

**LOS NIVELES DE MOTIVACIÓN EN LAS PERSONAS
INFECTADAS CON EL VIH / SIDA DE LA FUNDACIÓN LAZOS
DE VIDA DEL DISTRITO DE BARRANQUILLA.**

HILDA CUETO

UNIVERSIDAD NACIONAL ABIERTA Y A DISTANCIA “UNAD”

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANAS

PSICOLOGIA SOCIAL COMUNITARIA

CREAD BARRANQUILLA

2003

**LOS NIVELES DE MOTIVACIÓN EN LAS PERSONAS
INFECTADAS CON EL VIH / SIDA DE LA FUNDACIÓN LAZOS
DE VIDA DEL DISTRITO DE BARRANQUILLA.**

HILDA CUETO

Trabajo de Grado para optar el título de
Psicología Social Comunitaria

MIGUEL MIRANDA
Asesor

**UNIVERSIDAD NACIONAL ABIERTA Y A DISTANCIA “UNAD”
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANAS
PSICOLOGIA SOCIAL COMUNITARIA
CREAD BARRANQUILLA**

2003

Nota de Aceptación

Presidente del Jurado

Jurado

Jurado

Barranquilla, Julio de 2003.

DEDICATORIA

A Dios con todas las fuerzas de Corazón, por haber dado la oportunidad de seguir adelante y alcanzar este triunfo que tanto había anhelado .

A mis hijas GENELLY ALEXIA OROZCO CUETO y LEIDYS MARGRETH OROZCO CUETO, quienes soportaron mi ausencia y me apoyaron moralmente para lograr ser una profesional, y en especial mi Madre Ana Ríos, por apoyarme y sacrificándose para que llenará de fuerzas esta meta y para vencer las dificultades y alcanzar mis sueños.

HILDA CUETO DE OROZCO.

AGRADECIMIENTO

Nuestro más sincero agradecimiento se lo expresó a ROQUE DE ALBA MÁRQUEZ por brindarme el espacio y colaborarme espiritualmente en la realización de este proyecto de investigación.

A nuestro asesor MIGUEL MIRANDA, quien me orientó y me brindó su apoyo hasta el final del trabajo.

Al Sociólogo EDSONELL SARMIENTO V, por brindarnos el apoyo moral y orientación metodológica durante el trabajo de la investigación.

A todas aquellas personas que nos aportaron de una u otra manera el desarrollo y ejecución de este trabajo de grado para optar el título en psicología Social Comunitaria.

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN.	6
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.	8
1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.	8
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.	10
1.3. JUSTIFICACIÓN.	10
2. OBJETIVOS.	13
2.1. OBJETIVO GENERAL.	13
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.	13
2.3. MARCO LEGAL.	14
3. MARCO REFERENCIAL	16
3.1. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA.	16
3.2. MARCO HISTÓRICO SITUACIONAL.	25
3.3. MARCO TEÓRICO.	30
3.4. MARCO CONCEPTUAL.	75
4. MÉTODOS.	81
4.1. ENFOQUE METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN.	81
4.2. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.	83

4.2.1. Población.	85
4.2.2. Técnicas para la toma de la muestra.	86
4.2.3. Fases de ejecución del proyecto y tiempo en Lo que se avanzo el proceso de la investigación.	87
4.2.4. Recursos.	88
5. DESCRIPCIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN Y DISCUSIÓN.	89
5.1. DESCRIPCIÓN DE LA INFORMACIÓN.	89
5.2. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN Y DISCUSIÓN.	96
6. CONCLUSIÓN.	102
7. RECOMENDACIÓN.	104
8. BIBLIOGRAFÍA.	106
ANEXOS.	109

IINTRODUCCIÓN

El autoestima, es uno de valores intrínseco, o sea la parte interna del pensamiento del ser humano, este se manifiesta a través de las acciones sociales y afectivas que tiene el hombre y la mujer. Por lo tanto este trabajo de investigación busca fortalecer el autoestima y la interacción social de las personas convivientes con el VIH / SIDA, de la Fundación Lazos de Vida del Distrito de Barranquilla.

Además, este trabajo de investigación, es uno de los principios más fuerte, ya que se cuenta con la participación directa de los pacientes convivientes con el VIH / SIDA, los cuales son los pilares fundamentales para que esta investigación se fortaleciera. Con la participación de éstas personas se vivió una experiencia, que permitió vigorizar la investigación ya que los pacientes infectados por el VIH / SIDA daban sus testimonios de cómo se habían infectados, y cómo se hace para mantener en pie un tratamiento, así mismo aconsejaban a los jóvenes, adultos y adolescentes, sobre la prevención y prolongación del mismo.

Otro aspecto importante, que tiene esta investigación fue la forma de conseguir los datos estadísticos, los cuales tienen un valor a escala social, donde se encontraron datos del número de infectados que tiene la población atlanticense.

Por último, se dice que esta patología social no es contagiosa sino que es infecciosa, la única manera de percibirla es por medio de la transmisión sexual o una transfusión de sangre, y la persona que no tiene un tratamiento adecuado puede llegar rápidamente a la muerte, en cambio si el tratamiento es llevado rigurosamente esta persona puede durar muchos años de vida. De acuerdo a las informaciones de los líderes de la Fundación Lazos de Vida, han considerado que el VIH / SIDA, es una enfermedad como el diabetes, cáncer, tifo, entre otras, que si no hay cuidado, y abandonan a la persona enferma, ésta muere rápidamente.

Esta investigación consta de un planteamiento del problema, el cual es fortalecer el autoestima y la interacción social de los pacientes infectados por el VIH/SIDA de la Fundación Lazos de Vida del Distrito de Barranquilla, para poder abordar se hizo necesario la recolección de datos

teóricos pertinentes a esta indagación. Entre los autores que se destacan en este trabajo se tienen: Filliph, Maslow Abrahán, Emilio Durkeim, entre otros; estos autores me orientaron para la realización del marco teórico y algunas categorías que se manejan en dicho trabajo. Por otra parte, se realizó una lectura buscando los antecedentes de cómo existe este virus en el cuerpo humano y cómo el ser humano se infecta.

Por lo anterior, me di a la tarea de encontrar alternativas de solución al problema, que es el Fortalecimiento del Autoestima y la Interacción Social de la pacientes infectados por el VIH/SIDA de la Fundación Lazos de vida, fue cuando se decidió realizar unas actividades que ayudaran al fortalecimiento del autoestima y mejorar la comunicación entre los parientes y los pacientes infectados por el VIH/SIDA.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

1.1. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN.

El VIH, es una sigla que significa virus de Síndrome de Inmunodeficiencia Humana, donde los sicólogos sociales la han considerado como una patología social, requiriendo de un estudio de investigación. Muchos investigadores de las distintas disciplinas del conocimiento como: trabajadores sociales, sociólogos, psicólogos, psicólogos sociales, entre otras han buscado algunas informaciones de su origen y su efecto de adquisición humana y por ende de su tratamiento y curación.

De acuerdo a las informaciones durante la recolección de datos, se puede decir que en la revista VIH Conociendo las Respuesta editada por Merk Sharo & Dohme de los Estados Unidos, muchos centros de investigaciones manejados por infectólogos, han tomado varias personas que han tenido este virus como experimento de estudio para sus investigaciones. Pero como no se ha tenido en realidad una información exacta de su procedencia y del medicamento para su curación, éste se ha venido multiplicando cada

día más en el universo. Por todas estas razones, los pacientes infectados por el V.I.H. (SIDA) requiere de un estudio psicológico.

Esta investigación social y psicológica, se fundamenta con unos criterios basados en la observación directa realizada en la Fundación Lazos de Vida, localizada en el Distrito de Barranquilla, allí se ven muchas personas que han llegado para que las apoyen moralmente, psicológicamente y socialmente, ya que sus familiares los han rechazado.

Esto ha tenido como consecuencia aislamiento y pérdida de comunicación con el entorno social geográfico de su comunidad. Además las personas que asisten a la Fundación Lazos de vida han manifestado, que ellas se sienten solas, con poca comunicación con sus allegados y con ganas de buscar alternativa de solución a este impase que los tiene con poco animo para seguir viviendo; por lo anterior suele decirse que estos pacientes no se valoran, o tienen poca autoestima

Por todas estas gamas de consecuencias arriba mencionadas, los pacientes infectados con el V I. H, se encuentran con poco ánimo, ya que una persona que tenga la autoestima baja, se enfoca a la derrota y el fracaso, porque

toda persona tiene en el interior sentimientos no resueltos, aunque no siempre seamos conscientes de estos.

Los sentimientos ocultos de dolor suelen convertirse en enojo, y con el tiempo se vuelve contra sí mismos. Por eso el autoestima la define como “la capacidad de tener confianza respeto por sí mismo, es propiciada desde el nacimiento o tal vez antes, ya que el hecho de que el niño se sienta deseado por sus padres le va a dar la posibilidad de sentirse esperado y querido”¹.

De acuerdo a la definición dada, suele decirse que los pacientes infectados por VIH “SIDA” tienen un autoestima bajo, y esto también ha traído como consecuencia la ausencia de participación en las actividades hogareñas y comunitaria, se han encerrado en sí mismas, tomando como alternativa de solución la muerte o huir de sus hogares.

Por lo tanto ésta, ha tomado una línea de indagación en la facultad de psicología social, donde corresponde realizar una serie de actividades como orientación psicológica a los familiares, conocimiento de la verdad, lo que

¹ DIC, Susan. Psicología del Aprendizaje, España Madrid, 1996. p. 345.

es el V.IH. y otras, las cuales estarán desarrolladas e interpretadas en la descripción, análisis e interpretación de la información (Ver anexos No. 1,2,3,4,5,6...). Así mismo fortalecer a la fundación Lazos de vida en cuanto a la organización y administración de un grupo interdisciplinario a que ellos pertenecen.

Además hacer sentir al paciente que es una persona de mucho valor humano y que él puede tener una interacción social sin dificultad

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.

¿Cuáles son los niveles de motivación que caracterizan a los infectados con el virus VIH/SIDA de la Fundación Lazos de Vida del Distrito de Barranquilla?

1.3. JUSTIFICACIÓN.

Las enfermedades de transmisión sexual (E. T. S.) constituyen un grupo importante de la patología humana por las representaciones de tipo social y epidemiológico que implican un caos en nuestra sociedad. Una de éstas es

el Síndrome de Inmunodeficiencia Humana (SIDA). Este síndrome se ha convertido en una amenaza seria para la humanidad, dadas sus implicaciones médicas y sociales. La enfermedad producida por el VIH ha desafiado a todos los seres humanos, especialmente a los del sexo masculino. Sin embargo se ha tenido interés por parte del área de la salud, como a los expertos en comportamiento humano, lo que implica una acción conjunta entre médicos y psicólogos para brindar información tanto a los adolescentes como a los adultos.

Según información tomada en el libro *El Sida Amenaza de los Colombianos* de Varela Tirso dice: “en Latinoamérica y el Caribe el número de infectados en jóvenes y mujeres ha venido en aumento, a pesar que hay organizaciones encargadas de la divulgación y prevención de la enfermedad”². Por eso ésta continua su escalada expansiva; es por eso, que debemos preocuparnos por concientizar a los jóvenes, adolescentes, adultos y adultos mayores, alertándolos, informándoles y educándolos con respecto a esta mortal enfermedad; para contribuir a contrarrestar y disminuir la proliferación de ella, se debe hacer ver al hombre y la mujer que el VIH.

² VARELA TIRSO. Colombia País en aumento con el Sida”, 1998. Barranquilla. P. 46.

“Sida” es una realidad, la cual afecta en su individualidad, en el plano familiar y en la comunidad en la cual se desenvuelve.

Así mismo, me apoyo en la teoría Motivacional de Abraham Maslow, donde distingue la motivación en cinco (5) niveles, las cuales son:

a). Necesidades fisiológicas. b). Necesidad de Seguridad. c). Amor y Pertenencia. d) Estima. e). Autorrealización.

En esta investigación se hará énfasis a los niveles de Amor y Pertenencia, y Estima (3 y 4), por lo tanto la **necesidad de amor y pertenencia** va dirigido a la afectividad, la cual es muy importante en el desarrollo de la personalidad del individuo, de echo se dice que hay personas que se enferman de privación psicosocioafectiva; por otra parte la **estima** se entiende de cómo las personas piensen en si misma, como se valora, como se siente, como confías en ti mismo.

Por esta razón, se ha tomado como base de investigación, la psicología social, ya que muchos de los infectados, toman decisiones muy rápidas como es la muerte, abandono del hogar, aislamiento, debido a que sus

parientes lo rechazan, lo aíslan y esto hace que los parientes infectados tengan poca comunicación con sus parientes y familiares.

Esto se debe a que todavía en nuestra sociedad y/o comunidad no se está educado ni muchos menos sensibilizados y concientizados con dicha enfermedad o patología social.

Hasta el momento se ha tenido información de que el SIDA, es una enfermedad infecciosa causada por un retrovirus A.R.N (formación de proteínas) citoplásmico perteneciente a la subfamilia de los lentivirus, que producen desde el momento mismo de su adquisición, la destrucción progresiva del sistema de linfocito-macrófago y que conduce a una profunda deprivación del sistema inmune, esta deprivación causa una serie de infecciones oportunistas severas y de tumores que, de no ser controlados, produce la muerte al paciente.

Por otra parte, este trabajo de investigación se fundamenta en la psicología social y comunitaria, debido a que nuestro compromiso como psicólogas sociales y comunitaria es realizar trabajos de investigación tomando como base los fenómenos sociales, y por ende este estudio es una patología social

que merece una indagación y una aplicación dentro del marco psicológico y social de una comunidad.

También la psicología social, tiene como objetivo de asimilar los hechos y los fenómenos sociales, así como el estudio de las causas que lo producen; por tal conocimiento este trabajo se considera como un hecho social.

2. OBJETIVOS.

2.1. OBJETIVO GENERAL.

✳ Identificar los niveles de motivación en las personas convivientes con el virus VIH / SIDA de la Fundación Lazos de Vida del Distrito de Barranquilla.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

✳ Generar procesos de los niveles de necesidades fisiológicas en las personas convivientes con el virus VIH / SIDA de la fundación Lazos de vida del Distrito de Barranquilla, teniendo en cuenta, los niveles de motivación.

✳ Establecer los niveles de motivación en las necesidades de seguridad, amor y pertenencia con las personas convivientes con el VIH / SIDA, en los escenarios en que se desenvuelve los convivientes de la Fundación Lazos de Vida del Distrito de Barranquilla. .

✳ Aumentar los niveles de motivación en las necesidades de estima y autorrealización, que afectan a la persona convivientes con el virus VIH / SIDA de la Fundación Lazos de Vida del Distrito de Barranquilla..

3. MARCO REFERENCIAL.

3.1. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA.

En esta investigación, se hará referencia al desarrollo del autoestima y a la interacción social de los pacientes infectados del VIH – SIDA, de la Fundación Lazos de Vida del distrito de Barranquilla; por ser el VIH-SIDA una patología social en nuestra sociedad colombiana, se hace necesario investigar y conocer sus antecedentes por se describen algunos referencias teóricas del problema.

La mayoría de los autores el virus del VIH en África, hacia el 1974. se piensa que de allí saltó al Caribe, y luego entró por primera vez a Nueva York y los Ángeles. Enseguida pasó a Europa, propagándose recientemente en América Latina.

A principios de los años 80 el SIDA era una enfermedad de origen desconocido, aunque los virus eran los principales sospechosos y responsables, éstos se identificarán sólo unos pocos años después de que se detectara el virus del VIH, ahora es uno de los virus más extendidos.

Siguen existiendo muchos misterios en los referente a qué nos hace exactamente el virus del SIDA y, por el momento, no existe vacuna ni curación³.

Pero para el nuevo milenio el virus del SIDA, será aquel del cual, la humanidad sabrá más; es una importante perspectiva, dado que en los años 80 nadie conocía siquiera su existencia a finales de los 70, cuando algunos hombres jóvenes homosexuales y muy promiscuos, específicamente en San Francisco y Nueva York, empezaron a caer enfermos de forma muy misteriosa. Empezaban a sufrir y acababan muriendo de infecciones que son normalmente inofensivas o que sólo causan enfermedad leve, y también de algunos tipos extravagantes de cáncer que sólo se observan muy raramente en el conjunto de la población. Las dos dolencias más comunes eran neumonía, causada por una cierta bacteria (pneumocytis carinii) y un cáncer de piel conocido como “ Sarcoma de Kaposi”. Todos estas indicaciones iniciales sugerían que los pacientes estaban siendo víctimas de lo que se conoce como infecciones “ oportunistas”.

³ GOMEZ CARLOS y ORDÓÑEZ, Marco. Comportamiento y salud. Ed..voluntad, 1993,pág. 103

En el año de 1984 se presentó la epidemia en Nueva York; un número significativo de muerte en jóvenes, los médicos se dieron cuenta que éstos correspondían a una población específica: eran jóvenes, los médicos se dieron cuenta que éstos correspondían a una población específica: era jóvenes homosexuales, como para esa fecha la enfermedad era desconocida, ya que normalmente eran infecciones inadvertidas o suaves, que se vuelve mucho más graves el sistema inmunitario está deteriorado o lesionado, para que éstas se vuelven oportunistas o daban la “oportunidad” para que otras infecciones se propagaran y, finalmente, les causan la muerte.

Es interesante como para esta fecha (1984) en Nueva York, se vive un gran impacto frente a tales sucesos, la comunidad médica científica alarma irrumpe en suposiciones e informaciones equivocadas (algunas como el modo de contagio), orientando y alertando a toda la poblaciones, que trasciende las fronteras de la ciudad con expectativas alarmantes que alerta a la población mundial; luego de descubrirse el mal en otra población no homosexual como hemofílicos, drogadictos, etc. se aclara mucho más este panorama.

Así mismo se investigo a nivel regional y local, el perfil epidemiológico de la infección por VIH/SIDA en el Departamento del Atlántico, documento de DaSalud, con permiso de la gobernación del Atlántico. Este escrito contiene que en el Departamento del Atlántico, desde enero de 1987 hasta marzo de 1998, se han diagnosticado con el virus de la inmunodeficiencia humana un total de 1.260 personas; es necesario anotar que a partir de 1996, el distrito de Barranquilla a través de Distrisalud asumió sus competencias en materia del programa de Prevención, Atención y control de la Infección por VIH/SIDA, y por tanto a partir de este mismo año gran parte de los pacientes que viven en Barranquilla son atendidos y registrados en las instituciones que notifican al Distrito y no aparecen en este informe.

