

Implicaciones sociofamiliares como factor condicionante en la adhesión al tratamiento del VIH+

Sociofamilial implications as a conditioner factor in HIV + treatment adherence

COLCIENCIAS TIPO 1. ARTÍCULO ORIGINAL

RECIBIDO: OCTUBRE 7, 2014; ACEPTADO: ENERO 10, 2015

Abraham Mora Jiménez
ahmoraj@hotmail.com

Luz Carlina Bonilla Plaza
cbp_923@hotmail.com

Universidad Santiago de Cali, Colombia

Resumen

Desde una perspectiva descriptiva, se abordan las significaciones, que poseen los pacientes portadores de VIH+, en relación a la organización cognitiva y simbólica de su entorno frente a la enfermedad diagnosticada, centrándose en detallar, rastrear e identificar las implicaciones sociofamiliares, que están inmersas en la evolución del tratamiento de los individuos seropositivos. En el estudio se exploró el grado de influencia que ejerce la familia y la sociedad en la aceptación y adhesión al tratamiento de Se aplicó una entrevista semiestructurada de 16 ítems construida a partir de una matriz categorial, a un grupo de 5 personas diagnosticadas con VIH+ en la ciudad de Cali, entre 1 y 3 años de portadores, estudiada mediante un análisis descriptivo e interpretación categorial. Los hallazgos reflejan factores condicionantes en la adhesión al tratamiento y la necesidad del apoyo sociofamiliar para la adaptación al nuevo estilo y modo de vida, percibiendo la enfermedad como amenaza, negando la realidad e instalándose en la Zona de fantasía.

Palabras Clave

Sociofamiliar; VIH+; adhesión; adaptación; tratamiento.

Abstract

From a descriptive perspective , the meanings held by patients with HIV + in relation to cognitive and symbolic organization of the environment against the diagnosed disease , focusing on detail , trace and identify the social and family implications , which are immersed in addresses changes in the treatment of HIV-positive individuals. In the study the degree of influence of the family and society in accepting the disease is explored. A semi-structured interview of 16 items constructed from a categorical matrix, a group of 5 + people diagnosed with HIV+ in the city of Cali, between 1 and 3 years of carriers studied was applied; a descriptive analysis and categorical interpretation. The findings reflect factors conditioning adherence to treatment and the need for social and family support for adaptation to the new style and way of life, perceiving the disease as a threat, denying reality and settling in the area of fantasy.

Keywords

Social and family; HIV +; perception; adaptation; adherence.

I. INTRODUCCIÓN

Indagando los principios de la existencia humana se ha podido dilucidar que el hombre es un ser que se construye en sociedad, donde cada conocimiento, sentimiento y forma de actuar es influenciado por quienes lo rodean. Desde que nace se le dice como vestirse, que comer, donde estudiar, condicionan su cuerpo para dormir y sencillamente se le dice que pensar, llevando indudablemente a sentir, que la única posibilidad de subsistencia es vivir en unión con el otro, partiendo desde la familia y luego proyectándose a la sociedad. En este pensamiento de unión con, se establece en el individuo la idea de satisfacer sus necesidades dentro de un grupo, convirtiéndose esto en algo más allá que la simple compañía y dirección, ya que se está delegando en los otros la responsabilidad de la propia estabilidad, de la homeostasis es decir de la salud, dado que desde la concepción y aún mucho antes, se le ha creado una vida al hombre, evidenciándose con La asignación del nombre, sin aún haber concebido; esto es un ejemplo claro de que se llega al mundo ya creado, categorizado por los antepasados y antecesores, al que se llega sin ninguna predisposición, es decir como una hoja en blanco para que quienes habitan el mundo en ese momento puedan escribir en ellas la historia, sobre qué se debe seguir; los primeros en plasmar toda clase de creencias, valores, costumbres, opiniones, son las figuras significativas es decir la familia⁽¹⁾. Desde esta idea la persona adopta de los otros las formas de cómo interactuar en el mundo exterior, como moverse, el contexto familiar, es una especie de simulador que le servirá de práctica al individuo para entrar a la realidad que se compone de pensamientos divergentes que aprenderá a manejar con las herramientas adquiridas en la familia.

