagar las expectativas que cada uno/a de los/as participantes	Se les solicitó a los/as participantes que escribieran en un papel sus expectativas	Humanos: Grupo de apoyo y Facilitadoras	15 Minutos	Facilitadora: Ada González	Mediante la lectura de las expectativas que cada participante

	poseen respecto a la investigación y posteriormente compararlas con los objetivos de la misma.	personales, posteriormente se leyeron tres papelitos seleccionados al azar contrastando la referida información con los objetivos de la investigación, previamente se plasmaron en un pliego de papel bond, se pretendió que dichas expectativas estuvieran en correspondencia con los objetivos planteados.	Materiales: Hojas de papel bond Pliego de papel bond		Cofacilitadora: Lorena López Karen Ramón	brindo, así como también por medio de la participación de ellos/as.
Palabras claves	➤ Dar a conocer a los/as participantes, "palabras claves" de las temáticas que se abordarán en el desarrollo de la investigación.	Se brindó un breve soporte teórico sobre algunas temáticas que se abordaron a lo largo de la investigación, iniciando con las definiciones de familia, trabajo. Para ello se solicitó la colaboración de cuatro participantes quienes dieron su aporte, luego la	Humanos: Grupo de apoyo y Facilitadoras Materiales: Pizarra Plumón acrílico	20 Minutos	Facilitadora : Lorena López Cofacilitadora: Ada González Karen Ramón	Mediante la participación que los/as integrantes del grupo mostraron.

		facilitadora dio a conocer las definiciones teóricas de dichos conceptos. Así también se les dio a conocer el tema de la investigación y se hizo una breve definición de la discriminación familiar y laboral.				
Refrigerio	➤ Compartir un momento agradable con el grupo, mediante la degustación de alimentos.	Las facilitadoras entregaron a cada persona su refrigerio.	Humanos: Facilitadoras y Personas participantes en la investigación Materiales: Refrigerio	15 Minutos	Facilitadora: Ada González Cofacilitadora: Karen Ramón Lorena López	A través de la participación directa de los/as participantes.
Cierre y despedida	➤ Agradecer el tiempo compartido	Una de las facilitadoras agradeció la atención y asistencia a la reunión, y les motivó a que no faltaran a la próxima.	Humanos: Facilitadoras	10 Minutos	Facilitadora: Lorena López	A través de la atención de los/as participantes.

SESION N° 3

Objetivo: Familiarizar al Grupo de Apoyo con los instrumentos de medición a ser utilizados.

Nombre de la actividad	Objetivo	Procedimiento metodológico	Recursos	Tiempo	Responsables	Evaluación
Saludo	Fomentar un clima de confianza e integración grupal	Una de las facilitadoras se dirigió al grupo dándoles una cordial bienvenida.	Humanos: Grupo de apoyo Y Facilitadoras	5 Minutos	Facilitadora : Ada González Cofacilitadoras: Lorena López. Karen Ramón	1. Mediante la participación del grupo.
Dinámica de animación	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Fomentar la expresión de vivencias persona ➤ les a fin de posibilitar una mayor cohesión en el grupo. 	Se dió una página de papel bond a los/as participantes y un lápiz afilado, posteriormente se les solicitó que dibujaran a un animal u objeto con el cual identificaran una característica de su personalidad, o una habilidad que él/ella posee.	Humanos: Grupo de apoyo y Facilitadotas. Materiales: Hojas de papel bond Lápices	20 Minutos	Facilitadora : Karen Ramón Cofacilitadoras: Lorena López Ada González	A través de la participación de ellos/as.

Planteamiento de los objetivos de la investigación	➤ Dar a conocer los objetivos de la investigación.	Una de las facilitadoras leyó los objetivos y la metodología a seguir.	Humanos: Grupo de apoyo y Facilitadoras. Materiales Pizarra, plumón	15 Minutos	Facilitadora: Karen Ramón Cofacilitadora: Ada González Lorena López	A través de la observación directa de los/as participantes.
Expectativas de los/as participantes.	➤ Indagar las expectativas que cada uno/a de los/as participantes poseen respecto a la investigación y posteriormente compararlas con los objetivos de la misma.	Se les solicitó a los/as participantes que escribieran en un papel sus expectativas personales, posteriormente se leyeron tres papelitos seleccionados al azar contrastando la referida información con los objetivos de la investigación, previamente se plasmaron en un pliego de papel bond, se pretendió que dichas expectativas estuvieran en correspondencia con los objetivos planteados.	Humanos: Grupo de apoyo Facilitadoras Materiales: Hojas de papel bond Pliego de papel bond	15 Minutos	Facilitadora: Ada González Cofacilitadoras: Lorena López Karen Ramón	Mediante la lectura de las expectativas que cada participante brindo, así como también por medio de la participación de ellos/as.

Refrigerio	➤ Compartir un momento agradable con el grupo, mediante la degustación de alimentos.	Las facilitadoras entregaron a cada persona su refrigerio.	Humanos: Facilitadoras y Personas participantes en la investigación. Materiales: Refrigerio	15 Minutos	Facilitadora: Karen Ramón Cofacilitadoras: Lorena López Ada González	A través de la participación directa de los/as participantes.
Cierre y despedida	➤ Agradecer el tiempo compartido	Una de las facilitadoras agradeció la atención y asistencia a la reunión, y les motivo a que no faltaran a la próxima.	Humanos: Facilitadoras y Grupo de Apoyo.	10 Minutos	Facilitadora Ada González	A través de la atención de los/as participantes.