El comportamiento de esta epidemia de acuerdo con las principales variables de persona, tiempo y Lugar se describe a continuación.

DISTRIBUCION POR EDAD Y SEXO

Desde sus inicios la epidemia de SIDA, ha afectado principalmente a las personas jóvenes, en etapas productivas de la vida, desde todo punto de vista; laboral, social, económico y familia. En el departamento del

Atlántico el comportamiento es muy similar, tal cual como aparece en la tabla No.1. (ver anexo).

El grupo atareo más afectado es el de 20 a 29 años con un 37.3% seguido del grupo de 30 a 39 años con 34,7%. Como se puede apreciar la mayor parte de la población se infecta en los inicios de su vida sexual activa; lo cual confirma la necesidad de implementar programas de educación con énfasis en la prevención de las enfermedades de transmisión sexual, dirigidos a niños y adolescentes.

En relación a la distribución por sexo, del total de personas diagnosticadas el 22,7% son mujeres y el 77,2% son hombres, para una razón de masculinidad aproximadamente de 3 : 1, o sea que existen 3 hombres infectados con VIH por 1 mujer. Sin embargo llama la atención como entre 0-19 años la razón hombre-mujer es cercana a 1 y a partir de los 20 años hay un aumento significativo en los hombres que es mayor a medida que aumenta la edad.

DISTRIBUCIÓN SEGÚN PROCEDENCIA.

El distrito de Barranquilla es la localidad que presenta el mayor número de casos de VIH/SIDA, correspondiendo al 76,7%, seguido del resto de los municipios del departamento con un 11,5%, a otros departamentos pertenecen el 7,7% y un 4,4% son personas procedentes de otros países.

Tabla No.2 (Ver Anexo).

Con el fin de determinar la magnitud del problema en cada municipio se calcularon las proporciones de incidencia acumulada, con base en diez años de información, se excluyó 1998; arrojando los siguientes resultados.

Tabla No.3 (Ver anexo).

DISTRIBUCIÓN DE CASOS SEGÚN LA OCUPACIÓN.

Para el análisis de la ocupación se establecieron 11 categorías, agrupándose las ocupaciones similares o afines, lo cual arrojó los siguientes resultados.

Tabla No.4 (Ver anexo).

En cuanto a la ocupación, llama la atención el alto porcentaje de señoras de hogar infectadas con VIH, lo cual influye directamente en el aumento de las tasas de infección en niños. Podemos pensar que la percepción del riesgo por parte de esta población es mínima y que existe una falsa sensación de seguridad por el hecho de tener relaciones sexuales sólo con la pareja permanentemente (esposo o compañero).

Otra situación preocupante es el elevado porcentaje de personas desempleadas, lo cual implica que muchas de estas personas no se encuentran afiliadas a EPS alguna y si tenemos en cuenta los altos costos que genera el tratamiento a estos pacientes, especialmente los que se encuentran en fase de SIDA, ligado al hecho de que en su mayoría las personas que consultan a la red pública de servicios de salud son de recursos económicos limitados, se puede deducir que la calidad de atención y la oportunidad en el tratamiento se verán seriamente afectadas.

El alto porcentaje de casos sin dato de ocupación, se debe a que la ficha epidemiológica de infección por VIH/SIDA, ha sufrido varias modificaciones, y en un período de tiempo (1 años aproximadamente) no se incluyó esta variable en el formato.

INCIDENCIA DE ACUERDO A LAS PRACTICAS SEXUALES.

De los 1260 pacientes diagnosticados en el período en estudio, el 57,2% (721) son Heterosexuales, el 19,4% (244) son Bisexuales y el 16,0% (202) son Homosexuales y el 5,4% no tienen dato.

El comportamiento de la tendencia sexual en los pacientes infectados con VIH/SIDA, ha variado a través del tiempo, tal como aparece en la tabla No.5 (Ver Anexo).

Vale la pena resaltar, que la infección por VIH/SIDA en el grupo de Heterosexuales ha ido aumentando progresivamente en comparación con los grupos de Homosexuales y Bisexuales que observan un ligero descenso.

Si bien es importante direccionar las estrategias de promoción y prevención de esta patología a grupos específicos de la población (homosexual), es necesario intensificar las acciones hacia el grupo de Heterosexuales, quienes pueden estar considerando que tienen un riesgo menor por lo que no asumen las medidas preventivas exponiendo además a sus respectivas parejas.

FORMAS DE TRANSMISIÓN.

La forma más frecuente de transmisión del VIH, en el grupo de pacientes en estudio, es la Sexual con un 93.0% (1172), seguido del Perinatal que corresponde al 2.1% (26) y el transfusional con 2 casos, o sea el 0.2% y el 4,8% no tiene dato. Es necesario anotar que a medida que han pasado los años han aumentado los casos de infección por VIH en niños como reflejo directo del aumento de casos en las mujeres.

En el ámbito local, los autores de la tesis Estudio Descriptivo del sistema de Creencias que Manejan los Pacientes Hombres y Mujeres Diagnosticados con VIH/SIDA en la ciudad de Barranquilla consideran, “que es primordial para la psicología y para el mismo psicólogo conocer acerca de este fenómeno ya que, en la medida en que estudia el comportamiento de los individuos, y el impacto que ha generado la enfermedad del SIDA, en cada uno de ellos facilitará la implementación de programas de atención y prevención”⁴.

⁴ ARBOLEDA Peggy, HERNÁNDEZ Diana y VECINO Martha. Estudio descriptivo del sistema de creencias que manejan los pacientes hombre y mujeres diagnosticados con VIH/SIDA en la ciudad de Barranquilla. Universidad del Norte. Programa de Psicología. 1998. p.1.

Los resultados que se obtuvieron de esa investigación los analizaron de una manera cuantitativa y cualitativa, las cuales les ayudaron a entender y analizar los aspectos psicológicos de estos individuos aportando pautas que ayuden a crear programas que beneficien su vida y la de sus familiares generando cambios de actitud frente a la enfermedad.

En el ámbito Internacional, sólo se han realizado investigaciones a cerca de la procedencia de la enfermedad VIH / SIDA, más no han indagado la parte socio-afectiva y emocional de los pacientes que padecen esta patología.

Así mismo en el ámbito nacional, también se ha encontrado las mismas investigaciones a cerca de la procedencia de ésta, igualmente en la fundación Lazos de vida del Distrito de Barranquilla, es la primera investigación que se ejecuta, ya que este ente inicio sin ninguna orientación psicológica, sociológica, únicamente ayudaban a los pacientes para evitar la propagación del VIH / SIDA.

3.2. MARCO HISTÓRICO SITUACIONAL

Como la investigación se realiza en la fundación LAZOS DE VIDA para pacientes infectados con el virus VIH “SIDA”, es necesario detallar su marco geográfico y demográfico de la institución.

La fundación “LAZOS DE VIDA”, se encuentra ubicado en la carrera 41 No. 54-68, barrio Centro del Distrito de Barranquilla, Departamento del Atlántico, al su alrededor de este ente, se encuentran edificaciones de arquitectura muy antigua como es la de la Universidad del Atlántico, existen centros comerciales al igual de negocios comerciales como restaurantes, heladerías, papelerías, librerías y lo más común es el negocio de transcripción a computador, fotocopadoras, entre otros.

Según la información de la tradición oral, se dice que es uno de los barrios más antiguos del Distrito de Barranquilla, que en la actualidad ya no es un sector familiar, sino comercial, como fragmento residencial las personas o familias que habitan pertenecen al estrato social No.3 y 4, estos individuos se dedican a diferentes actividades laborales entre las cuales se tienen: profesionales universitarios, docentes de los niveles preescolar, básica y de

educación superior, además su ingreso económico oscilan entre el dos a cuatro salarios mínimo.

Por otro lado, el barrio cuenta con los servicios públicos de fluido eléctrico, alcantarillado, líneas telefónicas, agua potable, transporte de diferentes líneas o rutas. En cuanto a la educación, es un barrio privilegiado ya que tiene a su disposición la Universidad del Atlántico de naturaleza oficial, instituciones de educación desde el preescolar hasta la media vocacional como son: COLCARMEN, INSTITUTO TÉCNICO DE COMERCIO, GABRIEL GARCIA MARQUEZ y COLEGIO COLON.

La fundación la vez, cuenta con una seguridad social bastante grande, ya que en ese sector se encuentran las instalaciones del DAS, la Central de Policía, F-DOS. Así mismo, también existen varios centros recreacionales tanto para los infantes como para adultos entre estos se tienen: CAJACOPI, CONFAMILIAR, CENTRO COMERCIAL PARQUE CENTRAL en donde funcionan dos salas de cines y parques didácticos.

Además, la fundación “LAZOS DE VIDA”, se propone a una misión y visión, con el propósito de tener una guía filosfal como línea recta para la

convivencia de los pacientes infectados con el virus VIH “SIDA”. Como **Misión** se tiene lo siguiente: la fundación Lazos de Vida es una asociación civil sin ánimo de lucro de intereses colectivos, constituidos por personal conviviente con el Virus de Inmunodeficiencia humana V.I.H / SIDA residentes en el Distrito de Barranquilla.

VISIÓN: la fundación pretende mejorar la calidad de vida personal VIH positivo de la ciudad, mediante la promoción de los valores humanos, la tolerancia, el amor y la fe en Dios; para afrontar las adversidades que presenta la evolución de la enfermedad en el nivel social, psicológico, espiritual y en la salud del paciente.

Otro propósito de esta entidad sin ánimo de lucro son los objetivos, los cuales están diseñados para mejorar la calidad de vida y tener algo que conseguir o alcanzar para la ayuda de éstas personas.

OBJETIVOS: Orientar a los pacientes convivientes con el VIH / SIDA de escasos recursos económicos y a su familia, en la búsqueda de soluciones a las crisis de la enfermedad, mediante la canalización de servicios de salud,

asesoramiento legal y el suministro de recursos para el mejoramiento de su padecimiento.

Así mismo, la fundación “LAZOS DE VIDA” le brinda a la comunidad del distrito de Barranquilla los siguientes servicios, los cuales no tienen ningún costo:

- Orientación y apoyo en la detección del VIH, aceptación de la enfermedad y búsqueda de soluciones a los problemas que ella origina.
- Servicios médicos, psicológico y odontológico, a través de la red pública de salud y el programa VIH / SIDA de DISTRISALUD de la ciudad de Barranquilla.
- Asesoramiento legal y redacción de tutelas en los impases que impone la ley 100 de 1993 en las enfermedades de alto costo (SIDA).
- Comprensión de las complicaciones de la enfermedad mediante la realización de talleres en los aspectos médicos, psicológicos, nutricionales, espirituales y de medicina alternativa (natural).

- Servicios mortuorios y fúnebres (incluye traslado y preparación del cuerpo, ataúd, servicio funerario) a través de la Secretaría de participación Ciudadana de la alcaldía Distrital de Barranquilla.
- Orientación espiritual y religiosa al paciente y su familia en la aceptación de la enfermedad y el incremento de la fe en Dios.
- Sano esparcimiento y recreación a través del festejo de actividades y la libre expresión de la personalidad.

La atención de los pacientes en esta fundación, se da cuando la persona se encuentra en la primera etapa de crisis, la cual consiste en la demostración de los siguientes síntomas: desmoralización, pérdida de valores como la tolerancia, autoestima, entre otros, decaimiento físico, pérdida del apetito, cansancio o fatiga, problemas digestivos y respiratorios, pérdida del interés de la interacción social; además la pérdida de los valores hace pensar al paciente que es la última parte de su vida “muerte”.

3.3. MARCO TEORICO.

Por otra parte se investigo, que es importante de adquirir un compromiso, de lo que se va a enfrentar, por lo tanto iniciemos con saber la diferencia entre el VIH y el SIDA.

El VIH (Virus de la inmunodeficiencia Humana) “es un ser vivo que nace, crece, se reproduce y se multiplica, solo vive en el humano y se adquiere bien por una relación sexual con una persona infectada, por una transfusión de sangre contaminada y de madre a hijo”⁵.

Su acción es destruir el sistema de defensa del humano dándole la facilidad a cualquier bacteria, virus y así producir el Síndrome e Inmunodeficiencia Adquirida. El VIH no es contagioso es un virus que se transmite al igual que el dengue o la Rabia Humana.

El SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida) es una “condición de severa deficiencia del sistema inmunológico causada por el VIH. Una persona en etapa SIDA, significa que tiene unas o varias enfermedades que

⁵ VARELA TIRSO, Op cit. P. 12

al recibir tratamiento específicos puede regresar a la etapa de infección y se denomina viviente seropositivo o portador sano”⁶.

La mayoría de las personas con VIH pueden vivir con el virus por muchos años antes de llegar a la etapa SIDA, durante la mayor parte de estos años dichas personas pueden estar y sentirte bien y completamente saludables y esto los obligan a cuidarse y mantenerse en ese estado por esta razón el termino más apropiado para indicar esta patología es la enfermedad del VIH.

Recuerda también que el VIH ya no es una “enfermedad mortal es una enfermedad crónica que se puede tratar, teniendo una actitud positiva y una buena alimentación te aseguro que vencerías a este Virus, así que si eres portador no te aflijas y asiste a grupo de apoyo y verás que el VIH/SIDA no es como pintan”⁷.

LA FOTOGRAFÍA DEL VIRUS VIH MUESTRA ALGUNAS DE SUS PARTES BÁSICAS. (Ver Figura No.1)

❖ “El VIH es un tipo especial de virus, llamado retrovirus. El VIH contiene material genético llamado ácido ribonucleico (ARN)”⁸.

⁶ Ibíd. p. 13

⁷ Ibíd.. p. 14

⁸ VIH Conociendo las verdades. Revista, Msharp 6 Dohme. Derechos reservados. P 2.

❖ Para reproducirse-y continuar sobreviviendo el VIH necesita la ayuda de ciertas células vivas del cuerpo humano. Estas células son llamadas células huésped.

❖ A diferencia de otros virus con que el cuerpo llega a ponerse en contacto, el VIH utiliza las células del sistema inmunológico para replicarse. Muy frecuentemente, el VIH prefiere usar células CD4, que también son llamadas células T. Antes de analizar el trabajo de las células CD4, concentrémonos en como se replica el VIH dentro del cuerpo.

1. El VIH se adhiere a una célula huésped, comúnmente una célula CD4. Una vez adherido, el VIH inyecta su propio material genético (ARN) en la célula huésped puede producir copias del virus.

2. Después que el ARN del VIH entra en la célula huésped, pasa a ser parte del material genético de la célula huésped. Ahora, la célula huésped puede producir copias del virus

COMO PROGRESA EL PROCESO DE INFECCIÓN DEL VIH SI SE DEJA SIN TRATAMIENTO”⁹.

❖ Inmediatamente después de infectarse con VIH el nivel viral en el cuerpo llega a ser alto y muchas personas sienten como si se hubiera resfriado.

❖ Un corto tiempo después, el sistema inmunológico comienza a combatir el virus y es capaz de remover bastante de él de la sangre .

❖ Las células CD4 pueden mantenerse altas durante muchos años, mientras el sistema inmunológico continúa combatiendo el virus. Durante este periodo, los síntomas de la enfermedad son pocos frecuentes.

❖ Es importante comprender que aún cuando los individuos VIH-positivo se sientan sanos, y no tengan síntomas de la enfermedad, en el VIH producen constantemente nuevos virus que atacan el sistema inmunológico.

❖ Eventualmente la cantidad de virus en el cuerpo, la cual es conocida como **carga viral**, comienza a aumentar

⁹ *Ibíd.* P. 4

QUE ES LO QUE SIGNIFICA EL CONTEO DE CD4¹⁰.

* Las células CD4 son una parte importantes del sistema inmunológico del cuerpo, Su papel primordial es dirigir la lucha contra las infecciones.

* En personas que no están infectadas con VIH, el conteo de CD4 varia entre 500 y 1.500 en una muestra de sangre pequeña. En las personas infectadas con VIH, cada cierto tiempo se mide el conteo de CD4 para saber cuantas de estas células están disponibles para ayudar a luchar contra el virus.

* Las células CD4 son una importante medición usada en la lucha contra el VIH. Hablemos de otras en algunos momentos más.

EL CONTEO CD4 CAMBIA A TRAVÉS DEL CURSO DEL VIH¹¹.

* En una persona sana el conteo de CD4 varia entre 500 a 1.500.usted notará que en el punto 1 el conteo de CD4 ha comenzado a bajar. Esto se debe a que el virus destruye muchas células CD4 durante la infección inicial.

¹⁰ *Ibíd.* P 5.

¹¹ *Ibíd.*.p. 6

★ En el punto 2 el sistema inmunológico comienza a contra atacar . El cuerpo está produciendo mas células CD4 y su conteo aumenta, mientras que su conteo CD4 puede subir o bajar durante la enfermedad por VIH, es importante recordar que no sube al nivel que tenía antes de la infección.

★ En algunas personas no hay síntomas de VIH durante un largo periodo de tiempo, aún años. A pesar de que no hay síntomas, sabemos que el virus continua replicándose dentro del cuerpo. El punto 3 de este gráfico muestra que mientras que el conteo puede mantenerse bastante alto durante un largo tiempo, eventualmente comienza a caer más y más bajo.

★ El punto 4 muestra una fuerte caída de las células CD4. Este es un signo de que el virus está derrotando al sistema inmunológico esta perdida de células CD4 aumenta sus posibilidades de desarrollar otras infecciones oportunistas tales como NPC, la cual es un tipo de neumonía .esto puede ocurrir especialmente en personas cuyo conteo ha caído por debajo de 200.

Así mismo, se dice que la carga viral es muy importante para la medición y para el manejo efectivo del VIH, por eso se describe a continuación algunas características que se dan en esta carga viral.

- * Cada día se producen aproximadamente 10 mil millones de copias del virus en el cuerpo, este crecimiento no puede ser medido a través de una simple prueba sanguínea. Sus niveles de ARN-VIH son los que usted conoce como su carga viral. A medida que la enfermedad progresa, los niveles de carga viral en la sangre aumentan.

- * Su carga viral es un dato importante para conocer cómo está progresando la enfermedad y si la terapia que está tomando está dando resultado. Conocer su carga viral es crítico para luchar contra el VIH efectivamente y determinar la mejor opción para manejar su enfermedad.

- * A menudo, una carga viral alta es la razón para comenzar su terapia antirretroviral. La meta de la terapia antirretroviral es mantener la carga viral tan baja como sea posible por el mayor tiempo posible.

Ahora bien, se mostrará cómo cambia la carga viral a través del tiempo:

★ Al momento de la infección inicial el nivel de carga viral se eleva rápidamente, como lo muestra el primer punto del gráfico. Este es el resultado de una rápida replicación viral.