Con lo anterior es imperativo dar claridad a que el individuo tiene el potencial para satisfacer sus propias necesidades, pero al observar a la persona en sociedad se evidencia la dependencia al grupo, por lo tanto la sociedad y como fuente primaria la familia brindan la idea que el individuo por sí solo no existe, dado que, es este mismo colectivo, quien da el reconocimiento y la legitimidad, que esa persona es individual con sus propios pensamientos e ideales; con esto quiere decir que la sociedad influye, condiciona en diferentes aspectos de la vida, pero no determina al hombre, ya que este no es un ser inerte⁽²⁾; dentro de la dinámica del hombre en sociedad, el individuo es un ser participante el que toma sus propias decisiones y es él y nadie más que él, quien decide qué camino seguir, si

en sociedad o por el contrario perseguir sus propias convicciones. Cualquiera que sea la decisión que tome el individuo partirá de la colectividad dado a que por un lado es estar de acuerdo directamente con lo que diga la sociedad y por el otro es el no ser de la sociedad; de igual manera esa elección es de lo ya existente porque para llegar a ser único e independiente de la sociedad tendría que estar fuera de esta y eso es algo que no va a suceder; los diferentes puntos de vista y la variedad de elecciones que una persona puede optar estarán concomitantes a la naturaleza del ser humano e inseparables a su entorno sociofamiliar, que cada vez y con el paso del tiempo se va formando en el modelo a seguir y la forma en que se actúe, piense y sienta frente a las circunstancias que apremian, como la satisfacción de las necesidades básicas, alimentación, salud entre otras, y de igual importancia esas necesidades emocionales que están más ligadas a cómo lo ve el otro⁽³⁾, y si estas se relacionan con la integridad de la persona estarán aún más atadas a lo que opinen los demás, con ello se evidencia que el contexto sociofamiliar contiene una serie de implicaciones que median en la elección del individuo y su entorno.

Es inevitable que el individuo en el entorno al cual pertenece y está inmerso, no tome lo que este le ofrece y se supedite su personalidad, los valores en los que cree y el comportamiento que desarrolla⁽²⁾, pero con esta realidad no se quiere decir que se pierda la individualidad y la libertad de pensamiento, dentro de una sociedad que ofrece en el día a día como interactuar con esta y todo lo que la circunda, además la sociedad ofrece una serie de elementos que el hombre toma para alcanzar la estabilidad anhelada en los diferentes campos de su vida que en soledad está viendo difícil alcanzar, dado a que necesita del aval de ese otro que le abrirá la oportunidad de desarrollarse de una manera cabal, encontrando en esta, una uniformidad que lo hace sentirse perteneciente e identificado con alguien, es decir que no se siente solo en el mundo que lo rodea; porque si es cierto el hombre busca ser reconocido como un ser único e independiente, con ello no quiere decir que intente estar solo, desea esa autonomía pero dentro de la unidad perfecta que es la sociedad. El hombre siempre tendrá la preferencia por encontrar un orden y perfección en su cotidianidad y de allí el interés por saber y estar interesado por lo que hacen los otros, de esta manera sabrá cómo moverse, que decir, y hacia qué dirección dirigirse⁽⁴⁾; con ello siente el control de su entorno en un mundo que le ofrezca seguridad, eliminando ambigüedades. En cuanto el individuo perciba

este contexto ya sea amenazante o no, va a comenzar a solidificar ciertos comportamientos que lo obliguen a poseer las estrategias similares a la hora de enfrentar situaciones que considere riesgosas para su bienestar emocional, físico, social y/o familiar.