SESIÓN N° 4

Objetivo: Incidir en la autoestima de los portadores de VIH del Grupo de Apoyo.

Nombre de la actividad	Objetivo	Procedimiento metodológico	Recursos	Tiempo	Responsables	Evaluación
Saludo	➤ Propiciar un encuentro el cual posibilite un espacio de confianza.	Cada facilitadora saludó cordialmente a cada participante y se les agradeció por su presencia en ese momento.	Grupo de Apoyo. Facilitadoras	10 minutos	Facilitadora: Lorena López Cofacilitadora: Ada González Karen Ramón	Observando la actitud de los participantes.
“Los 7 principios”	➤ Incidir en las relaciones Interpersonales	La facilitadora le explicó al grupo que la actividad que a continuación se realizaría requería de mucha concentración. Luego la facilitadora incitó a la imaginación de los portadores, recurriendo a que imaginaran bloques de imágenes tales como: bloque de bronce, bloque de rosas, bloque de payaso. etc. Luego le solicitó a alguien su participación para que detallara uno a uno cada bloque.	Grupo de Apoyo. Facilitadoras	10 minutos	Facilitadora: Lorena López Cofacilitadora: Karen Ramón Ada González	Se llevó a cabo a través de la participación del grupo a la actividad.

<p>tema: “Las emociones”</p>	<p>➤ Informar al grupo respecto al Tema: “Las emociones</p>	<p>La facilitadora desarrolló el tema de forma interactiva con el grupo. Invitó a participar a través de las preguntas: ¿Qué entiende por emociones? ¿Qué tipo de emociones experimenta? ¿Puede controlar sus emociones?</p>	<p>Grupo de Apoyo Facilitadoras</p>	<p>30 minutos</p>	<p>Facilitadora: Karen Ramón Cofacilitadora: Ada González</p>	<p>Se realizó a través de la observación y el compartir del grupo.</p>
<p>“Círculo de flores”</p>	<p>➤ Incidir en la autoestima del portador</p>	<p>La facilitadora procedió a invitar a un participante al centro del círculo previamente formado. Luego le solicitó al voluntario que cerrara sus ojos. Luego le solicitó al grupo que caminaran alrededor de la persona ubicada en el centro y que le expresaran las cualidades que han advertido en ella. Luego se le preguntó a la persona voluntaria ¿Cómo se siente? ¿Qué piensa luego de escuchar a sus compañeros?</p>	<p>Grupo de Apoyo Facilitadoras</p>	<p>15 minutos</p>	<p>Facilitadora: Ada González Cofacilitadora: Karen Ramón Lorena López</p>	<p>Observando la actitud de los participantes</p>

<p>Cierre</p>	<p>➤ Agradecer al Grupo de Apoyo el Tiempo compartido</p>	<p>La facilitadora reconoció a los participantes su excelente cooperación en cada actividad Asimismo se les invitó cordialmente a la siguiente sesión</p>	<p>Grupo de Apoyo Facilitadoras</p>	<p>10 minutos</p>	<p>Facilitadora: Ada González Cofacilitadora: Karen Ramón Lorena López</p>	<p>Se realizó a través de la observación y reflexión individual y grupal, mediante las preguntas: ¿Qué les agradó? ¿Qué no les agradó? ¿Alguna sugerencia?</p>
----------------------	---	---	--	-------------------	---	--

ANEXO 5

RECURSOS

HUMANOS:

- Licdo. Juan Francisco Quintanilla, Docente Director, Universidad El Salvador

- Dr. Julio Armero, Control Epidemiológico, Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA.

- Dr. Ramón Solís, Director Hospital Nacional San Juan de Dios, Santa Ana.

- Licda. Alcira de Escobar, Psicóloga del Departamento de Salud Mental, Hospital San Juan de Dios, Santa Ana.

- Personas que conforman el Grupo de Apoyo de VIH del Hospital San Juan de Dios, Santa Ana.

- Estudiantes egresadas de la Carrera de Licenciatura en Psicología, de la F.M.O. / U.E.S.

- Personal Administrativo de la F.M.O.

MATERIALES:

- Instalaciones del Hospital Nacional San Juan de Dios.
- Instrumentos de Evaluación: Guías de Entrevista, Guía de Observación, Tests Psicológicos.
- Cámara Fotográfica
- Cartulina
- Marcadores acrílicos
- Marcadores permanentes
- Pliegos de papel bond
- Tirro
- Pizarra Acrílica
- Hojas de papel bond
- Lapices

FINANCIEROS:

- Gasto en fotocopias (\$ 38.00)

- Gasto en impresiones (\$ 125.00)
- Gasto en CD'S (\$ 5.00)
- Gasto en material didáctico (\$ 7.00)
- Gasto en transporte (\$ 55.00)
- Gasto en Refrigerios (\$ 50.00)

ANEXO 6