★ La carga viral disminuye después de la infección inicial como lo muestra el punto 2. a pesar de que el sistema inmunológico puede eliminar de la sangre parte del virus, ahora sabemos que en realidad el virus está escondido en otras partes del cuerpo.

★ Como lo muestra el punto 3, a medida que la enfermedad progresa, los niveles de ARN-VIH se elevan nuevamente. Esto nos indica que el sistema inmunológico se ha debilitado y que los síntomas del SIDA pueden desarrollarse, como lo son las infecciones oportunistas.

De acuerdo a las investigaciones dadas en esta tesis a cerca del paciente y su socialización familiar, es necesario conocer el uso de la carga viral para predecir la progresión de la enfermedad. Así mismo se detallan algunas características que esta posee.

* Desde 1989, los estudios han mostrado una relación directa entre la carga viral y la etapa de la enfermedad.

* Después de la infección inicial, la carga viral cae a un nivel diferente en cada persona. Este nivel es útil para predecir la progresión de la enfermedad SIDA.

* 62% de los pacientes con carga viral mayor a 36.270 copias/ml desarrollan SIDA en un período de 5 años.

* Solo el 8% de los pacientes con niveles virales de menos de 4.350 copias / ml desarrollan SIDA dentro del mismo período de tiempo.

* En realidad, varios estudios han demostrado que el reducir la carga viral puede retardar la progresión del VIH. Para aquellas personas cuya enfermedad ya ha progresado a SIDA, una reducción de la carga viral puede aumentar su tasa de supervivencia.

* No se ha establecido el significado clínico de cambios en las mediciones de ARN viral sérico durante el tratamiento con algunas medicinas

antiretrovirales. El virus puede continuar estando presente en otros sistemas del organismo.

- * La carga viral es un examen sanguíneo sencillo.
- * Debido a que hay diferentes tipos de exámenes y de que la medición varía de un tipo de examen a otro, es que siempre debemos medir la carga viral con el mismo tipo de examen.
- * En general mientras más baja sea su carga viral, es mejor.

Otras de las teorías, relevantes en este trabajo de investigación es lo referente a la psicología cognitiva, Psicología clínica y los esquemas cognitivos.

En cuanto, a la psicología cognitiva, existen muchos planteamientos referentes a la psicología cognoscitiva, la cual se encuentra enraizados en las grandes tendencias filosóficas que surgen a partir del pensamiento de Descartes, “pienso luego existo”, el empirismo y el racionalismo, al igual, las conceptualizaciones cognoscitivas están impregnadas de alguna manera por otros reflejos filosóficos como el Pragmatismo y la Fenomenología. Enfoques en los que la realidad, en esencia es de carácter psicológico; se

define como lo que un individuo hace con la información sensorial aprehendida durante la experiencia. Al respecto Sanpson (1981) sostiene que “es el orden del pensamiento y razonamiento humano lo que garantiza el orden y significado del mundo real”¹². El realismo crítico o pipotético también forma parte del marco de referencia de la psicología cognoscitiva, el cual sostiene que la posibilidad de conocer la realidad tal como es, no existe; se aproxima a ella por medio de construcciones continuas y cada una más elaboradas producto de la relación del individuo y su medio.

Los estudios iniciales de teóricos como Freud, Vigosky, Wundt y Luria entre otros, quienes hablaban, utilizando terminología distintas, de eventos cognoscitivos internos, marcan lo que es hoy los inicios de la psicología cognoscitiva.

La psicología cognoscitiva se interesa primordialmente en el estudio de procesos cuya expresión no necesariamente se vincula a cambios en el comportamiento. El estudio de éstos procesos “exige la idea del procesamiento y representación interna de la información. Es decir, estudia

¹² PUENTES Anibal. Psicología Cognoscitiva, Desarrollo y perspectivas. Et, al. Venezuela. Mc Graw Hill. 1995. p 67.

conductas complejas superiores a fuera de todo isomorfismo con los eventos que las desencadenan”¹³.

Se puede decir que, el paradigma cognoscitivo ha abierto el camino al estudio científico de variables como pensamiento, sentimientos, valores, fantasía, lenguaje simbólico, mecanismos inconscientes, procesos mentales superiores, que hasta el momento habían sido al buen científico.

La psicología cognitiva, también es una gran herramienta para el quehacer clínico y comportamental, hizo que los psicólogos clínicos y los terapeutas del comportamiento, carente de un firme esquema conceptual se volviera eclécticos para poder explicar los mentales superiores. Así, fueron teniendo cabida modelos el de ELLIS (1962), que proponían estrategias concretas para tratar con los problemas mencionados.

Así fue que, el número de asociaciones, revistas especializadas, investigaciones, congresos nacionales e internacionales y libros publicados, demuestran el devastador progreso de la psicología cognoscitiva a partir de los años cincuenta.

¹³ *Ibíd.*, p. 64

Durante este proceso de investigación, se obtuvo información que la psicología cognoscitiva, fundamenta tres aspectos importantes que a continuación relacionó:

- * Mantiene un enfoque interaccionista entre el medio, las experiencias previas y el conocimiento adquirido por el sujeto. El aprendizaje se produce a través de estructuras centrales llamadas Esquemas alrededor de los cuales se organiza y se almacena el conocimiento.

- * Actualmente, la psicología cognoscitiva utiliza métodos empíricos de laboratorio para analizar los procesos subyacentes. El tratamiento experimental utilizado para abordar los fenómenos mentales ha permitido hacer inferencias razonables sobre las estructuras de base y medir más directamente las variables cognitivas.

- * La psicología cognoscitiva es una ciencia interdisciplinaria que incorpora la ciencia del ordenador, matemáticas, ingeniería eléctrica, inteligencia artificial, lingüística y neurociencia, entre otros.¹⁴

¹⁴ RISO, Walter, Depresión. Avances Recientes de la Cognición y el procesamiento de la información. Medellín. Colombia. Graficas Ltda.. 1992. p. 89

Dejando aparte, la psicología cognoscitiva, ahora se parte de conocimientos a cerca de la psicología clínica, donde explicaré más adelante su estructura y su paradigma de procesamiento de la información.

El Paradigma del Procesamiento de la Información, parte del realismo crítico. La realidad existe independientemente del observador, citando a Mahoney (1974), el cual aporta lo siguiente: “Los seres humanos no observan pasivamente alguna “realidad verdadera”. Por el contrario, cada individuo construye activamente su propia realidad, atendiendo selectivamente a un porcentaje muy pequeño de estimulación presente y organizado esta entrada selectivamente según un sistema complejo de reglas”.¹⁵

Este a la vez conceptualiza a la persona como un sistema altamente complejo del procesamiento de la información (cognitiva y afectiva) centrándose en el estudio de aquellas estructuras y procesos que realiza el sistema para seleccionar, transformar, descodificar, almacenar, recuperar y generar información y comportamiento. De acuerdo a esta

¹⁵ *Ibíd.*, p. 97.

conceptualización se dice que la conducta es vista como el resultado de programa central superior y mediatizado por distintos eventos psicológicos.

Debe quedar claro, que este paradigma orienta su experimentación básica a fenómenos como memoria, atención, percepción, la representación de conocimiento, procesos cognitivos complejos como pensamiento, lenguaje y resolución de problemas. Así mismo constituye un modelo que permite estudiar los mecanismos que anteceden y explica lo que el sujeto siente, piensa y hace.

La psicología clínica, ha tenido muchos aportes, entre los cuales están: la organización y sistematización de los datos disponibles, conexión del área aplicada con la experimentación básica en cognición, éstos sirven de guía para la teorización, permitiéndole un mayor cúmulo de predicciones y proveerlas de marcos de referencias para interpretar, evaluar y tratar factores cognitivos.

En realidad, la psicología clínica se estructura esquemáticamente en cuatro elementos en la actividad cognitiva los cuales son:

❖ Las estructuras cognitivas son las que definen la arquitectura del sistema dentro del cual se almacena la información. Ejemplo, nudos semánticos, memoria a corto plazo, memoria a largo plazo, esquemas y demás.

❖ Las proposiciones cognitivas son las que representan el tipo de información almacenada. Ejemplo, información semántica, información episódica, información afectiva, creencias y demás.

❖ Las operaciones o procesos cognitivos, son entendidos como aquel conjunto de procedimientos, por el cual el sistema opera y manipula la información. Estas reglas guían el procesamiento de la información hacia, entre y desde los esquemas con el fin de generar los productos cognitivos.

❖ Los productos o eventos cognitivos, estarían definidos como los resultados o conclusiones a los que llegan al aparato cognitivo luego de la interacción de la información externa o interna, as estructuras y las operaciones.

Este argumento puede entenderse como los estímulos a los que esta expuesto un individuo son filtrados y manipulados por las variables

mencionadas hasta activar determinados patrones de comportamiento, los que retroalimentan los esquemas. De manera similar los productos cognitivos (pensamientos) no solo generan conductas, sino que cumplen una función autoconfirmatoria alimentando y manteniendo la estabilidad de los esquemas subyacentes.

Por todo lo anterior, suele decirse que el concepto esquema no es nuevo para la psicología, su utilización comienza a tener fuerza en la última década tanto en el área de la psicología social, como en lo que se refiere a procesamiento de la información e investigación básica en cognición, su desarrollo y aplicación al área clínica se puede considerar reciente.

Por otra parte, se dice que un “esquema puede ser visto como una entidad organizacional cognitiva, y establecer, que contiene todo el conocimiento acerca de uno mismo y el mundo (Hellon y Kriss, 1984). En términos más específicos un esquema se refiere a una estructura cognoscitiva en la cual se representa la información referente a una particular categoría de personas, objetos y eventos (Taylor y Crocker, 1981). Ingram y Kendall

(1986) conceptualizan el esquema como la complementación de una estructura cognitiva y su contenido”¹⁶.

Los esquemas particularmente tienen una estructura que es:

- ❖ Se desarrollan en la medida que el individuo tenga interacción en su medio.
- ❖ Se organiza jerárquicamente desde los que especifican información de eventos particulares hasta los que integran representaciones de conceptos intrincados como un todo.
- ❖ Son fortalecidos en la medida en que se procese y se organice internamente información similar en el mismo esquema.
- ❖ Se adquieren de forma individual, tanto en su estructura como en su contenido.

¹⁶ *Ibíd.*, p. 21.

En cuanto al contenido de los esquemas la distinción más aceptada son las que se han establecido entre conocimiento declarativos y procedimental por un lado (Anderson, 1983) y memoria semántica y episódica por otro (Tulving, 1984).

El conocimiento declarativo es concebido como un conocimiento conceptual básico, estático, de los hechos y creencias almacenadas acerca del mundo de objetos o eventos, tanto reales como imaginados (Nasby y Kihlstrom, 1986). Este conocimiento incluye información acerca de significados conceptuales, como también información de experiencias personales frente a los conceptos y los eventos del mundo real.

De esta manera, se asume que el conocimiento declarativo contiene información semántica, la cual es independiente del contexto y se desprende del conocimiento compartido por la gran mayoría de las personas que pertenecen a una comunidad lingüística, cultural determinada, y una información episódica, la cual se refiere a las experiencias individuales, autobiográficas, relacionadas con un contexto espacio, temporal, emocional donde se produce el contacto sujeto-objeto.

El conocimiento procedimental, es el conjunto de reglas, habilidades y estrategias por medio de las cuales se opera la información declarativa. Este conocimiento está generalmente representado por secuencias de acciones que conducen a una meta que en principios pueden ser conscientes y luego automatizados.

En relación con el contenido de los esquemas, Nisbett y Ross (1980) distinguen dos tipos de conocimiento estructural, las cuales se denominan esquemas teorías o creencias. “Los esquemas son considerados por estos autores como una forma más genérica de conocimiento donde las proposiciones no se relacionan necesariamente. Las creencias en cambio, se refieren a cogniciones que incluyen relaciones entre dos o más conceptos y que contienen información general en forma de reglas”¹⁷. Estas perspectivas consideran entonces que la información puede organizarse en teorías o sistemas de creencias (Ellis, 1980) y que dicho contenido sería de un nivel de complejidad mayor al simple listado de conceptos, este hecho no implica que permanezcan inmune a la influencia de factores extraños que distorsionen su objetividad.

¹⁷ *Ibíd.* P. 24

Por otra parte, este trabajo de investigación tiene un línea teórica que conduce al fortalecimiento, debido a que ésta se trata de la interacción social de las personas infectas del VIH, con su familia y el entorno social donde mantiene su cotidianidad diaria. Por esta razón se hace necesario teorizar en pequeños conceptos la motivación, autoestima y socialización referente a la parte de la psicología social.

Así mismo, me atrevo a decir, que según la observación directa, estos pacientes presenten problemas de aislamiento, rechazo familiar y de la comunidad. Entonces me enfatizo en las diferentes teorías.

En las distintas teorías se dice que son necesarias las actividades dentro del proceso de formación que posee una persona y debe iniciarse desde su niñez, ya que la ejecución de ellos promueve no sólo el proceso cognitivo, el desarrollo del pensamiento, sino que además estimula al buen alcance de los valores principalmente el autoestima y a su vez le permitirá solucionar problemas que se le presenten en su vida cotidiana. Se podría decir entonces, que la vida es un proyecto ya que ésta se desarrolla por una necesidad y por un problema dado al cual hay que darle alternativa de solución. En otras palabras se podría decir que es una acción que se

comparte para transformar algo dado, algo que existe en la realidad y cuyas acciones son claves fundamentales para incidir sobre una situación concreta, entonces quien más podría dar soluciones que uno mismo. Esto sería una estrategia que potenciaría al ser humano para su bienestar y conseguir su propia autoconstrucción.

Así mismo el autoestima, es la base fundamental que posee el hombre y la mujer para arreglar sus propios problemas por eso se dice que el autoestima es: “lo que piensas de ti mismo, el valor que te das como persona, en que forma te tratas a ti mismo y tiene relación con sensación de dignidad personal de merecer amor y pertenencia”.¹⁸

Ahora bien, se hará una breve explicación del autoestima de los niños y adolescentes. El autoestima que a continuación relacionamos va dirigido a un autoestima en niños comprendidos desde los seis años a los doce, para desarrollar esta teoría se parte de un objetivo que es en lograr el poder personal y la autoestima positiva que son habilidades que pueden ser aprendidas. A pesar de nuestro escrito es un diálogo director con los niños, los padres podrán usarlo como herramienta para transmitirles el tema de

¹⁸ MATTHEW Mackay. Autoestima Evaluación y mejora. Editorial Debet. Buenos Aires. 1998 6 p.

autoestima. Para poder comprender esto se hace necesario escribir algunas características de ella, las cuales son:

- * Significa ser sincero contigo mismo.
- * Hablar por ti mismo, cuando ésta sea la medida adecuada.
- * Siempre tienes alguien de tu lado (tú mismo).

Así mismo, se hace el interrogatorio ¿Qué necesitas para defenderte solo?, este se contesta:

- * Poder personal.
- * Autoestima positivo.

Una parte importante del poder personal es llegar a conocerte a ti mismo. Tú no puedes defenderte, si no sabes quién eres. Tú no puedes defenderte solo, si ni siquiera te gustas a ti mismo.

El poder personal significa tener seguridad y confianza en uno mismo.

Consta de cuatro partes:

- * Ser responsable.
- * Saber elegir.

- ★ Llegar a conocerte a ti mismo.
- ★ Adquirir y utilizar el poder en tus relaciones y en tu vida.

La primera parte del poder personal significa que algunas veces las demás personas hacen o dicen cosas que no nos gustan. Quizás no enfadamos o nos sentimos frustrados. Nosotros somos responsables únicamente de nuestra propia conducta. Los adultos pueden usar más y mejores palabras que los niños, pero lo que están diciendo es exactamente lo mismo “no soy responsable!”. Tú bien sabes que eso no es verdad, así que la próxima vez que un adulto diga “Tú me obligaste a hacerlo!”, tú puedes decirte a ti mismo, “yo no obligué a esa persona a hacer nada; yo solamente soy responsable de mi propia conducta”. Esta es una manera de defenderte solo.

Así mismo, ser responsable te ayuda a sentirte seguro y con confianza dentro de ti. Te da una sensación de poder personal. Ser responsable no es lo mismo que ser perfecto. Nadie es perfecto!. Nadie te puede hacer feliz o infeliz, nervioso o enojado, aburrido o curioso. Tú eres responsable de tus propios sentimientos. Podemos decidir por nosotros mismos cómo queremos sentirnos.

La segunda parte es saber elegir, esto es debido a que tú eres responsable de tu conducta y de tus sentimientos, tú puedes elegirlos. Tú puedes escoger lo enojado, frustrado, triste que te quieres sentir. Tú puedes también elegir y cambiar tus sentimientos.

Una parte importante del aprender a elegir es aprender a hacerlo correctamente. Esto comienza al decidir lo que esperamos que suceda como resultado de nuestra elección, y decir si nuestras expectativas son realistas. Vivimos en una cultura que da gran valor al éxito, pero esto no tiene nada que ver con el valor personal, es decir desarrollarnos personalmente lo mejor posible en las actividades que creemos que son importantes y estar a gusto con nosotros mismos aún cuando nuestra idea de lo mejor no sea precisamente lo mejor.

La tercera parte es llegar a conocerte a ti mismo. Si te esfuerza demasiado en complacer a otras personas, es difícil que llegues a conocerte a ti mismo.

Una buena manera de llegar a conocerte a ti mismo es nombrar y reconocer tus sentimientos, tus sueños futuros y tus necesidades.

Los sentimientos tienen sus propios nombres especiales. Llamar a los sentimientos por su nombre correcto aumenta tu poder personal. La mayoría de los sentimientos pueden ser agrupados en ocho tipos básicos. Cada tipo incluye un sentimiento de baja y de alta intensidad.

Algunas veces, puede resultar difícil diferenciar los sentimientos: eso se debe a que puedes experimentar más de un sentimiento a la vez los sentimientos no son equivocados o adecuados, buenos o malos; simplemente son tus futuros, sueños, son metas personales. Estas le dan una dirección a tu vida, un propósito y un significado. Los sueños futuros cambian. Conforme las cosas a tu alrededor cambian (según como cambia tu interior) tendrás que ir decidiendo lo que quieres ser y hacer.

Según Emilio Durwein¹⁹, las necesidades no son ni adecuadas ni equivocadas, ni buenas ni malas; simplemente son. Existen siete necesidades básicas que toda la gente comparte.

- * La necesidad de relacionarse con otras personas.
- * La necesidad de acariciar y abrazar.
- * La necesidad de pertenecer y de sentirse “uno” con los otros.
- * La necesidad de ser diferente y aparte.