Para que el individuo pueda vivenciar y significar ese mundo necesita de la percepción, siendo elemento fundamental de la vida sociofamiliar del individuo dándole el sentido de subjetividad, que posteriormente clasificará en aras de la estabilidad y tranquilidad anhelada, direccionando el modo de pensar y actuar frente a su entorno⁽⁵⁾; este es el primer mecanismo que el hombre utiliza para entrar en contacto con lo real convirtiéndolo en su propia realidad individual, con ello hace los filtros necesarios para sentirse en unión con su grupo social y familiar, encontrando el espacio propicio para desarrollarse de una manera auténtica, percibiendo este un espacio de apoyo, aceptación y acogida, es decir sintiendo cohesión con este grupo donde priman los lazos afectivos en primera instancia⁽⁶⁾, luego podrá exteriorizarlos sin ningún temor o coacción intrínseca o extrínseca presente. Este sentido que se le da al contexto social y familiar, muestra otra de las implicaciones inmersas en este ambiente, tratándose de la inclusión como la equidad entre los miembros de la sociedad, traducida a manera de igualdad en las condiciones y oportunidades para cada individuo sin distinción, crear un ambiente donde se aleje de las preferencias, dado a que cada individuo posee capacidades que pueden aportar en la subsistencia de la comunidad, evidenciándose el apoyo, la unión, la solidaridad por parte de su grupo social y familiar, que el individuo clasifica como significativo al punto de considerarlo relevante a la hora de realizar cambios en su calidad y proyecto de vida, especialmente los generados por situaciones consideradas con un alto grado de tensión psicológica que afectan la estabilidad biopsicosocial de la persona⁽⁷⁾.

A la situación tensionante le subyace el miedo a la desintegración, a la pérdida de esa ya mencionada unión con su círculo social, siendo una noción a considerar en la participación social en la existencia del individuo⁽²⁾. Esta descomposición inmersa en el concepto de lo sociofamiliar trae consigo la preocupación del individuo por sentirse aislado, solitario o simplemente olvidado por el resto de los miembros del grupo, por una situación que pudiese ser provocada, ya sea por el individuo o algo ajeno a su voluntad. Este sentimiento de despojo y/o abandono está íntimamente ligado con los prejuicios, discriminaciones

que provienen de la no aceptación de un grupo selecto que está siendo considerado como el causante del rompimiento de la homeostasis alcanzada por la sociedad mediante estándares de comportamiento establecidos, que son fijos e inamovibles, dado que están bajo la mirada desde la normalidad-anormalidad que se presenta en el discurso cotidiano de quienes comparten esta idea.

El rechazo es la acción comúnmente practicada por la sociedad prejuiciosa de actos que atenten contra la uniformidad propia de las colectividades, estas situaciones que están siendo repudiadas, no son hechos aislados sin un ejecutor, por lo tanto se está condenando al individuo más que a su accionar, a una persona donde se le despoja de su integridad, sus derechos en consecuencia su humanidad; dejando a este ser con la etiqueta, con la que será llamado de ahora en adelante, en esta sociedad moderna que por ende incluye a la familia como un ente de lo social, se ha elevado la necesidad de aprobación por parte de los otros, el decir que hacer ya no depende de unos cuantos sino de un grupo masivo que convierten día a día las acciones no admitidas socialmente de un individuo en estigmas; hasta el punto de convertir una condición una condición de salud en ello, convertir la enfermedad como estigma^(2, 8).

Este trabajo investigativo tuvo como objetivo rescatar las implicaciones sociofamiliares que están inmersas en el individuo a la hora de tomar una decisión que será significativa y relevante para el bienestar, la conservación de la salud física-mental, y la prolongación de su existencia, y cómo estas han sido influyentes en el actuar del ser humano. Cuando una persona ha sido diagnosticada con una enfermedad significada desde su aparición como infecciosa y no por ser contagiosa, sino por la connotación de contaminación que le da un grupo de individuos que no comparten esta condición de salud, entra a ser estigmatizada dejando al individuo que la padece, en la posición del victimizador en vez de la víctima como es el caso de la mayoría de las enfermedades, dado a que esta rompe con la tranquilidad del entorno de la persona enferma, entorno que no desea ser perturbado, desea conservar la tranquilidad y tratara de conseguirla, así a su paso se valga de señalamientos, juicios, discriminación, ignorando a los portadores de dicha enfermedad, orillando a los individuos enfermos a la negación de su enfermedad, evitando un tratamiento que los deje al descubierto, enmascarando su padecimiento con enfermedades socialmente aceptables, en otros casos abandonando los tratamientos por la falta de aceptación, apoyo y