¹⁹ DURWEIN Emilio. Educación en los Valores. Plaza 6 Janes. 1976. España. P. 26

- ✱ La necesidad de sentirse digno, valorado y admirado.
- ✱ La necesidad de hacer algo por otros.
- ✱ La necesidad del poder en nuestras relaciones y en nuestras vidas²⁰.

Es importante que uses todos tus sentimientos, tus sueños futuros y tus necesidades; no los cuestiones ni los juzgues, simplemente experimentalos, nombrarlos y acéptalos. Ellos te pertenecen.

Existe una forma muy simple para reclamar tus sentimientos, tus sueños futuros y tus necesidades, se llama “discute las cosas contigo mismo”.

Algunas veces los sentimientos son demasiados difíciles de manejar, especialmente aquellos que no son buenos. Nos sentimos muy turbados o temerosos y muy avergonzados o enojados de que el sentimiento se apodere de nosotros. En situaciones como esta, necesitamos una manera de escapar de nuestro sentimiento. Aquí te damos cuatro frases escapatorias que puedes poner en práctica:

- ✱ Encuentra algo que reírte.
- ✱ Enfoca tu atención hacia otra cosa que no sea ese sentimiento.

²⁰ Ibíd 23 p

* Medita.

* Sueña despierto.

Algunas veces la mejor manera de escapar de algo, es mirar hacia atrás y enfrentarlo. Este sueño te tiene despierto, te ayuda a enfrentarte al monstruo de tu intenso sentimiento.

Con todo lo anterior se hace necesario hablar de motivación, la cual consiste en dar animo, alentar, empuje, entusiasmar, convencer a alguien o a ti mismo a que siga adelante a triunfar, a hacer sentir a esa persona que puede todo lo que se proponga. La motivación se divide en intrínseca y extrínseca, la primera es la acción interna que te lleva a realizar una conducta por placer y la segunda es la acción que te lleva a realizar una conducta para adquirir una recompensa.

Por último se tiene, adquirir y utilizar el poder en tus relaciones y en tu vida, en esta el autor Clark dice que existen dos clases que tú debes conocer: el poder del papel que juegas y el poder personal. Entre éstas existen diferencias a saber:

* El poder del papel que desempeñas es algo que tú obtienes porque sí. El poder personal es algo que obtienes porque tú lo quieres y trabajas para lograrlo.

* El poder del papel que desempeñas depende de que tengas alguien sobre quién ejercer ese poder. El poder personal depende solamente de ti.

* Solamente algunas personas pueden tener poder únicamente por su papel. Pero cualquiera puede tener valor personal aunque mucha gente tenga poder de mando sobre ti.

Acepta que algunas personas tienen autoridad sobre ti. Utiliza tu energía para desarrollar tu poder personal. Esta es la manera de luchar por ti mismo.

Cuando nos importa lo que otra persona piense de nosotros, le damos a esa persona poder sobre nosotros. ¿Cómo podrás saber si te están tratando con respeto?. Presta atención a tu sentimiento. Si el estar con ellos y aprender de ellos te agrada y te sientes bien en tu interior, entonces hazlo.

Aún cuando eres “solamente un niño”, tú eres una persona con poder, solamente piensa en las cosas que puedes hacer.

- * Puedes ser responsable de tu conducta y de tus sentimientos.
- * Tú puedes hacer elecciones acerca de tu conducta y de tus sentimientos.
- * Tú puedes nombrar y reclamar tus sentimientos.
- * Tú puedes nombrar y reclamar tus sueños futuros.
- * Tú puedes nombrar y luchar por tus necesidades.
- * Tú puedes hacer una gran escapatoria cuando tus sentimientos resulten ser demasiado fuertes para manejarlos.
- * Tú puedes tener poder en tus relaciones con otras personas.

Todas estas cosas aumentan tu poder personal. Con poder personal, tú estás realmente controlando tu propia vida.

Ahora bien, es necesario mencionar los cuatro aspectos del autoestima, los cuales son:

★ **Vinculación:** “resultado de la satisfacción que obtiene el adolescente al establecer vínculos que son importantes para él y que los demás también reconocen como importantes”²¹.

★ **Singularidad:** “resultado del conocimiento y respeto del niño y la niña sienten por aquellas cualidades o atributos a que le hacen especial o diferente, apoyando por el respeto y la aprobación que recibe de los demás por esas cualidades”²².

★ **Poder:** “consecuencia de la disponibilidad de medios, de oportunidades y de capacidad en el niño y la niña para modificar las circunstancias de su vida de manera significativa”²³.

★ **Modelos o pautas:** “puntos de referencia que dotan al niño y niña de los ejemplos adecuados, humanos, filosóficos y prácticos, que le sirven para establecer su escala de valores, sus objetivos, ideales y modales propios”²⁴.

Por otra parte la teoría de Maslow, investigó las necesidades del ser humano, en cuanto a la motivación humana, entre ellas habla de la

²¹ MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL. Educación ética y valores humanos, lineamientos curriculares. Magisterio, Santafe de Bogotá. 1998. p.27

²² *Ibíd.* p.28

²³ *Ibíd.* p. 18

²⁴ *Ibíd.* p. 18

necesidades de sociales y las necesidades del ego autoestima, donde la divide en dos partes: la del respeto de los demás y la de autorrespeto. La autoestima implica a competencia, seguridad, dominio, independencia y libertad.

Así mismo Maslow dice que “El respeto de los demás incluye reconocimiento, aceptación, estatus y aprecio. Cuando estas necesidades no son satisfechas, un individuo se siente desalentado, débil e inferior. La autoestima saludable es una evaluación realista de las propias capacidades y tiene sus raíces en el respeto merecido de los demás. Para la mayoría de las personas, la necesidad de la consideración de los demás disminuye con la edad debido a que ha sido satisfecha; sin embargo, la de autoconsideración se vuelve más importante.”²⁵

Según Maslow, “la estima se refiere a la necesidad de desarrollar un sentido de valía personal al saber que otros están conscientes de su capacidad y valor”.²⁶

²⁵ MASLOW,, Abraham, citado por. FELDMAN, Robert S. Psicología, segunda edición. McGraw-Hill. México. 1º995. p 309.

²⁶ Ibíd..309 p.

Otro, autor que ha investigado acerca del desarrollo del ser humano y en especial su parte socioafectiva es Jean Piaget, el cual plantea seis estudios de psicología a saber: El afecto y el intelecto son como las dos caras de una moneda, ambos van siempre unidos y además contribuyen a la adaptación al ambiente; el afecto regula las energías de los actos. Con esta frase Jean Piaget deduce que “el desarrollo intelectual se enlaza íntimamente con el desarrollo afectivo y con el proceso de socialización”²⁷.

Por eso se dice que, una de las metas del desarrollo es el logro de la autonomía, y en la edad preescolar el niño y niña se inicia ya en ésta, así como en la cooperación, colaboración y participación. La autonomía es un proceso de educación social que enseña al individuo a colaborar con los demás y a respetar las reglas sociales, así como a favorecer el desarrollo de la personalidad y de la conciencia de solidaridad entre los individuos.

Desde el punto de vista piagetiano, la autonomía se construye en estrecho contacto con el medio social. los instrumentos que la sociedad ofrece al niño influyen en sus relaciones familiares y sociales, especialmente entre los mismos niños y niñas.

²⁷ Piaget, Jean. Citado por: BARTOLOMÉ Roció, GORRIZ Nieves, Pascual Cristina y GARCIA MERCEDES. Manual para el educador infantil. McGraww-HillSantafé de Bogotá. 1993. 45 p.

Por lo general, el adulto ordena la vida del niño, le impone las reglas que hacen posible la vida social pero que son ajenas a la infancia, como señala Piaget en la autonomía en la escuela “En la medida en que las reglas permanecen exteriores a el niño y niña es incapaz de socializar realmente su conducta y su pensamiento, no consigue situarse en el mismo plano que los demás individuos y permanece dominado por su egocentrismo inconsciente y espontáneo que es la actitud natural del espíritu en su presencia de las realidades no asimiladas”.²⁸

Jean Piaget, como investigador en el niño y niña en la educación, hace referencia a las etapas del desarrollo afectivo, las cuales las llama fases y las describe de la siguiente manera:

- ★ Primera fase: manifestaciones afectivas elementales:
 - Primer estadio: acciones instintivas y reflejos afectivos.
 - Segundo estadio: percepciones afectivas egocéntricas (desde el segundo mes).

²⁸ *Ibíd.*. 45 p.

- Tercer estadio: la elección de objeto hacia el final del primer año.

★ Segunda Fase. El juicio moral no independiente: la moral heterónoma (de 2 a 7 años): la moral es todavía completamente del juicio de los adultos, subordinada. Así por ejemplo, mucho antes de que comprenda el sentido de la veracidad admite la orden de no mentir, a pesar de su placer por la invención de fábulas. Una mentira, para un niño de esta edad, es “peor” cuanto más improbable es, con independencia de la intención.

★ Tercera Fase: El Juicio moral independiente: la moral autónoma (a partir de los 7 u 8 años).

Siguiendo el desarrollo evolutivo de estas fases, la educación moral es una tarea delicada. ¿cómo debe procederse para que el pequeño asimile las reglas y los valores del grupo social?. algunos se inclinan por el principio de autoridad y se vale de órdenes, castigos y recompensas. Esta relación determina, por un lado, la sumisión, del niño y el autoritarismo del adulto, y por otro, una dificultad para ir pasando paulatinamente de una moral

heterónoma, totalmente dependiente del criterio de los adultos, a una moral autónoma, con criterios propios²⁹.

Para fomentar esta moral autónoma, será mejor una educación basada en la relación de respeto mutuo, de cooperación, en la que se establecen reglas por mutuo acuerdo, (siempre que sea posible). Esta es la socialización que transforma cualitativamente la personalidad del niño. Sólo así surgen los valores tales como la comprensión y la colaboración, y se establece un sistema de reciprocidad que sustenta la justicia y la dignidad.

Ambas tendencias se prolongan en el quehacer educativo. Aún se emplean métodos autoritarios que convierten al estudiante en objeto pasivo, mientras que métodos como el autogobierno se basan en la responsabilidad y participación activa del mismo.

De 0 a seis años es posible favorecer el tránsito del egocentrismo a la socialización, y establecer las bases de una creciente cooperación en los campos moral e intelectual. En ese tránsito el sujeto va cambiando su egocentrismo por la colaboración con los demás.

²⁹ *Ibíd.* P. 48

Para Piaget el desarrollo moral es también un proceso de construcción desde adentro. Él cree que las relaciones de coacción (control externo) no conducen a un desarrollo moral porque impiden el desarrollo de la autonomía (control interno)³⁰.

Las reglas externas llegan a ser las del niño (suyas propias) sólo cuando él las adopta o las construye por propia voluntad. Desafortunadamente, la forma en que la mayoría de los niños y niñas aprenden las reglas sociales morales es a través de la obediencia a los adultos portadores de la autoridad.

Por otra parte, en esta investigación se tiene la teoría del conocimiento ya que, en la indagación se trata de realizar unas estrategias terapéuticas a nivel de la psicología social, con aquellas personas que tienen el VIH, el cual ha sido el factor de tener una autoestima baja, por eso se hace necesario teorizar estos conceptos.

³⁰ *Ibíd.*, 50 p.

El conocimiento requiere de todo proceso de aprendizaje humano. A su vez el conocimiento se lleva a cabo con la participación directa de quien conoce. ¿de qué manera? En primer lugar por las interacciones con la experiencia física.

Esta participación implica, no sólo enfrentamientos con hechos concretos de la comunidad, de la escuela, y del hogar, sino también, reflexión sobre los obstáculos, los aciertos y los errores cometidos al enfrentarse a una situación concreta.

Al mismo tiempo que sucede la experiencia física está la experiencia social, es decir, las interacciones con la comunidad y el hogar.

Estas experiencias y su interrelación son asimiladas por las estructuras mentales para formar una síntesis que avanza en otras interrelaciones y experiencias para continuar el proceso de comunicación y de conocimiento.

Por lo tanto, “el aprendizaje requiere tiempo para conocer, asimilar, analizar y construir en un movimiento dinámico y complejo que busca el

equilibrio conceptual. El aprendizaje, por lo tanto no puede ser lineal, estímulo/ respuesta, premio / castigo”³¹, como lo presenta Skinner.

Según Jean Piaget, “el aprendizaje, no es inducido por agentes externos, de una manera pasiva, ni generando espontáneamente cuando se madura, sino que es construido por la persona es una interrelación activa de sus estructuras mentales con su ambiente”.³²

Esto quiere decir que la persona, sus características, su ambiente, sus experiencias, su pensamiento e inteligencia, actúan , operan, activamente en este proceso de aprendizaje.

Tomando como base de investigación el autoestima, se tiene que teorizar algunos conceptos acerca de la axiología como estudio de los valores. Por eso en este trabajo de indagación nos identificamos con los siguientes autores que hablan de esta temática.

³¹ Skinner, Citado por COY A. María Elizabeth. Psicología del Aprendizaje. Santafé de Bogotá. 1995. 107 p.

³² PIAGET, Jean. *Ibíd.*. 107 p.

Juan Federico Herbart (1776-1841), estableció una teoría pedagógica en consonancia con sus principios filosóficos, según los cuales los fines de la educación están determinados por la Ética y los procesamientos más adecuados para llegar a ellos por la psicología³³.

Para Herbart, la educación debe buscar la libertad interna la perfección, la benevolencia, la justicia y la equidad. Su fin más elevado es la moralidad a fuerza del carácter³⁴.

Se llega a los fines anteriores por medio de la disciplina y de la instrucción. La educación liberal une así la confianza con una actitud y franca que garantice la apertura de los corazones y una condición humana acorde con aquello que desea la naturaleza.

De acuerdo con la psicología de Herbart, todos los fenómenos de la vida anímica pueden reducirse a representación como ultimo elemento. Los sentimientos, los deseos, las voliciones no son otra cosa que estados especiales producidos en la conciencia mediante el mutuo refuerzo o

³³ HERVEART, Juan Federico. Educación ética y valores humanos. Magisterio. Santafe de Bogotá, 1998. p 35.

³⁴ *Ibíd.*. 28 p.

debilitamiento de las representaciones. Cuando la voluntad se separa violentamente del círculo de los pensamientos, puede entonces la instrucción influir sobre la voluntad mediante el ordenamiento adecuado de la masa de las representaciones, actúa así de manera educativa³⁵.

Otra teoría importante en este trabajo de investigación es la formación de la persona moral: de acuerdo con los lineamientos curriculares Educación Ética y Valores Humanos, la formación surge de los adultos como agentes socializadores quienes son inculcadores de valores, portadores de valoraciones y están continuamente haciendo de cierta manera un adoctrinamiento vivencial y ejercen como educadores morales por diversos caminos en la cotidianidad de la vida familiar y escolar.

De esta manera, el debate entre comunitarismo y liberalismo y las presiones que de allí resultan sobre las posibilidades de un proyecto ético-social y sobre el sujeto moral, toma a propósito de los procesos de socialización y desarrollo auto genético del ser humano, una forma particular aunque mantiene las fuentes de tensión ya referidas: el contenido mismo de lo que puede abarcar la educación ética y moral, el papel de los

³⁵ HERBART, Juan Federico. Op cit. P 39.

contextos culturales, el pro que tienen los aspectos afectivos y cognitivos en el proceso de formación de la persona moral, la posibilidad de una autoformación moral, racional y otras.

De esta forma la aproximación de la formación del sujeto humano, como sujeto moral, se puede abordar desde perspectivas diversas: una de estas perspectivas está dada por el conjunto de investigaciones que diferentes disciplinas de las ciencias sociales ha realizado sobre el proceso de socialización; otra hace referencia a las teorías específicas del desarrollo moral que desde la psicología han elaborado diversos autores.

La socialización como un proceso interactivo y multidireccional, que implica una transacción y renegociación permanente de significados, no es sólo transmisión de valores, normas y actitudes, es la construcción de una cierta representación del mundo que cada individuo realiza tomando imágenes prestadas de su contexto cultural pero que él reinterpreta. La socialización es el resultado de aprendizaje informales e implícitos, e influencias no intencionales que le posibilitan al ser humano la construcción de un código simbólico, de un sistema de referencia y evolución de lo real que le permiten comportarse de una forma y no de otra

en cada institución. Es posible decir entonces que la socialización hace referencia a la construcción de una identidad, de un sentido de pertenencia que tiene múltiples coordenadas; pertenencia a una familia, a un grupo o grupos, a una comunidad, a una región, aun país pero también a una comunidad muy particular como es la humanidad.

Es en los distintos espacios de socialización donde las mediciones culturales y nuestros encuentros con los otros se realizan, donde comienza la constitución del sujeto moral que es al mismo tiempo autoformación y avance hacía la autonomía.

Cuando desde algunas teorizaciones dentro del debate ético se hace demasiado énfasis en el peso de la cultura de las comunidades particulares sobre la identidad moral, se deja de lado esa posibilidad del ser humano de darle un lugar a la identidad como género; identidad que nos une y nos lleva a todos a pensarnos como humanidad; y que nos lleva a preguntarnos qué es lo que nos hace humanos, qué es lo que hace la vida humana, digna y cuáles de estos elementos corresponden a rasgos universales y cuáles dependen de contextos culturales específicos.

“Pero la aprehensión desde un punto de vista empírico de la identidad es particularmente compleja, pues no hay una identificación única, sino un proceso con referentes plurales, diversos, ambivalentes e incluso contradictorios. El niño y la niña debe construir su propia identidad mediante una integración progresiva de sus diferentes identificaciones positivas y negativas” .³⁶

Por otra parte, se dice que existen diferentes entidades que pueden vivir sin ser excluyentes, es necesario desconocer el peso que tiene la identidad y el sentido de pertenencia a una comunidad particular, para desarrollar el sentido de pertenencia, como dice Adela Cortina “a una comunidad ideal con la cual se comparten unos valores universales”.³⁷ Lo anterior nos permitiría decir que en moral universalismo y contextualismo no son excluyentes.

Desde otra perspectiva, diferentes teorizaciones han intentado explicar el desarrollo moral. Nos referimos aquí de manera muy breve, y quizás un tanto esquemático, a algunos contenidos de la teorías de Piaget y Kohlberg

³⁶ MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL. Educación ética y valores humanos, lineamientos curriculares. Magisterio. Santafe de Bogota. 1998. 48 p.

³⁷ *Ibíd.*. 48 p.

y algunos elementos de la teorización de Freud y Vigosky, que nos parece relevantes para el tema de la formación de los sujetos.