comprensión por parte de su grupo social, conduciendo al rechazo de sí mismo y de su enfermedad y compartiendo el pensamiento de un colectivo^(9,10), que ha estigmatizado la enfermedad, como es el caso del VIH/Sida, enfermedad que en la actualidad comparte el mayor índice de estigmatización dado a la desinformación que manejan las comunidades alrededor del mundo, donde a pesar de los avances tecnológicos en cuanto a su tratamiento los portadores no se apegan a este, no evolucionan de acuerdo con lo esperado, aunque es una condición mediante tratamiento médico y psicológico, pero aún así no es aceptado completamente por los seropositivos, esto deja la duda en descubrir las razones que enmarcan este actuar, siendo este el centro de la presente investigación, tratar de indagar y describir las implicaciones sociofamiliares que se encuentran inmersas en la evolución del tratamiento en un grupo de pacientes diagnosticados con VIH/Sida, cómo estos perciben lo que la sociedad piensa y siente sobre esta enfermedad, qué opiniones tienen sobre ella y cómo clasifican a los pacientes portadores, y como consecuencia de las respuesta de la sociedad y la familia, influye o no en la decisión de aceptar el tratamiento para su padecimiento. Para poder indagar este fenómeno se llevó a cabo a través de la investigación cualitativa, ya que el fin es hacer una aproximación global de las situaciones sociales para explorarlas, describirlas y comprenderlas de manera inductiva. La investigación contó con la participación de 5 individuos portadores de VIH, diagnosticados entre un periodo de 1 a 3 años.

La recogida de datos se realizó mediante una entrevista semiestructurada, la cual contó con un proceso de validez y confiabilidad; se realizaron a través del marco teórico dos matrices categoriales, llamadas dimensión sociofamiliar y adhesión al tratamiento, de la cual se estructuró las preguntas para la entrevista, preguntas abiertas que favorecieron el discurso de los entrevistados, una vez se obtuvo el compendio de preguntas se realizó un juicio de jueces, con experiencia en el ámbito sociofamiliar y ético, junto a esto se aplicó la entrevista a 5 pacientes con VIH+ que no entraron en la posterior investigación, los cuales firmaron previamente el consentimiento informado, con el fin de saber si las preguntas apuntaban al cumplimiento de los objetivos. Posterior a esto se modificaron y ajustaron según las recomendaciones de los jueces. La entrevista trata de indagar la percepción de los pacientes acerca del pensamiento y las significaciones de la sociedad y su familia frente a esta nueva condición de salud; este estilo de entrevista permitió al paciente hablar abiertamente de

su manera de sentir, actuar y pensar, dado a que las entrevistas se realizaron en un lugar aislado, privado y su estructura de preguntas abiertas facilitó la amplitud de las respuestas, frente a una enfermedad que por décadas ha sido estigmatizada y aún no se ha liberado de los juicios de quienes le temen, conjuntamente con lo que significa estar inmerso en una sociedad, que castiga su vulnerabilidad.

Se ha catalogado a la persona con la capacidad de ser único en medio de la sociedad, pero esto cuando goza de salud, cuando se habla de enfermedad se pierde la aspiración de sobresalir de la multitud, de ganar singularidad, se forma el deseo de estar acompañado dentro de una unidad, que termina por influir y convertir lo individual en colectivo, dejando a ese hombre buscador de su propia responsabilidad en un ser temeroso dependiente de quienes lo rodean, y precisamente este estudio intenta describir cómo las percepciones de una sociedad frente a la enfermedad por VIH interfieren en el pensamiento, creencias, emociones, y en el actuar de su portador⁽¹¹⁾.

II. MÉTODOS

Estudio de corte cualitativo, intenta hacer una aproximación global de las situaciones sociales para explorarlas, describirlas y comprenderlas de manera inductiva⁽¹²⁾. De esta manera se obtuvo, de premisas particulares conclusiones generales, que podrán dar explicación a los comportamientos humanos, penetrar con un carácter riguroso y sistemático en los fenómenos de la vida cotidiana, explorarlos, analizarlos y reflexionar sobre ellos para mostrar su complejidad.

Con la elección de la investigación cualitativa se pretende describir las percepciones del individuo diagnosticado con VIH+ frente a su enfermedad y cómo el contexto socio-familiar influye en la adhesión del tratamiento; con ello se trata de una comprensión interpretativa de la experiencia humana, es decir comprender al sujeto dentro del marco de referencia de él mismo, sus creencias, opiniones y predisposiciones frente a un número de procedimientos que están dados para la restauración de la salud física y mental⁽¹¹⁾.