Teniendo en cuenta lo arriba mencionado, hemos visto cómo a través de mensajes implícitos y explícitos, la escuela logra en sus estudiantes ciertos aprendizaje y comportamientos planificados y no planificados, currículo oculto que es el telón de fondo en que se va configurando unos significados y valores de los cuales el grupo de profesores y estudiantes no son plenamente conscientes.

Si la escuela en su conjunto educa, el maestro con sus actuaciones también lo hace. Muchos de ellos se convierten en modelos para los estudiantes, otros al contrario despiertan un claro rechazo. Esta selección que hacen los estudiantes de sus profesores, es una de las razones que debe llevar a reflexionar al docente sobre su papel como educador. Se educa no sólo con el discurso, también con la forma en que éste se exprese, con el tono, con la vitalidad o el desgano, con los énfasis y las declinaciones, con los ademanes, gestos, en fin, con todo lo que se hace y se deja de hacer.

Los estudiantes se convierten así en los primeros jueces de sus profesores, cuestionando su coherencia entre la teoría y la práctica y entre sus diferentes formas de expresión. Un profesor que en su discurso hable de compromiso cuando nunca tiene tiempo para sus estudiantes, o que constantemente llame la atención sobre la importancia de obrar con criterio propio cuando siempre se le ve doblegado frente al rector, pondrá a tambalear cualquier propuesta de educación moral por más cuidado que se haya tenido en su elaboración. El estudiante recibirá mensajes contradictorios en caso de que un profesor dedicado a enseñar la dignidad humana, siguiere utilizando en su lenguaje los prejuicios raciales, los estereotipos acerca de determinados grupos culturales, los lugares comunes acerca de la inferioridad o incapacidad de autonomía de la mujer.

Esta realidad deberá llevar al docente a reflexionar sobre su propia formación moral, sobre sus actitudes, comportamientos y prácticas que afectan directamente la labor educativa, participando de ese modo en el mismo proceso de formación moral de los estudiantes, haciéndose consciente a la necesidad de ser cada día una mejor persona, digna de credibilidad y en quien sus estudiantes puedan depositar su confianza.

3.3. MARCO CONCEPTUAL.

Le marco conceptual es un punto referente a los diferentes conceptos que se manejaran en la investigación, teniendo en cuenta los diversos autores que han determinados algunas teorías, entre los conceptos que se emplearan en este trabajo de investigación se tienen:

★ **AXIOLOGIA.** “Teoría de los valores morales, los cuales son las distinciones de configuraciones relacionales en la convivencia que obtienen su legitimidad desde el amor, honestidad, respeto, lealtad, generosidad y justicia”³⁸

De acuerdo, con el concepto definido por la enciclopedia Planeta, el ser humano debe actuar en su comunidad en espacios de buena aptitud moral, partiendo de la cultura y costumbre de ese ámbito natural, cada individuo deberá ser persona, teniendo en cuenta las cualidades de honradez, respeto, lealtad, generosidad y justicia, para así poder dar ejemplo dentro de ese marco social.

³⁸ ENCICLOPEDIA PRACTICA PLANETA. Planeta. 1893 p.

* **EMOCION.** El diccionario Oxford English la define “como cualquier agitación y trastorno de la mente, el sentimiento, la pasión, cualquier estado mental vehemente o excitado”³⁹

Se utiliza este termino emoción para referirse a un sentimiento y sus pensamiento característicos a estados psicológicos y biológicos y una variedad de tendencia a actuar.

Además, existen cientos de emociones, junto con sus combinaciones, variables mutaciones y matices. En efecto, hay emoción más sutiles de las que podemos nombrar.

Los investigadores continúan discutiendo acerca de que las emociones pueden considerarse primario el azul, el rojo y el amarillo de los sentimientos, a partir de los cuales surgen todas las combinaciones o incluso existen realmente esas emociones primarias.

* **AUTOESTIMA.** Para algunos investigadores como Susan Pick el autoestima es: “la capacidad de tener confianza respeto por sí mismo, es

³⁹ DICCIONARIO English Oxford. Inteligencia emocional. 331 p.

propiciada desde el nacimiento o tal vez antes, ya que el hecho de que el niño se sienta deseado por sus padres le va a dar la posibilidad de sentirse esperado y querido”⁴⁰

De acuerdo a definición de Susan Pick, el autoestima es el recibimiento o rechazo que tiene un ser humano con otro, pero a la vez éste debe valorarse por sí mismo. En el caso del niño en edad preescolar es sembrar en ellos un buen autoestima por parte de los adultos, ya que estos demuestran apatía escolar, claustrofobia escolar y otros síntomas que viven los niños y en especial los que no tienen relaciones con los demás estudiantes.

Según Filliph Rice, el autoestima “esta conformado por los pensamientos y sentimientos que se tienen sobre sí mismo, estos pueden ser positivos y negativos y son ellos los que van a determinar la imagen que tengamos sobre nosotros mismos”⁴¹.

Este concepto es de vital importancia en el desarrollo del niño en cuanto al autoestima en los diferentes niveles o escalas como: autorrealización,

⁴⁰ PICK Susan. Enciclopedia de la Educación. Océano. España Madrid. 1996. 345 p.

⁴¹ FILLIPH Rice, Desarrollo Humano. Citado por NAVARRO BORJA Wilfar, CASTRO PERTUZ Marbel Luz, MORENO RUÍZ Fanny Maria. Desarrollo de Estrategias pedagógicas para el fortalecimiento del autoestima en los niños de transición. Universidad del Atlántico. Barranquilla, 2001. 73 p.

necesidad fisiológica, amor, pertenencia, seguridad y estima los cuales son aspecto psicológico se deriva del pensamiento y del sentimiento de la persona, los cuales están encaminados a una acción negativa o positiva, de acuerdo como el adulto se lo ofrezca. Así mismo se mencionan los términos que se tendrán en cuenta durante la investigación.

SENTIMIENTO. “Acción de sentir estado afectivo del ánimo de la clase que se expresa afición, dolor que se siente por un suceso o hecho ocurrido”⁴²

Este concepto prácticamente es sentir algo utilizando la percepción de todos los sentidos del ser humano.

SOCIALIZACIÓN: este concepto los define SOROKIN 1947 y ROCHER 1973 “como el proceso, el cual la persona aprende e interioriza en el transcurso de su vida los elementos socioculturales de su medio ambiente”.

⁴² Ibíd.. 89 p.

Esta definición se puede entender como la estructura de su personalidad bajo la influencia de experiencias y de agentes sociales significativos y se adapta así al entorno sociocultural donde va a vivir.

Para Jean Piaget la **Socialización**, “es el proceso mediante el cual el individuo adopta los elementos socioculturales de su medio ambiente y los integra a su personalidad para adaptarse a la sociedad. En psicología infantil, es el proceso por el cual el niño, aprende a diferenciar lo aceptable de lo inaceptable en su comportamiento.”⁴³

Esta definición la relaciono con la psicología social, ya que se debe tener en cuenta que las diferentes escalas o niveles para la socialización; así mismo se debe mencionar que para que el individuo tenga una interacción social debe enmarcarse en los elementos socioculturales y su medio ambiente, y para conseguir esa interacción hay tenerlos dentro de los parámetros de seguridad, autorrealización, estima, amor y pertenencia, y necesidades fisiológicas, porque sin estos elementos no habrá una interrelación social entre ellos.

⁴³ **Jean Piaget.** "Socialización." Enciclopedia® Microsoft® Encarta 2001. © 1993-2000 Microsoft Corporation. Reservados todos los derechos.

NECESIDADES FISIOLÓGICAS: son aquellas que el ser humano necesita de primera necesidad para vivir, entre las necesidades fisiológicas se tienen: la sed, hambre, frío, calor, dolor, sexo y otros.

NECESIDAD DE SEGURIDAD: tiene que ver con la protección y la conservación con huir, escapar del miedo de las situaciones peligrosas.

NECESIDAD DE AMOR Y PERTENENCIA: se puede definir como la necesidad de recibir afecto de los demás, ya que la afectividad es muy importante en el desarrollo de la personalidad del individuo de echo hay personas que se enferman de privación psicoafectiva.

ESTIMA: tiene que ver con lo que piensa en ti misma, cómo te valoras, cómo te sientes y cómo confía en ti misma.

AUTORREALIZACIÓN: es lo que el hombre y la mujer se traza a metas u objetivos para obtener una mejor calidad de vida.


MOTIVACIÓN: es dar ánimo, aliento, empuje, entusiasmar, convencer a alguien o a ti mismo, a que siga adelante a triunfar, a hacer sentir a esa persona que puede todo lo que se proponga.

MOTIVACIÓN INTRÍNSECA: es la acción interna que te lleva a realizar una conducta por placer.

MOTIVACIÓN EXTRÍNSECA: es la acción que te lleva a realizar una conducta para adquirir una recompensa.

3.4. MARCO LEGAL.

Para que esta investigación preliminar, se fortalezca y tenga una validez social, psicológica, sociológica, se hace necesario vincular las normas jurídicas, las cuales están aparadas por la Ley, entre estas se tienen:

 **CONSTITUCIÓN POLÍTICA NACIONAL.** En el numera 68, hace alusión de manera directa a asuntos relacionados con la sexualidad; así por ejemplo, plantea un libre desarrollo de la personalidad, la igualdad de

oportunidades para el hombre y la mujer, su protección frente a cualquier forma de discriminación humanos y otros.

📖 **DECRETO 1543 del 12 de Junio de 1997.** Este documento hace referencia a la protección de los derechos fundamentales del ser humano que se encuentre infectado por VIH / SIDA, además el Estado deberá velar por aquellas personas que se encuentren en el estrato uno, o que no tenga recursos disponibles para su tratamiento o su costos en medicina general.

Este Decreto fue emanado por el Ministerio de salud, que también hace énfasis en lo relacionado con la integridad de las vidas de los infectados por el VIH.

📖 **LEY GENERAL DE LA EDUCACIÓN. ARTÍCULOS 14 Y 15,** ordena impartir la educación sexual enmarcada dentro de principios éticos, y señala que este proceso educativo debe asumirse las características de un proyecto que haga parte del gran proyecto educativo institucional.

📖 **DECRETO 1571 DE 1993. “SANGRE SEGURA PARA TODOS”.** este decreto en su artículo 50 dice: “Cuando un receptor en uso normal de

sus facultades mentales, y en la forma libre y consciente, decide no aceptar la transfusión de sangre o de sus hemoderivados, deberá respetarse su decisión, siempre y cuando esta obre expresamente por escrito, después que el médico trate le haya advertido sobre los riesgos existentes”⁴⁴

Esto significa que cuando la decisión del paciente a este respecto haya sido tomada con anticipación y para que tenga efectos en la eventualidad en que se requiera la transfusión, el médico deberá respetar si consta de documento escrito autenticado notarialmente o suscrito ante dos testigos. En todos los riesgos existentes deberán ser advertidos.

⁴⁴ MINISTERIO DE SALUD. Decreto 1571. Santafé de Bogotá, 12 de agosto de 1993.

4. MÉTODO.

4.1. ENFOQUE METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN.

La presente investigación es de tipo etnográfico, pues intenta describir la realidad total de un fenómeno social con profundidad y en un ámbito natural y comprenderlo desde el punto de vista de los que están implicados en él. Este tipo de investigación consiste en una descripción de los eventos que tienen lugar en la vida de grupo, con especial consideración las estructuras sociales y las conductas de los sujetos como miembros del grupo, así como de sus interpretaciones y significados de la cultura a la que pertenecen.

Además, este enfoque metodológico propone una concientización e interacción práctica entre nosotros como psicóloga - investigadora, pacientes convivientes con el VIH “Sida”, personal interdisciplinario de la Fundación LAZOS DE VIDA y comunidad, durante el proceso investigativo que se está realizando, involucrando todos a los actores antes mencionados, con lo cual se busca emancipar de todo factor alienante, en este caso la falta de socialización y afectividad de los familiares de los

pacientes convivientes con VIH “SIDA” para así conocer la realidad o la causante específica del problema en estudio en la Fundación LAZOS DE VIDA.

El presente estudio ofrece un estilo de investigación alternativa para describir, explicar e interpretar los fenómenos sociales que tienen lugar en el contexto de algunos barrios del Distrito de Barranquilla, específicamente a los pacientes convivientes con el VIH “Sida” de la fundación Lazos de vida.

Esta investigación está referida a una comunidad específica que comparte afinidad cultural, objetivos de grupo, convivencia, intereses, tradición y otros, por lo tanto el método que se ajusta a estas condiciones es el etnográfico de acuerdo con lo planteado por el sociólogo ADALBERTO REALES “procura conocer desde adentro las formas de interacción, sus procesos culturales, su comunicación, cosmovisión, tradiciones, valores, costumbres, usos y demás”⁴⁵.

⁴⁵ REALES UTRIAS, Adalberto. Socio.Investigación. Santillana. Barranquilla, 1998. 9. 42.

4.2. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.

El tipo de investigación utilizada para la ejecución del proyecto es la investigación etnográfica la cual se empleó con el método de la acción-descriptiva participativa, puesto que sus pilares fundamentales aluden al mejoramiento de las prácticas, de los entendimientos y de las situaciones de carácter educativo, enfocadas en la verdad y la razón, a la que los pacientes convivientes con el VIH “Sida”, se ven enfrentados en la vida diaria, es decir, se busca un acercamiento a la realidad de él y comparta unas buenas relaciones con su familia y parientes, para que nuestros investigados se sientan más identificados con su realidad.

Por otro lado, como investigadora se esta en la ardua tarea de ver estos “objetos” como algo muy real, y no como fenómenos de una causalidad técnica o social, de esto se desprenden que la visión de un determinado problema deba ser observado por los diferentes actores involucrados en la investigación y que las actividades del ser humano sean llevadas al escenario desde el punto de vista del discurso o lenguaje social en el que los pacientes convivientes con el VIH “Sida” sumergen su realidad.

La investigación acción-educativa nos invita a la autorreflexión y planeación para el mejoramiento de nuestra actividad profesional como psicóloga, buscando siempre una conciencia investigativa de nuestro quehacer como profesionales sociales.

Como base principal para el desarrollo de la investigación se tiene los lineamientos de la investigación – acción participativa. De allí tomamos los siguientes pasos: observación directa a los pacientes convivientes con el VIH “Sida” dentro y fuera del entorno social donde se encuentra ubicada la Fundación Lazos de Vida y su contexto, su modo de vida; se reflexionó, además, sobre posibles problemáticas halladas en el hogar; realización de encuestas informativa para recolectar algunos datos que nos arrojaron mayor información acerca de lo que los que están infectados con el virus de síndrome inmunodeficiencia humana piensan sobre la asignatura en psicología social, el investigador y su metodología, la cual consiste en ejercicios terapéuticos en psicología social , lo cual significa una autorreflexión, esto se detecto como debilidad en el grupo interdisciplinario la falta de actualización en métodos.

Partiendo de estos datos, se reflexiona sobre el papel de los nuevos modelos de terapias psicológicas y como elaborar uno de ellos para desarrollarlos en este contexto, para así lograr la solución de este problema. Para esto es necesario involucrar a toda la comunidad, motivar y hacerlos concientizarse de la necesidad existente de mejorar las situaciones problema, en otras palabras: cambiar. Es precisamente allí donde el proyecto cobra importancia, pues nos creamos un compromiso no solo con los pacientes convivientes con el VIH “Sida”, sino con sus familiares y parientes, para conseguir soluciones a tales falencias y lograr ser objetivos durante el desarrollo de la investigación.

4.2.1. POBLACIÓN.

La investigación que se realiza con los pacientes convivientes con el virus del VIH “SIDA”, se encuentra en un proceso de concientización y sensibilización en la fundación LAZOS DE VIDA, en el cual acuden más 70 personas de las distintas edades y sexos, pero a lo que se concierne al cambio de actitud como es el rechazo y la parte socio-afectiva en estos pacientes es de 25, los cuales se encuentran ubicados en distintas partes del Distrito de Barranquilla, además estas personas cuentan con un grupo

interdisciplinario como es: un psicólogo, un trabajador social, un sociólogo, un médico, una enfermera y un coordinador de programas especiales ETS “SIDA” y una investigadora social, en este caso la estudiante de Psicología Social Comunitaria de la Universidad Nacional Abierta y Distancia.

4.2.2. Instrumentos y Técnicas de Recolección.

Los instrumentos de recolección de datos que sirvieron para abordar la información en este proyecto se llevaron a cabo los siguientes:

Observación directa, entrevistas directas con los pacientes infectados con el VIH/SIDA, consulta en libros, textos, revistas, periódicos con el propósito de recolectar datos bibliográficos, historia de vida, talleres. También fue necesario utilizar la encuesta, la cual se les aplicó a los familiares que los pacientes infectados por el VIH SIDA de la Fundación Lazos de Vida del Distrito de Barranquilla, además se visitaron varias bibliotecas para la recolección de datos en revistas, periódicos, folletos y tesis de estudiantes de diferentes disciplinas, también otro medio de información fue la visitas domiciliarias, las cuales las puedo llamar diarios de campo.

4.2.3. FASES DE EJECUCIÓN DEL PROYECTO Y TIEMPO EN LO QUE SE AVANZO EL PROCESO DE LA INVESTIGACIÓN.

Durante el proceso de la ejecución del proyecto se realizaron las siguientes fases:

- Plantear el problema para la realización del proyecto y elaboración de actividades para la recolección de datos.
- Presentación del marco teórico con sus respectivas citas y conceptos.
- Visitas domiciliarias a los familiares y/o parientes de los pacientes convivientes con el VIH “SIDA”, para las charlas.
- Sensibilización como tratamiento inicial con el grupo interdisciplinario hacia los pacientes infectados del virus VIH “SIDA”.
- Aplicación de test a familiares y pacientes para medir la parte socio-afectiva y estimularla de acuerdo al caso presentado.

4.2.4. Recursos:

❖ **Potencial Humano.** Psicóloga social comunitaria (investigadora), Grupo Interdisciplinario (médico, trabajador social, psicóloga, enfermera, nutricionista, infectólogo y sociólogo), pacientes que conviven con el virus de inmunodeficiencia humana y familiares, parientes y amigos de éstos.

❖ **Materiales:** Papelografo, papelería, lápiz, lapicero, Betamax, televisión, retroproyector, entre otros.

❖ **Físicos:** auditorio de la Fundación Lazos de Vida, oficinas del grupo interdisciplinario, contexto social de las viviendas de los familiares de los

❖ infectados.