Por lo tanto con el método cualitativo se analizó al ser humano de una manera holística y a profundidad, sin crear escenarios artificiales para darle respuesta a los objetivos pensados con anterioridad, se observó y estudio al individuo en su contexto natural lo que implicó obtener

resultados más cercanos a la realidad de cada persona como un ser social. Esta investigación es de carácter descriptiva, dado a que tiene por objetivo conocer las implicaciones socio-familiares que influyen en la adhesión hacia el tratamiento de personas diagnosticadas con VIH+ y que posteriormente intervienen en la evolución de dicho tratamiento. La meta no se limitó a la recolección de datos, sino a la e identificación de las relaciones que existen entre las variables, exponiendo y resumiendo la información de manera cuidadosa, analizando minuciosamente los resultados, a fin de extraer generalizaciones significativas que contribuyan al abordaje de este tipo de problemáticas.

A. Participantes

El estudio se realizó con 5 pacientes diagnosticados con VIH+, elegidos a través de un muestreo por conveniencia, teniendo en cuenta: pacientes mayores de edad, sexo indistinto y el tiempo del padecimiento de la enfermedad con un mínimo de un año, en el que ya se haya iniciado un proceso de adaptación y toma de conciencia de la enfermedad, el cual se determinó según la historia clínica y la evaluación psicológica en qué fase de aceptación se encontraba frente a su condición de salud; con el objetivo de que la persona no estuviera totalmente ajena a su enfermedad y pudiera aportar significativamente a la investigación, con la percepción frente a su entorno, de igual forma con este tiempo, en conocimiento de su enfermedad, puede valorar las significaciones, de su medio

y clasificarlas como influyente o no en la toma de las decisiones frente a su calidad de vida.

B. Instrumentos

Se aplicó una entrevista semiestructurada, la cual fue diseñada a partir de un proceso de categorización extraído de la revisión teórica y conceptual existente o de sistemas previos establecidos por otros autores (13-17) donde se fueron distribuyendo los elementos del corpus en categorías, a medida que se iban encontrando en el marco teórico de la investigación. El proceso de construcción del sistema de categorías tuvo una fase inicial, conocida como sistema de codificación inicial: se delimitaron dos dimensiones y ocho categorías respectivamente que englobaran los elementos constitutivos del objeto de estudio. Se le dio nombre a cada una de las categorías, se establecieron una serie de indicadores, se les asignaron unos códigos interpretativos y se definió cada una de las categorías.

El sistema de categorías se construyó con base en las variables implicaciones sociofamiliares (Categorías: Percepciones, Estigmatización, Inclusión, Desintegración) y evolución del tratamiento (Categorías: Fase inicial, Fase actual, Fase de adherencia, Fase transformadora) (Tablas 1 y 2). La entrevista semiestructurada contó con 16 ítems, la cual surgieron de entrelazar las dimensiones categoriales: implicaciones sociofamiliares y la evolución del tratamiento del VIH (Tabla 3).

Tabla 1. Dimensión: Implicaciones Sociofamiliares

Categorías	Indicadores	Código	Definiciones	Ejemplo
Percepciones	Impresiones Sensaciones Pensamientos	ISPE	Son las impresiones, sensaciones o pensamientos que le posibilita al portador del VIH recibir, procesar e interpretar la información de la enfermedad y su tratamiento con relación a su entorno.	"Ellos en este momento siento que se sienten asqueados de mí"
Estigmatización	Señalamientos Juicios Discriminación	ISES	Son los señalamientos, juicios y discriminación que como un atributo significativo produce en los demás un descrédito amplio. Es una marca percibida o inferida por un colectivo que supone una desviación de la norma. El portador de dicha marca le define como desviado, imperfecto, limitado y, en general, como indeseable.	"me dicen que merezco ser habitante de la calle, soy enfermedad, soy un hombre apuesto, que no tengo por qué tener el afecto y la compasión de nadie"
Inclusión	Igualdad Pertenencia Cohesión	ISIN	Es la igualdad, pertenencia y cohesión; proceso que asegura, que todas las personas tienen las oportunidades y los recursos necesarios para participar plenamente en los ámbitos: sociofamiliar, económico, político, etc. y disfrutar de unas condiciones de vida normales. La inclusión favorece el sentido de pertenencia de un individuo en el grupo. Es la posibilidad de participación igualitaria de todos sus miembros en todas las dimensiones sociales y familiares.	" me cogen en mi familia con amabilidad, igualdad, respeto, amor, mas comprensión, ahora entienden mas lo que me sucede y me tienen integrado a la familia"
Desintegración	División Descomposición Desunión	ISDE	Noción de división, descomposición y desunión, producto del quebrantamiento de una unidad de individuos y/o la insatisfacción de las necesidades primarias que requieren sus miembros.	"familia se alejaron, poco se hablaban, por evitar el tema del infectado, de la "peste"

Tabla 2. Dimensión: Evolución del tratamiento

Categorías	Indicadores	Código	Definiciones	Ejemplo
Fase inicial	Preliminar Principio Comienzo	EFAIN	La persona recién infectada donde presenta molestias como las causadas por cualquier enfermedad viral. En esta fase al momento del diagnóstico médico; la cantidad de virus es muy alta, pero no es posible identificar la infección esto es conocido como fase de ventana, donde está presente los pensamientos de temor a la muerte, con mayor vehemencia.	“estaba muy enfermo todo me dolía cada vez pensaba en morir todos los días, el rechazo de mi familia me afectó en esta época”
Fase de adherencia	Aceptación Aprobación Conformidad	EFAAD	Es la fase donde aplica al grado de cumplimiento por parte del paciente de las indicaciones médicas en término de ingesta de medicamentos, seguimiento de dietas, y ejercicios emocionales. Implica una activa y voluntaria colaboración con el plan de cuidado de la salud que incorpora las creencias y actitudes del paciente.	“cuando tu familia y amigos más cercanos te aceptan y piensan que esta enfermedad es algo que le puede ocurrir a cualquiera, se siente uno más confiado de seguir adelante y aceptar los tratamientos”
Fase actual	Presente Ahora Real	EFAAC	Es la etapa presente en el aquí y ahora de la percepción de la enfermedad. Como el individuo está transitando y aludiendo a los acontecimientos de su padecimiento en un momento reciente	“ahora me siento respaldado y esto ha ayudado que tome mi enfermedad como algo más y pueda aceptar lo que tienen y me dan para mejorar mi condición”
Fase transformadora	Cambio Modificación Renovación	EFATA	Es la fase que contempla el cambio en el estilo de vida, donde el paciente se encuentra estable en su tratamiento y con nuevas expectativas de realización en los diferentes campos de su vida; de igual forma el cambio también es renunciar a su vida pasada y a las actividades cotidianas.	“con el tratamiento mi vida a cambiado, me ha hecho sentir mejor, he cambiado la forma de comer, y de cuidar de mi salud, soy más responsable”

Tabla 3. Estructura de la Entrevista

Implicaciones socio-familiares (categorías)	Evolución del tratamiento del VIH			
	Fase inicial de la enfermedad	fase de adherencia al tratamiento	fase actual de la enfermedad	fase transformación (calidad de vida)
Percepciones	1. ¿Cuál cree usted que fueron los pensamientos de su familia y/o grupo social al momento ser diagnosticado con VIH+?	5. ¿?	9. ¿?	13. ¿?
Estigmatización	2. ¿?	6. ¿?	10. ¿Cómo cree que su familia y/o grupo social lo (a) catalogan en este momento?	14. ¿?
Inclusión	3. ¿?	7. ¿Siente usted que el trato igualitario dentro de la familia y/o sociedad favorece la aceptación del tratamiento para el VIH+?	11. ¿?	15. ¿?
Desintegración	4. ¿?	8. ¿?	12. ¿?	16. ¿Su familia y/o grupo social se mantiene unida frente al cambio en su estilo de vida?

C. Procedimiento

La investigación se llevó a cabo, en la ciudad de Cali, teniendo en cuenta los barrios con el mayor número de casos de VIH+ reportados según las estadísticas nacionales⁽¹⁸⁾; a través del ejercicio de la práctica profesional se tuvo acceso a los pacientes seropositivos, la cual se les hizo la invitación a los que pudieran estar interesados en la investigación de una manera amplia y cabal, explicando los objetivos del estudio; la entrevista se

llevó a cabo en el sitio de residencia de los sujetos, con un tiempo aproximado de duración de una hora y media, además se registraron las observaciones en el momento de la entrevista en interacción con sus familiares, con previa firma del consentimiento informado en donde se les explicó los propósitos de la investigación y procedimiento de la entrevista, proporcionándoles confiabilidad, para ello se le asignó un código garantizando anonimato de la información recolectada.