5. DESCRIPCIÓN ANÁLISIS, INTERPRETACIÓN Y DISCUSIÓN.

5.1. DESCRIPCIÓN DE LA INFORMACIÓN.

Para el desarrollo y ejecución de este proyecto de investigación , se tuvo que realizar varias actividades sociales, para poder fortalecer el problema encontrado, ya que es importante que las personas hoy en día tengan una excelente interacción social, este se debe iniciar desde los hogares hasta las amistades más cercanas y lejanas. Entre las eventos sociales que se llevaron a cabo fueron los siguientes:

SOCIALIZACIÓN DEL PROYECTO A LAS PERSONAS CONVIVIENTES DE VIH DE LA FUNDACIÓN LAZOS DE VIDA.

El día 31 de Mayo de 2001, la investigadora psicóloga social HILDA ROSA CUETO RIOS, se reunió con la junta directiva de la Fundación LAZOS DE VIDA, del distrito de Barranquilla, con el siguiente objetivo: socializar el proyecto con las personas convivientes del virus VIH. Esta propuesta fue aprobada por el director ELIÉCER MANOTAS (engado).

Los miembros de la junta directiva, estudiaron el anteproyecto presentado, luego de ese minucioso estudio, reunieron a todos los integrantes o socios de la fundación infectados por el virus de inmunodeficiencia humana, a éstos pacientes la investigadora se dirige a ellos, haciéndoles caer en cuenta que muchos de esas personas que asisten a esta prestigiosa fundación, han tenido problemas familiares en cuanto a la parte socio afectiva y la falta de atención como personas humanas. Esto lo detecté por medio de la observación directa, o sea que lo he notado y hablado con algunos de ellos y me han comentado que sus familiares no les tienen afecto y no existe ninguna interacción social entre ellos.

La observación directa, se hizo porque yo estoy trabajando con ustedes en calidad de enfermera, para mejor entendimiento, quiero decir que esta fundación tiene convenio con el Distrito y las autoridades civiles mandan trabajadores para atenderlos, gracias al gestionamiento del señor director. Siendo las 4:36 p.m. los asistentes se retiraron y comentaron que este proyecto les iba a cambiar la vida con sus familiares.

En este evento social, se ejecutó con los siguientes recurso: papelería en general, potencial humano (investigadora, directivos de la fundación y

personal infectados con el VIH), como recurso físico se utilizó el auditorio donde funciona dicha fundación Lazos de vida.

Además, se les comentó a la directiva que este proyecto de socialización de los pacientes infectados con el VIH, con sus familiares era costeadado por la investigadora en este caso HILDA CUETO, estudiante del Octavo semestre de Psicología Social y Comunitaria de la Universidad Nacional Abierta y a Distancia. Así mismo la investigación se fortalecerá con la ayuda y la participación de toda la comunidad de la Fundación Lazos de Vida.



SOCIALIZACIÓN DEL PROYECTO A LOS FAMILIARES DE LOS CONVIVIENTES DEL VIH.

La investigadora psicóloga social comunitaria, se traslado a diferentes barrios, del distrito de Barranquilla como Santuario, Carrizal, Paraíso, Buenos Aires, entre otros. Las familias visitadas fueron las de los siguientes pacientes: JESÚS CELES, HIGLIS HERRERA, JAZMÍN OTERO, JAMES DURAN, JUAN CARLOS RODRÍGUEZ, LUIS SIERRA, JORGE REGINFO, YANERIS ORTIZ, RAUL ORTIZ JIMÉNEZ, JOSE ARANGO y demás.

Una vez visitadas éstas familias, se comprobó que los familiares no querían manifestar que sus familiares estaban infectado con el VIH, pero después de hablarles del proyecto, comenzaron a decir que ellos, no les daba espacio para dialogar, se mantenían en la calle y llegaban tarde de la noche, sin embargo, el día 7 de julio de 2001, se reunieron en casa del señor JAMES DURAN, la asistencia fue del 95%, este encuentro de los familiares asistieron en su mayoría padres de familias y madres.

Luego, se inició la charla tomando como tema principal la socio-afectividad y el autoestima, la investigadora se dirige a ellos haciendo que tomarán una autorreflexión, que la naturaleza daba de todo y no podíamos negar que esta enfermedad clínica y social se ha dado como un caos social y muchas personas no son conscientes de que la ayuda moral es la medicina para mantenerlos saludables en cuanto a sus valores humanos.

Más tarde, los familiares el señor JUAN MANUEL ORTIZ, padre del joven RAUL ORTIZ, preguntó ¿cómo ellos podrían aportar en el proyecto?, la investigadora contesto que el aporte sería asistiendo a terapias psicológicas con su familiar infectado, a los talleres y otros eventos sociales que se realizarán durante el desarrollo y ejecución del proyecto. Como punto final fue un brindis que se hizo por parte de la investigadora. Este evento terminó a las 5:47 p.m.



TALLER SOBRE PREVENCIÓN DE PROPAGACIÓN DEL VIH.

El nueve (9) de Agosto de 2001, se reunieron los pacientes infectados por el VIH, el médico NEQUI PÉREZ, el psicólogo JAIME MUÑOZ y la investigadora HILDA CUETO, con el objetivo de hacerles un taller para prevenir y no propagar el VIH. Este taller lo inició el médico con el personal infectados con el virus de inmunodeficiencia humana, dice que se ha propagado en un 70% a la cifras dadas por el DANE, que deberían educarse para tener las relaciones sexuales, como primer paso utilizar los preventivos como condones, coito interrumpido y otros, además que en el caso de los homosexuales deberían tener una pareja permanente, que no se prostituyan, ser conscientes de que esta patología social es la más venenosa de la sociedad y que no deberían hacer sexo por hacer o por desquite como sucede en ciertos casos leídos en la prensa o escuchados en los medios de comunicación masiva.

Por otra parte el psicólogo , interviene con la problemática de la concientización actual de la propagación del virus, donde los invita a reflexionar, a tener paciencia y a vivir en una comunidad normal, que ustedes no deben ser aislados a la sociedad, sino que deberían autoestimarse, quererse, dejar la promiscuidad y tener una vida responsable

ante la comunidad y/o sociedad, también asistir a terapias sociales con sus familiares, amigos, parejas, las cuales les dará un fortalecimiento en la parte moral y valores humanos. Les aconsejo, que cuando estuviesen en el sexo utilizaran sus preventivos, no dejarse llevar por la debilidad sexual que el hombre y mujer tiene, ser fuertes y manejarse como personas normales ante los demás. En este evento se consiguió que los pacientes infectados con el VIH, pudieran comprender y entender esta problemática y se consiguió que se realizará otro taller, el cual fue pedido por ellos.



5.2.- ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN Y DISCUSIÓN.

Para el análisis de la muestra se utilizaron algunos datos cuantitativos contables, más no datos de las matemáticas ni de la estadística, ya que se quiere mostrar los resultados arrojados para la confirmabilidad de las encuestas realizadas.

❖ Análisis de la muestra de las encuestas aplicadas a los pacientes infectados con el virus VIH “sida” que asisten a la fundación “LAZOS DE VIDA”.

PACIENTES INFECTADOS CON EL VIH “SIDA”

No. Pacientes	Cómo se infectó			% vía sexual	% transfusión	% Otros
	Vía sexual	Transfusión de sangre	Otra vías			
25				88	8	4
	22	2	1			

Este ítem, nos facilitó detectar que el 88% , se infectó por vía sexual, estas personas suelen ser solteros en su mayoría, además esta infección la tomaron por promiscuidad y la falta de creencia en el uso preservativos o

prevención. En cuanto a los infectados por transfusión de sangre es de un 8%, los cuales fueron diagnosticados después de una intervención quirúrgica o por el intercambio agujas infectadas por drogadictos. El 4% se infectaron por medio de uso de utensilios como cuchillas de afeitar y madre e hijo.

SEXO DEL INFECTADO POR EL VIH

No. Total de pacientes	Sexo						%						%
	Masculino			Femenino			Masculino			Femenino			
25	HS	HTS	BS	HS	HTS	BS							
	10	4	3	5	2	1	40%	16%	12%	20%	8%	4%	100%

En cuanto a esta respuesta se puede decir que la mayoría de los infectados pertenecen al grupo de homosexuales tanto de hombres como mujeres, sin embargo existe una población infectada que pertenece al bisexual masculino con un porcentaje de 16% más alto que del sexo femenino. Pero también en esta tabla se puede observar que el hombres y mujeres visuales también sufren de este síndrome en un 3% para el sexo masculino y un 4% del sexo femenino.

Con este comentario, la investigadora les brindó un espacio a las personas infectadas, iniciando con la sensibilización de cómo realizar una vida saludable en cuanto a la afectividad y la convivencia con sus familiares, y todas las personas que se encuentran en su torno social.

Lo anterior me conduce a afirmar que estas personas tienen serias dificultades para hacer uso efectivo de su competencia vivencial momento de expresar su pensamiento en cuanto a esta grave enfermedad.

DIFICULTADES DE CONVIVENCIA SOCIAL

No. Pacientes	Con quien vive usted?				%	Relación social				%
	Padres	Parientes	Solos	Otros		No.	E	B	I	
25	16	4	3	2	25	25	8	7	10	25
	64%	16%	12%	8%	100%		32%	28%	4%	100%

Al referirse a las dificultades que presentaban los convivientes con el VIH “SIDA” con la convivencia social, se realizó un análisis de la muestra de las encuestas aplicadas a los padres de familias, parientes y amigos, este muestra arrojó los siguientes resultados: viven con los padres 64%, con parientes 16%, solos 12% y con otras personas ajenas un 8%, pero a la vez suele decirse que estos pacientes también muestran un alejamiento por sus

familiares por parte de la relación social, para esto también se hizo un esquema que explica cual es el porcentaje así: Excelentes relación social 32%, buenas relaciones sociales 28% e insuficientes relaciones sociales un 4%, para un total de 25 personas estudiada como objeto de estudio.

OCUPACIÓN LABORAL DE LOS PACIENTES CON VIH “SIDA”

No. de Pacientes	OCUPACIÓN LABORAL						
25	Desocupados	Vendedores ambulantes	Estilistas	Ama de casa	Profesionales	Conductor	Estudiantes
	8	5	3	2	4	1	2
100%	32%	20%	12%	8%	16%	4%	8%

Durante el proceso de la realización de encuestas, la investigadora selecciono a los pacientes que de acuerdo a su labor diaria o desempeño laboral para el sustento de la vida cotidiana, los datos estadísticos arrojados en este Ítem fue el siguiente:

Desocupados 32%, vendedores ambulantes 20%, estilistas 12%, ama de casas 8%, profesionales 16%, conductor 4% y estudiantes 8%.

Este registro etnográfico, se realizó a través de una encuesta abierta relacionada con los niveles de motivación que tienen o padecen los

pacientes infectados con el VIH “SIDA” de la fundación Lazos de vida. Las respuestas de ésta se hizo por medio de un análisis estadístico, el cual esta relacionado de la siguiente manera.

1. ¿Qué nivel de motivación se encuentra usted?

NIVELES DE MOTIVACIÓN DE LOS PACIENTES CON VIH “SIDA”

No. de Pacientes	Necesidades Fisiológicas	Amor y Pertenencia	Autoestima	Necesidades de seguridad	autorrealización
13	76,92%	15.38%	53.84%	30.76%	38.46%
100%					

En este ítem, se puede observar que los encuestados, contestaron varios niveles de motivación, pero los más bajos son los de necesidades de seguridad, autoestima y autorrealización. Se puede describir que los de necesidades de seguridad: temen a la sociedad de ser rechazados, desean huir, mantener en silencio su estado de salud; los que contestaron a cerca del autoestima afirman que ellos no piensan por el bienestar de ellos sino, lo que hacen los demás en contra de ellos, no son capaces de brindar un diálogo, sino que se aíslan, viven alejados, algunos desaseados porque la vida para ellos ya se acabo; los que contestaron sobre el nivel de motivación de autorrealización, se describe que se les ha troncado su vida,

debido a que tenían trazadas una metas para mejorar su calidad de vida ya sea en el ámbito académico, económico, político y cultural, pero debido a esta infecciosa enfermedad no lo han dejado seguir adelante.

2. ¿Por qué cree usted que es rechazado por su familia?

No. de Pacientes	No son rechazados	%	Si son rechazados	%	Total %
13	7	53.84	6	46.15	100

En este análisis, se puede describir de la siguiente manera: el 53.84% no son rechazados, ya que en el instrumento arrojaron la siguiente descripción; no es rechazado porque la familia les brinda el apoyo económico y moral con el tratamiento prescrito por el médico; porque les brinda confianza y discreción ante cualquier otro miembro de la comunidad y/o sociedad; Porque ha demostrado una necesidad de seguridad ante todos los familiares y amigos. Por otra parte el 46.15% si son rechazados, por los siguientes factores: se sienten marginado o apartados y han decidido de hacer su propia vida sin involucrar a sus familiares; otros familiares los rechazan porque dicen que por la falta de información de la enfermedad y tienen temor a enfrentarse a la realidad social y cultural que ellos viven; otros

contestaron que sienten rechazo, aún que sus familiares no saben que tienen esa enfermedad; además dicen que por su condición y tendencia sexual y presencia social son rechazados por sus familiares.

3. ¿Cómo ha tomado usted emocionalmente esta enfermedad?

No. de Pacientes	Quitándose la vida	Huyendo	Buscando ayuda	Otros
13	0	0	8	2
100%	0%	0%	61.53.%	.38.46%

En cuanto a esta pregunta el 61.53%, busca ayuda de personas o entes que traten de ayudar a los pacientes infectado con VIH “SIDA” y el 38.46% contestaron otros factores como: demostrando a las personas que esto no es el fin de la vida, sino el comienzo de una vida mejor, manteniendo el secreto y más tarde buscar la ayuda; cuidándose y ser feliz y lo más importante es buscar a Dios; no prestando atención a las demás personas manteniendo un autoestima alto; toda esta gama de factores nos dice que hoy en día las personas son consciente de su enfermedad y no le tienen miedo a los comentarios sociales que hacen los demás y esto puede ser que han aumentado un nivel de motivación que es el autoestima y el las necesidades de seguridad.

4. ¿Usted conoce su estado de ánimo ante las demás personas de alrededor?

No. de Pacientes	SI	%	NO	%
13	10	76.92	3	23.07
100%				

Como se puede observar en esta pregunta el 76.92% si conocen su estado de animo ante las demás personas, debido a que mantienen un buen diálogo con ellos sin demostrar duda a cerca de su enfermedad; otros las utilizan para hacer promoción y prevención a cerca del VIH demostrando seguridad y pertenencia ante los demás, además se muestran pacíficos dependiendo de la circunstancia en que se encuentren, tienen en cuenta los estados de ánimos como la alegría, la tristeza, agresividad cansancio entre otros para poder estar en unión con las demás personas. El 23.07% no se conocen su estado de ánimo, ya que estas personas viven alejadas e incomunicadas con los demás miembros de la familia, comunidad y/o sociedad.

De acuerdo a la quinta pregunta el 90%, llego a esta Fundación Lazos de vida buscando ayuda psicológica y de salud, y el 10% fueron recomendados por amigos que tienen el mismo problema de salud, o

personas que colaboran con este ente sin ánimo de lucro para los pacientes infectados con el VIH “SIDA”.

Ahora bien, después de análisis y discutir la interpretación de los registros etnográficos, seguiré con los resultado obtenidos en las actividades realizadas durante la ejecución de este proyecto de investigación. El análisis de las actividades se describen a continuación:

Durante la ejecución de esta actividad, suele decirse, que muchos de los familiares de los infectados con el VIH/SIDA, se concientizaron de que esta enfermedad que ha producido una patología social, es únicamente una infección no contagiosa, la cual se puede tratar como otra enfermedad así como los que sufre de problemas renales, cardíacos, diabetes, dengue, que si no tiene un tratamiento puede caer en crisis que sería la última etapa en que llega el paciente y es donde inicia el SIDA.

Así que, los familiares han llegado a levantarles el autoestima a sus pacientes con el VIH, dialogan con ellos, los acompañan al médico, los han colocados en tratamientos psicológicos.

En varias visitas realizadas, se observó que el paciente con VIH/SIDA, ya no está aislado, convive normalmente con sus vecinos y otras personas de la comunidad. Esta socialización se dio también con los pacientes, tomando como base la interacción social que debe tener en su comunidad, por eso el resultado positivo es que estas personas con VIH, han tenido una comunicación constante con todas las personas de su entorno social, su autoestima se ha elevado, que se ha llegado al punto de que éstos (as) se encuentran laborando en diferentes actividades comerciales, que en la escala de labores se llaman comerciantes independientes.

Además, se sensibilizaron de que no hay que seguir prostituyéndose, para que esta patología social no se prolongue, así mismo, estas personas se han dedicado a tener relaciones sexuales entre ellos mismos. Otro factor positivo que se obtuvo fue la creación de un grupo interdisciplinario, el cual está funcionando en la Fundación Lazos de vida, donde llegan nuevos infectados y se ponen en tratamiento psicológico, con el propósito de que estas personas no tengan los niveles de motivación bajo y lo puedan aumentar, para que así puedan tener una interacción social con su comunidad y su familia.

Estas personas infectadas con el VIH, se han presentado en diferentes zonas del Departamento, llevando testimonio de cómo ellos obtuvieron el VIH/SIDA, para que las personas sanas tengan cuidado y utilicen preventivos al hacer el sexo, y recomienda que las personas que tengan su esposo(a) o compañera lo haga únicamente entre ellos, ya que han visto varios casos de esta patología social a señoras de hogar.

Por otra parte se pudo detectar, que mujeres como hombres, se han trazado a unas metas “autorrealización”, como trabajar, seguir en el hogar, intercambiar ideas con sus familiares y amigos, se puede decir que de este grupo de 15 sólo nueve han alcanzado los objetivos propuestos, ya que visitan a la fundación y comentan que su labor de vendedor ambulante de mercancías varias les va bien, que sus familiares tienen más confianza y le dan apoyo moral, entre los niveles de motivación menos dados es la motivación intrínseca, ya que realizan una acción interna que lo lleva a realizar una conducta por placer. Además se ha notado mucho en estas personas infectadas con el VIH / SIDA, es que han aumentado el nivel de amor y pertenencia, debido a que se han integrado y han logrado una socialización con sus familiares y amigos.

CONCLUSIÓN

Durante la realización y desarrollo de las actividades correspondiente a lo planteado en la Monografía, podemos emitir las siguientes conclusiones:

1.- En la búsqueda por propiciar un proceso de interacción social con las personas infectadas con VIH/SIDA, se hace necesario generar espacios para la construcción de sensibilización y concientización de actividades significativas para las familias y pacientes con el VIH/SIDA, de la fundación Lazos de Vida, para que contribuyan al fomento de la interacción social, aumentando su autoestima.

2.- La interacción social con las personas infectadas con el VIH/SIDA con sus familiares y comunidad donde estos conviven, pues reflejaban en la medida de las posibilidades situaciones relacionadas con su vida personal y su entorno social.

Las infectados no sólo eran capaces de reflexionar sobre la problemática en cuestión, sino que se les facilitaba sobre manera la construcción de mantener una interacción social con los demás, cumpliendo con las

categorías de análisis que se tuvieron en cuenta para la evaluación de los logros de la Monografía.

3.- Se consiguió que las personas infectadas con el VIH/SIDA, mucho de ellos tienen un nivel académico alto, donde fue fácil sensibilizarlos y éstos a la vez usualmente manejan instituciones educativas.

4. Además se dio como resultado, que los pacientes con VIH / SIDA, han tenido una autorrealización y un sentido de pertenencia con sus familiares y otras personas al su alrededor, donde han comunicado su participación con la comunidad en los diferentes eventos sociales como reuniones sociales, grupos de acciones comunales, comités y otros. Y a la vez han fortalecido su nivel de motivación con respecto a ellos, sus familiares y su entorno.

5. Otro aspecto que cabe anotar como conclusión, que las personas que padecen de esta patología social, han ingresado a la vida laboral, donde el 3% no han regresado a la fundación, esto se debe a la utilización de la pirámide que se les aplicó (autorrealización, necesidades fisiológicas, amor, y pertenencia, estima y seguridad)

RECOMENDACIONES

Es necesario precisar que el las personas infectadas con el VIH/SIDA, tenga una visión muy allá e igualmente sus familiares, por eso se hacen las siguientes recomendaciones:

- Brindar a sus familiares la oportunidad de interactuar constantemente con los infectados con el VIH/SIDA.

- Conocer profundamente sobre las causas y consecuencias que entran en juego en el desarrollo del proceso de comunicación y su respectiva interacción en su entorno.

- Colaborar y cooperar con las personas infectadas con el VIH/SIDA en el proceso de la interacción social , no sólo para criticar sino para darle sugerencias que ayuden a mejorar sus comunicación, demostrar los usos de los códigos de comunicación y ayudar a sus niños a superar la crisis emocional en que viven.

- Procurar por la actualización y puesta en práctica de los nuevos enfoques y metodologías. No dogmatizarse a los contenidos programáticos e innovar su práctica pedagógica.

- Ser flexibles ante los cambios curriculares, pedagógicos y demás.

- Utilizar el proceso de las evaluaciones de las producciones escritas de sus estudiantes de tal manera que se haga más competente en la comprensión y promoción del aprendizaje de los mismos, en cuanto a la producción de textos.

- Entender que no hay mejor manera de aprender a leer y escribir que mientras se participa cooperativamente en actividades interesantes y valiosas.

- Interesarse por desarrollar completamente la capacidad para realizar convivencias entre infectados y sanos, sin importar el estado del paciente con VIH/SIDA. sino tener en cuenta los valores humanos como la calidad, aunque no se cumpla con un programa estricto.

BIBLIOGRAFÍA

ARBOLEDA Peggy, HERNÁNDEZ Diana y VECINO Martha. Estudio descriptivo del sistema de creencias que manejan los pacientes hombre y mujeres diagnosticados con VIH/SIDA en la ciudad de Barranquilla. Universidad del Norte. Programa de Psicología. 1998. p 103

DICCIONARIO English Oxford. Inteligencia emocional. 831 p.

DURWEIN, Emilio. Educación en los Valores. Plaza & Janes. 1976. España. 125 p

ENCICLOPEDIA PRACTICA PLANETA. Planeta. 1893 p.

FILLIPH Rice, Desarrollo Humano. Citado por NAVARRO BORJA Wilfar, CASTRO PERTUZ Marbel Luz, MORENO RUÍZ Fanny Maria. Desarrollo de Estrategias pedagógicas para el fortalecimiento del autoestima en los niños de transición. Universidad del Atlántico. Barranquilla, 2001. 673 p.

GOMEZ CARLOS y ORDÓÑEZ, Marco. Comportamiento y salud. Ed..voluntad, 1993,pág. 783

HERVEART, Juan Federico. Educación ética y valores humanos. Magisterio. Santafe de Bogotá, 1998. p 335.

MASLOW,, Abraham, citado por. FELDMAN, Robert S. Psicología, segunda edición. McGraw-Hill. México. 1º995. p 309

MATTHEW Mackay. Autoestima Evaluación y mejora. Debet. 6 p

MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL. Educación ética y valores humanos, lineamientos curriculares. Magisterio. Santafe de Bogota. 1998. 248 p.

MINISTERIO DE SALUD. Decreto 1571. Santafe de Bogotá, 12 de agosto de 1993.

PIAGET, Jean. Citado por: BARTOLOMÉ Roció, GORRIZ Nieves, Pascual Cristina y GARCIA MERCEDES. Manual para el educador infantil. McGrauw-HillSantafé de Bogotá. 1993. 405 p.

PIAGET, Jean. "Socialización." Enciclopedia® Microsoft® Encarta 2001.

© 1993-2000 Microsoft Corporation. Reservados todos los derechos.

PICK Susan. Enciclopedia de la Educación. Océano. España Madrid.

1996. 345 p.

PUENTES Aníbal. Psicología Cognoscitiva, Desarrollo y perspectivas. Et,

al. Venezuela. Mc Graw Hill. 1995. p 617.

RISO, Walter, Depresión. Avances Recientes de la Cognición y el

procesamiento de la información. Medellín. Colombia. Graficas Ltda..

1992. p. 389

SKINER, Citado por COY A. María Elizabeth. Psicología del Aprendizaje.

Santafe de Bogotá. 1995. 107 p.

VARELA TIRSO. Colombia País en aumento con el Sida” EL HERALDO,

1998. Barranquilla. p. 12.

AMENOS

LISTA DE ANEXOS

1. ENCUESTA PARA PACIENTES INFECTADOS CON VIH / SIDA.
2. ENCUESTA PARA FAMILIARES DE PACIENTES INFECTADOS CON EL VIH / SIDA.
3. SOCIALIZACIÓN DEL PROYECTO CON PACIENTES CONVIENTES CON EL VIH / SIDA.
4. SOCIALIZACIÓN DE PREVENCIÓN Y PROLONGACIÓN DEL VIH / SIDA CON LA COMUNIDAD.
5. TESTIMONIO DE LOS CONVIVIENTES CON EL VIH.

LISTA DE TABLAS.

1. DISTRIBUCIÓN DE LA INFECCIÓN POR GRUPOS.
2. NÚMEROS DE CASOS EN EL DEPARTAMENTO.
3. PROPORCIÓN DE INCIDENCIA POR MUNICIPIOS.
4. DISTRIBUCIÓN DE CASOS SEGÚN LA OCUPACIÓN.
5. INCIDENCIA SEGÚN TENDENCIA SEXUAL.
6. FIGURA N° 1. COMO SE REPLICA EL VIH.
7. FIGURA N° 2. PORCENTAJES DE INDIVIDUOS VIH.

FUNDACIÓN LAZOS DE VIDA
REGISTRO CÁMARA DE COMERCIO N° 1823 (Dec. 2150/95 Art. 43 y 144
NIT: 802.007.160

ENCUESTA PARA FAMILIARES DE PACIENTES INFECTADOS CON VIH
/ SIDA

NOMBRES Y APELLIDOS _____

OCUPACIÓN _____ BARRIO _____

EDAD _____ SEXO _____

1.- ¿usted cómo se entero que su familiar tiene el VIH / SIDA?

Otra persona Por el mismo

2.- ¿Qué reacción tomo usted?.

Aislarlo Molestarlo Fue impulsivo.

3. ¿En la actualidad cómo se siente usted emocionalmente?.

Muy Bien. Bien Mal Otros.

5. ¿Al infectado con el VIH como lo tratan?

Excelente. Buena. Insuficiente.

6. ¿Sus pertenencias están?.

Aparte Integradas con los de los demás

ANEXO N°. 3



SOCIALIZACIÓN DEL PROYECTO CON LOS CONVIVIENTES DEL VIH / SIDA DE LA “FUNDACIÓN LAZOS DE VIDA”

ANEXO N°.4



SOCIALIZACIÓN DE PREVENCIÓN Y PROLONGACIÓN DEL VIH /SIDA CON LA COMUNIDAD

ANEXO N° 5



TESTIMONIO DE LOS CONVIVIENTES CON EL VIH / SIDA DE LA FUNDACIÓN LAZOS DE VIDA DEL DISTRITO DE BARRANQUILLA

NUMERO TOTAL DE CASOS DE VIH/SIDA POR MECANISMO DE TRANSMISIÓN
BARRANQUILLA- 1987 HASTA EL 2002

Mecanismo de Transmisión	TOTALES	%
Sexual-Bisexual	286	19.22
Sexual-Heterosexual	903	60.68
Sexual-Homosexual	230	15.45
Vertical-Perinatal	41	2.75
Sanguínea-Transfusión sangre	1	0.06
Sin Dato	27	1.81
TOTAL	1488	

NUMERO TOTAL DE CASOS DE VIH/SIDA POR
PROCEDENCIA REPORTADOS A LA BASE DE DATOS
1987-2002

PROCEDENCIA	TOTALES	%
BARRANQUILLA	1488	89.41
MUNICIPIOS DPTO DEL ATLANTICO	117	7.13
MUNICIPIOS-CIUDADES OTROS DPTO	58	3.45
TOTAL	1663	100

BARRANQUILLAL-1998 HASTA EL AÑO 2002 REPORTADOS A LA BASE DE DATOS

SISTEMAS LOCALES DE SALUD	TOTALES	%
SILOS 1	59	17
SILOS 2	92	26.5
SILOS 3	45	13
SILOS 4	30	8.64
SILOS 5	83	24
SILOS 6	11	3.17
SILOS 7	27	7.8
TOTALES	347	

NUMERO DE CASOS DE VIH/SIDA POR EVENTOS(ASINTOMATICO-SINTOMATICO-
MUERTE).
BARRANQUILLA 1987 HASTA EL AÑO 2002

EVENTOS	TOTALES	%
ASINTOMATICO	946	63.57
SINTOMATICO	457	30.71

NUMERO TOTAL DE CASOS DEL VIH-SIDA POR OCUPACIÓN
BARRANQUILLA- 1987 HASTA EL 2003

OCUPACIÓN U OFICIO	TOTALES	%
TRABAJADORES		
DEPENDIENTES	187	
AMAS DE CASA	151	
TRABAJADORES		
INDEPENDIENTES	100	
COMERCIANTES	81	
DESEMPLEADO	70	
TRABAJADOR		
INFORMAL	68	
VENDEDOR		
AMBULANTE	54	
OFICIOS VARIOS	54	
ESTILISTAS	53	
TRABAJADORES DE LA		
CONSTRUCCIÓN	52	
ESTUDIANTES	52	
PROFESIONALES	47	
MENOR DE EDAD	38	
TRABAJADORAS (ES) SEXUALES	37	
EDUCADOR (DOCENTE)	21	
SERVICIOS DOMÉSTICOS	13	
TÉCNICOS	11	
CONDUCTOR	11	
INDIGENTE	8	
ARTES ESCÉNICAS	8	
MECÁNICO	7	
DECORADOR	6	
TRABAJADOR DE LA SALUD	5	
FUERZAS MILITARES	5	
VIGILANTES	4	
CELADOR	4	
MENSAJERO	4	
SASTRE	4	
COTERO	4	
PINTOR	4	
ARTESANOS	4	
PENSIONADOS	3	
AGRICULTOR	3	
EBANISTAS	3	
MESERO	3	
TRABAJADOR OFICIAL	2	
TAPICERO	2	
SIN DATO	353	

PROGRAMA DE PROMOCIÓN DE LA SSR Y PREVENCIÓN DE LAS ITS-VIH-SIDA

NUMERO DE CASOS DE VIH/SIDA POR AÑOS (1987-2002).
BARRANQUILLA

AÑO	CASOS	%
1987	4	0.26
1988	11	0.74
1989	42	2.8
1990	50	3.4
1991	68	4.56
1992	92	6.2
1993	45	3.02
1994	2	0.13
1995	38	2.55
1996	113	7.6
1997	139	9.34
1998	210	14.1
1999	24	1.61
2000	102	7
2001	119	8
2002	144	9.6
SD	290	19.4
TOTALES	1488	

NUMERO DE CASOS DEL VIH-SIDA POR SEXO
BARRANQUILLA 1987 HASTA EL AÑO 2002

SEXO	TOTALES	%
MASCULINO	1129	75.88
FEMENINO	355	23.85
SIN DATO	4	0.27
TOTAL	1488	100

PROGRAMA DE PROMOCIÓN DE LA SSR Y PREVENCIÓN DE LAS ITS-VIH-SIDA

EL DEPARTAMENTO DE SALUD PUBLICA A TRAVÉS DEL LABORATORIO DISTRITAL A DIAGNOSTICADO DE ENERO A MARZO 13 DE 2003 A **36 PERSONAS** POSITIVAS PARA EL VIH-SIDA- CONFIRMADAS CON WESTERN BLOT.

NUMERO TOTAL DE CASOS VIH-SIDA POR PROCEDENCIA ENERO-MARZO DE 2003

PROCEDENCIA	TOTALES	%
BARRANQUILLA	28	77.7
SOLEDAD DPTO DEL ATLANTICO	8	22.3
TOTAL	36	100

NUMERO DE CASOS DEL VIH-SIDA POR SEXO ENERO-MARZO 13 DE 2003

SEXO	TOTALES	%
MASCULINO	24	66.7
FEMENINO	12	33.3
TOTAL	36	100

(RELACIÓN HOMBRE-MUJER ES DE **2 a 1**)

ES DECIR 3 HOMBRES POR CADA 1 MUJER INFECTADA

LAS PERSONAS MAS AFECTADAS OSCILAN ENTRE **EDADES DE 20 A 40 AÑOS**

NUMERO TOTAL DE CASOS DE VIH-SIDA POR MECANISMO DE TRANSMISIÓN

DEPARTAMENTO DE SALUD PUBLICA

LABORATORIO DISTRITAL

ENERO-MARZO 13 DE 2003

Mecanismo de Transmisión	TOTALES	%
Sexual -Heterosexual	27	75
Sexual -Bisexual	4	11
Sexual -Homosexual	0	0
Vertical-Perinatal	5	14
Sanguínea-Transfusión sangre	0	0
TOTAL	36	100

NUMERO DE CASOS DE VIH-SIDA POR EVENTOS ASINTOMÁTICO(sin síntomas) Y

SINTOMATICO (con síntomas)

ENERO-MARZO 13 DE 2003

EVENTOS	TOTALES	%
ASINTOMÁTICO	24	66.6
SINTOMATICO	12	33.4
TOTAL	36	100

NUMERO DE CASOS DE VIH-SIDA SEGÚN EL RÉGIMEN DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD ENERO-MARZO 13 DE 2003

AFILIACIÓN	TOTALES	%
SISBEN	15	41.8
VINCULADO	9	25
SUBSIDIADO	6	16.6
CONTRIBUTIVO	6	16.6
TOTAL	36	100

TOTAL DE CASOS DE VIH/SIDA POR MECANISMO DE TRANSMISIÓN BARRANQUILLA- 1987 HASTA EL 2002

Mecanismo de Transmisión	TOTALES	%
Sexual- Bisexual	286	19.22
Sexual- Heterosexual	903	60.68
Sexual- Homosexual	230	15.45
Vertical- Perinatal	41	2.75
Sanguínea- Transfusión sangre	1	0.06
Sin Dato	27	1.81
TOTAL	1488	

NUMERO TOTAL DE CASOS DE VIH/SIDA POR PROCEDENCIA 1987 HASTA EL 2002 REPORTADOS A LA BASE DE DATOS

PROCEDENCIA	TOTALES	%
BARRANQUILLA	1488	89.41
MUNICIPIOS DPTO DEL ATLANTICO	117	7.13
MUNICIPIOS-CIUDADES OTROS DPTO	58	3.45
TOTAL	1663	100

TOTAL DE CASOS DE VIH/SIDA POR SISTEMAS LOCALES DE SALUD (SILOS). BARRANQUILLA-1998 HASTA EL AÑO 2002 REPORTADOS A LA BASE DE DATOS

SISTEMAS LOCALES DE SALUD	TOTALES	%
SILOS 1	59	17
SILOS 2	92	26.5
SILOS 3	45	13
SILOS 4	30	8.64
SILOS 5	83	24
SILOS 6	11	3.17
SILOS 7	27	7.8
TOTALES	347	

NUMERO DE CASOS DE VIH/SIDA POR EVENTOS(ASINTOMATICO-SINTOMATICO-MUERTE).

BARRANQUILLA 1987 HASTA EL AÑO 2002

EVENTOS	TOTALES	%
ASINTOMÁTICO	946	63.57
SINTOMATICO	457	30.71
MUERTE	74	4.9
SIN DATO	11	0.73
TOTAL	1488	100

NUMERO TOTAL DE CASOS DEL VIH-SIDA POR OCUPACIÓN

BARRANQUILLA- 1987 HASTA EL 2003

OCUPACIÓN U OFICIO	TOTALES	%
TRABAJADORES		
DEPENDIENTES	187	
AMAS DE CASA	151	
TRABAJADORES		
INDEPENDIENTES	100	
COMERCIANTES	81	
DESEMPLEADO	70	
TRabajador		
INFORMAL	68	
VENDEDOR		
AMBULANTE	54	
OFICIOS VARIOS	54	
ESTILISTAS	53	
TRABAJADORES DE LA		
CONSTRUCCIÓN	52	
ESTUDIANTES	52	
PROFESIONALES	47	
MENOR DE EDAD	38	
TRABAJADORAS (ES) SEXUALES	37	
EDUCADOR (DOCENTE)	21	
SERVICIOS DOMÉSTICOS	13	
TÉCNICOS	11	
CONDUCTOR	11	
INDIGENTE	8	
ARTES ESCÉNICAS	8	
MECÁNICO	7	
DECORADOR	6	
TRABAJADOR DE LA SALUD	5	
FUERZAS MILITARES	5	
VIGILANTES	4	
CELADOR	4	
MENSAJERO	4	
SASTRE	4	
COTERO	4	

PINTOR	4
ARTESANOS	4
PENSIONADOS	3
AGRICULTOR	3
EBANISTAS	3
MESERO	3
TRABAJADOR OFICIAL	2
TAPICERO	2
SIN DATO	353
TOTALES	1488

PROGRAMA DE PROMOCION DE LA SSR Y PREVENCION DE LAS ITS-VIH-SIDA

NUMERO DE CASOS DE VIH/SIDA POR AÑOS (1987-2002).
BARRANQUILLA

AÑO	CASOS	%
1989	52	3.5
1990	50	3.4
1991	68	4.56
1992	92	6.2
1993	45	3.02
1994	2	0.13
1995	38	2.55
1996	113	7.6
1997	139	9.34
1998	210	14.1
1999	24	1.61
2000	102	7
2001	119	8
2002	144	9.6
SD	290	19.4
TOTALES	1488	

NUMERO DE CASOS DEL VIH-SIDA POR SEXO
BARRANQUILLA 1987 HASTA EL AÑO 2002

SEXO	TOTALES	%
MASCULINO	1129	75.88
FEMENINO	355	23.85
SIN DATO	4	0.27

PROGRAMA DE PROMOCION DE LA SSR Y PREVENCION DE LAS ITS-VIH-SIDA

EL DEPARTAMENTO DE SALUD PUBLICA A TRAVES DEL LABORATORIO DISTRITAL A DIAGNOSTICADO DE ENERO A MAYO 5 DE 2003 A **58 PERSONAS** POSITIVAS PARA EL VIH-SIDA- CONFIRMADAS CON WESTERN BLOT.

NUMERO TOTAL DE CASOS VIH-SIDA POR PROCEDENCIA ENERO-MARZO DE 2003

NUMERO DE CASOS DEL VIH-SIDA POR SEXO
ENERO-MAYO 5 DE 2003

SEXO	TOTALES	%
MASCULINO	41	70.7
FEMENINO	17	29.3
TOTAL	58	100

(RELACIÓN HOMBRE-MUJER ES DE **3 a 1**)

ES DECIR 3 HOMBRES POR CADA 1 MUJER INFECTADA

LAS PERSONAS MAS AFECTADAS OSCILAN ENTRE **EDADES DE 21 A 64 AÑOS**

NUMERO TOTAL DE CASOS DE VIH-SIDA POR MECANISMO DE TRANSMISIÓN
DEPARTAMENTO DE SALUD PUBLICA
LABORATORIO DISTRITAL
ENERO-MAYO 5 DE 2003

Mecanismo de Transmisión	TOTALES	%
Sexual-Heterosexual	40	69
Sexual-Bisexual	9	15.5
Sexual-Homosexual	3	5.2
Vertical-Perinatal	6	10.3
Sanguínea-Transfusión sangre	0	0
TOTAL	58	100

NUMERO DE CASOS DE VIH-SIDA POR EVENTOS ASINTOMÁTICO(sin síntomas) Y
SINTOMÁTICO(con síntomas)-ENE-MAY 5 DE 2003

EVENTOS	TOTALES	%
ASINTOMATICO	20	34.5
SINTOMATICO	37	63.8
MUERTO	1	1.7
TOTAL	58	100

NUMERO DE CASOS DE VIH-SIDA SEGÚN EL REGIMEN DE SEGURIDAD SOCIAL EN
SALUD ENERO-MAYO 5 DE 2003

AFILIACIÓN	TOTALES	%
SISBEN	22	38
VINCULADO	17	29.3
SUBSIDIADO	9	15.5
CONTRIBUTIVO	10	17.2
TOTAL	58	100

EL DEPARTAMENTO DE SALUD PUBLICA A TRAVÉS DEL LABORATORIO DISTRITAL A DIAGNOSTICADO DE ENERO A JUNIO 17 DE 2003 A **87 PERSONAS POSITIVAS** PARA EL VIH-SIDA- CONFIRMADAS CON WESTERN BLOT.

NUMERO TOTAL DE CASOS VIH-SIDA POR PROCEDENCIA ENERO-JUNIO 17 DE 2003

PROCEDENCIA	TOTALES	%
BARRANQUILLA	57	65.5
SOLEDAD ATLANTICO	16	18.4
OTRAS CIUDADES	14	16.1
TOTAL	87	100

NUMERO DE CASOS DEL VIH-SIDA POR SEXO ENERO-MAYO 5 DE 2003

SEXO	TOTALES	%
MASCULINO	58	66.6
FEMENINO	29	33.4
TOTAL	87	100

(RELACIÓN HOMBRE-MUJER ES DE **2 a 1**)

ES DECIR 2 HOMBRES POR CADA 1 MUJER INFECTADA

LAS PERSONAS MAS AFECTADAS OSCILAN ENTRE **EDADES DE 21 A 64 AÑOS**

NUMERO TOTAL DE CASOS DE VIH-SIDA POR MECANISMO DE TRANSMISIÓN DEPARTAMENTO DE SALUD PUBLICA LABORATORIO DISTRITAL ENERO-JUNIO 17 DE 2003

Mecanismo de Transmisión	TOTALES	%
Sexual -Heterosexual	62	71.2
Sexual -Bisexual	12	13.8
Sexual -Homosexual	6	6.7
Vertical-Perinatal	6	6.7
Sanguínea-Transfusión sangre	0	0
Sin Dato	1	1.4
TOTAL	87	100

NUMERO DE CASOS DE VIH-SIDA POR EVENTOS ASINTOMÁTICO(sin síntomas) Y SINTOMÁTICO(con síntomas)-ENERO-JUNIO 17 DE 2003

EVENTOS	TOTALES	%
ASINTOMÁTICO	26	29.8
SINTOMÁTICO	45	51.6
MUERTO	1	1.4
SIN DATO	15	17.2
TOTAL	87	100

NUMERO DE CASOS DE VIH-SIDA SEGÚN EL RÉGIMEN DE SEGURIDAD SOCIAL EN

SALUD ENERO-JUNIO 17 DE 2003

AFILIACIÓN	TOTALES	%
SISBEN	27	31
VINCULADO	21	24.1
SUBSIDIADO	12	13.7
CONTRIBUTIVO	13	15.2
SIN DATO	14	16
TOTAL	87	100

NUMERO DE CASOS DE VIH-SIDA SEGÚN LA EDAD DE ENERO-JUN 17 DE 2003

EDAD-años	TOTALES	%
Menor de 1	3	3.4
1 – 4	4	4.6
5 – 14	0	0
15 – 20	6	6.7
21 – 30	22	26.3
31 – 44	34	39
45 – 64	18	20.7
65 y mas	0	
TOTALES	87	

NÚMEROS DE CASOS DE ESCOLARIDAD

PRIMARIA	21	24.1
SECUNDARIA	37	42.5
TÉCNICO	7	8
UNIVERSIDAD	11 12.6	
NINGUNA	11	12.6
TOTAL	87	100

PROGRAMA PROMOCION DE LA SALUD SEXUAL-REPRODUCTIVA Y PREVENCION DE LAS ITS-VIH-SIDA

EL DEPARTAMENTO DE SALUD PUBLICA A TRAVES DEL LABORATORIO DISTRITAL A DIAGNOSTICADO DE ENERO A AGOSTO 28 DE 2003 A **103 PERSONAS** POSITIVAS PARA EL VIH-SIDA- CONFIRMADAS CON WESTERN BLOT.

NUMERO TOTAL DE CASOS VIH-SIDA POR PROCEDENCIA ENERO-AGOSTO 28 DE 2003

PROCEDENCIA	TOTALES	%
BARRANQUILLA	73	70.87
SOLEDAD ATLANTICO	16	15.53
OTRAS CIUDADES	14	13.60
TOTAL	103	100

NUMERO DE CASOS DEL VIH-SIDA POR SEXO
ENERO-MAYO 5 DE 2003

SEXO	TOTALES	%
MASCULINO	69	67
FEMENINO	33	33
TOTAL	103	100

(RELACIÓN HOMBRE-MUJER ES DE **2 a 1**)

ES DECIR 2 HOMBRES POR CADA 1 MUJER INFECTADA

LAS PERSONAS MAS AFECTADAS OSCILAN ENTRE **EDADES DE 21 A 64 AÑOS**

NUMERO TOTAL DE CASOS DE VIH-SIDA POR MECANISMO DE TRANSMISIÓN
DEPARTAMENTO DE SALUD PUBLICA
LABORATORIO DISTRITAL
ENERO-AGOSTO 28 DE 2003

Mecanismo de Transmisión	TOTALES	%
Sexual -Heterosexual	66	64
Sexual -Bisexual	20	19.4
Sexual -Homosexual	8	7.7
Vertical-Perinatal	7	7
Sanguínea-Transfusión sangre	0	0
Sin Dato	2	1.94
TOTAL	103	100

NUMERO DE CASOS DE VIH-SIDA POR EVENTOS ASINTOMÁTICO(sin síntomas) Y
SINTOMATICO(con síntomas)-ENERO-AGOSTO 28 DE 2003

EVENTOS	TOTALES	%
ASINTOMÁTICO	28	27.2
SINTOMATICO	59	57.3
MUERTO	1	0.97
SIN DATO	15	14.56
TOTAL	103	100

NUMERO DE CASOS DE VIH-SIDA SEGÚN EL RÉGIMEN DE SEGURIDAD SOCIAL EN
SALUD ENERO-AGOSTO 28 DE 2003

AFILIACIÓN	TOTALES	%
SISBEN	32	31.06
VINCULADO	29	28.15
SUBSIDIADO	13	12.6
CONTRIBUTIVO	13	12.6
SIN DATO	16	15.53
TOTAL	103	100

NUMERO DE CASOS DE VIH-SIDA SEGÚN LA EDAD DE ENERO-AGOSTO 28 DE 2003

EDAD-AÑOS	TOTALES	%
Menor de 1	4	3.88
1 – 4	4	3.88
5 – 14	0	0
15 – 20	6	5.82
21 – 30	26	25.24
31 – 44	42	40.77
45 – 64	21	20.38
65 y mas	0	0
TOTALES	103	

**NUMERO DE CASOS DE
VIH-SIDA SEGÚN
ESCOLARIDAD ENE-
AGOSTO 28 DE 2003**

ESCOLARIDAD	TOTALES	%
PRIMARIA	28	27.18
SECUNDARIA	38	36.9
TÉCNICO	7	6.8
UNIVERSIDAD	13 12.6	
NINGUNA	17	16.4
TOTAL	87	100

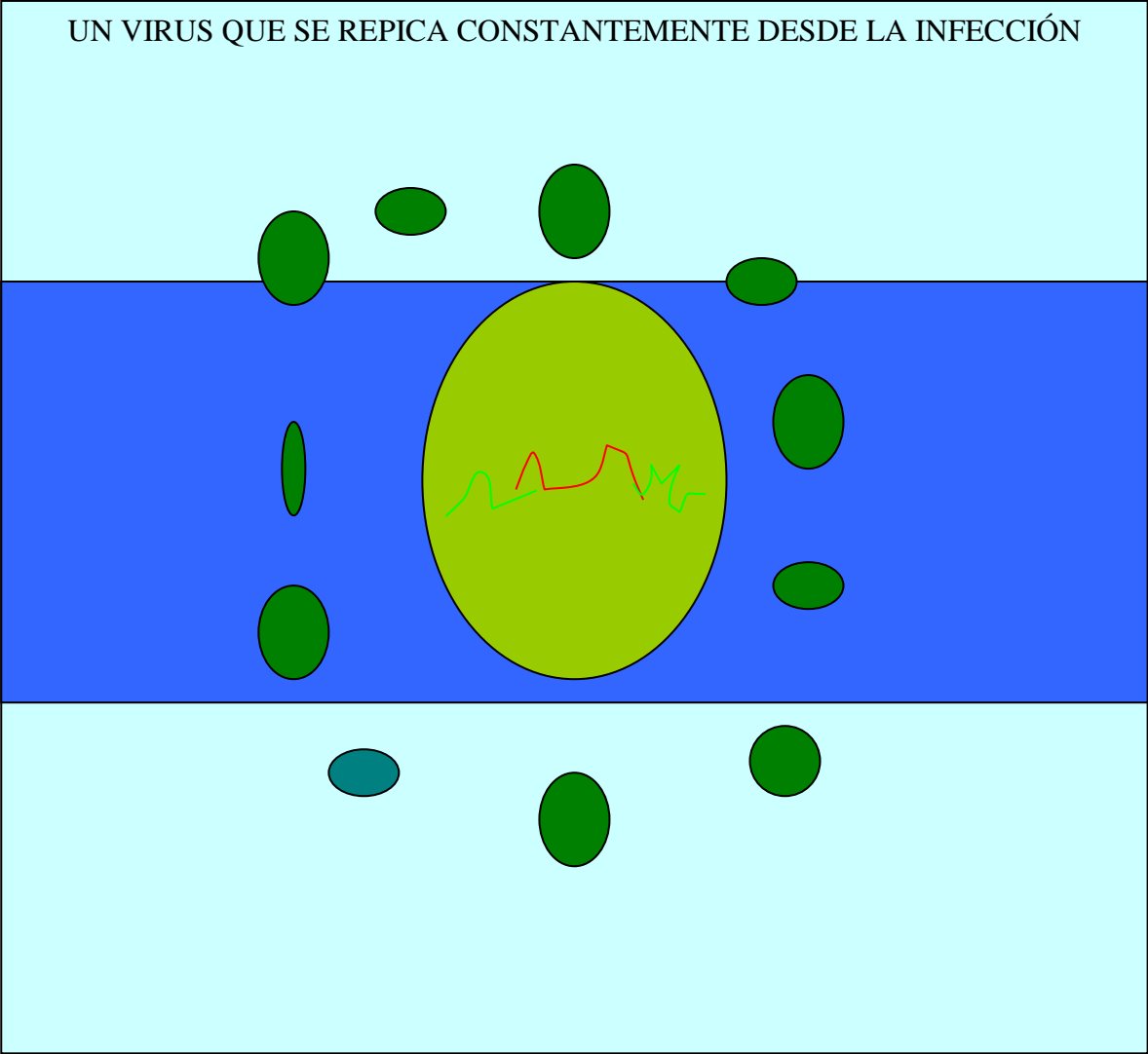
FIGURA N° 1 COMO SE REPLICA EL VIH.

7. Primero, el VIH se adhiere a una célula huésped, comúnmente una célula CD4. una vez adherido, el VIH inyecta su propio material genético (ARN) en la célula huésped.

8. Después que el ARN del VIH entra en la célula huésped, pasa a ser parte del material genético de la célula huésped. Ahora, la célula huésped puede producir copias del virus.

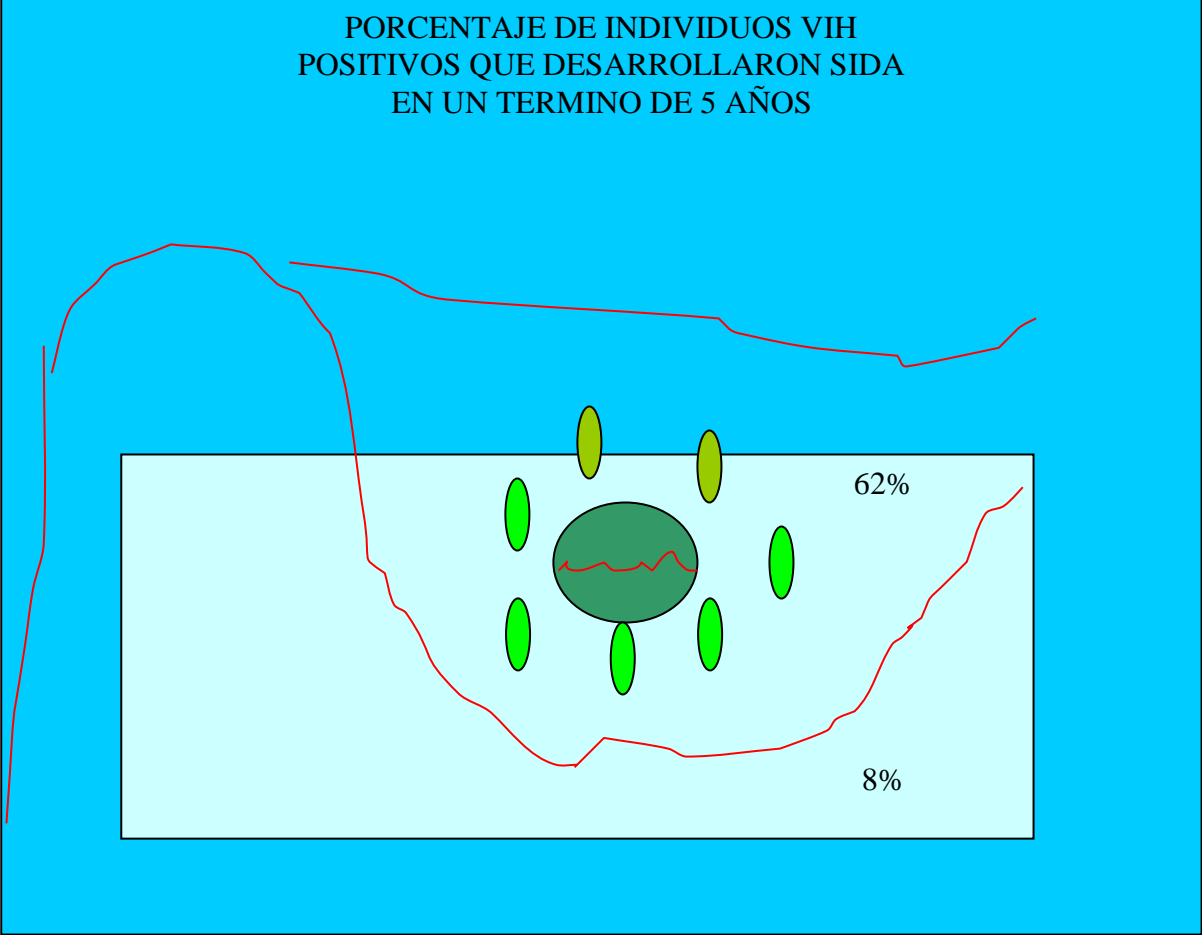
En la parte inferior derecha del dibujo, usted puede ver muchas copias nuevas del VIH, cada una de las cuales fue producida dentro de la célula huésped CD4. Estas nuevas copias entran en el torrente sanguíneo. Se adhieren a otras células CD4, y el proceso continuo. Este proceso es

FIGURA N° 1 COMO SE REPLICA EL VIH



MUESTRA ALGUNAS PARTES BÁSICAS DEL VIRUS VIH

FIGURA No.2



NIVELES DE MOTIVACIÓN



**EN PERESONAS
CONVIVIENTES
CON EL VIH/SIDA
2002**