D. *Análisis de datos*

Para el manejo, escrutinio y análisis de los datos recogidos en la investigación, se empleó la técnica de análisis de contenido⁽¹⁹⁾, la cual se define como “la técnica destinada a formular, a partir de ciertos datos, inferencias reproducibles y válidas que puedan aplicarse a un contexto” (P. 28).

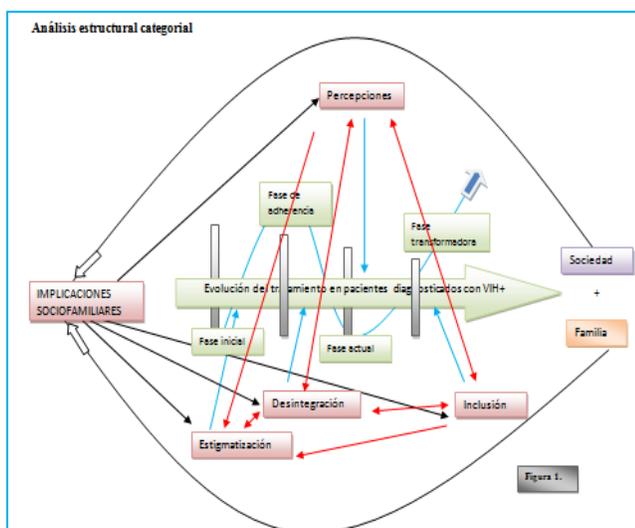
El manejo al análisis de contenido desde la perspectiva cualitativa, partiendo de definiciones de diferentes autores⁽²⁰⁾, se puede afirmar que el análisis de contenido es una técnica que busca descubrir el significado o el sentido de la información para hacer inferencias válidas.

El procedimiento para el análisis de la información cualitativa recolectada, se inició por la transcripción textual de las entrevistas semiestructurada, se elaboró un archivo plano con el fin de identificar las categorías de análisis, posteriormente se realizó el análisis descriptivo de las características deductivas, se elaboraron las categorías inductivas que emergen del discurso de los sujetos de investigación y que permitieron interpretarlo (Tabla 4); Se efectuó un análisis estructural para conseguir una red de relaciones entre las diferentes categorías, logrando interpretar el significado de las percepciones de los sujetos de investigación (Figura 1).

Tabla 4. Análisis descriptivo e interpretación categorial

Categorías Deductiva	Análisis Descriptivo	Categorías Inductiva	Interpretación
Establecidas desde el cruce de las matrices categoriales y el planteamiento de la pregunta correspondiente.	Archivo plano, discurso de los sujetos de estudio.	Una clasificación que parte del discurso de los sujetos de estudio.	Exegesis de los resultados dada desde la triangulación de los objetivos, revisión bibliográfica y teoría.

Figura 1. Análisis estructural categorial



III. RESULTADOS

Los cinco individuos entre 1 y 3 años de portadores del VIH entrevistados, oscilan entre 28 y 39 años de edad con un promedio de 31 años, 3 hombres, 2 de mujeres. 1 con un estado civil de unión libre y 4 solteros; 2 de estrato socioeconómico uno, 2 del dos y el 1 del tres; 3 de los portadores su escolaridad es de secundaria completa y 2 secundaria Incompleta; 3 pertenece al régimen de salud subsidiado, 1 al contributivo y 1 no tienen seguridad social; a la adherencia al tratamiento: 1 se encuentra en un tratamiento médico y psicológico, 1 asiste ocasionalmente a controles de salud y 3 no asiste a controles, dando un

80% de no adherencia al tratamiento; de los seropositivos estudiados 3, luego de ser diagnosticado con la enfermedad pasaron de un trabajo formal a informal (vendedores ambulantes) y 2 a desempleados; ninguno de los sujetos se encontraba en fase SIDA.

Dado a que el análisis de los datos se llevó a cabo mediante el cruce de las categorías establecidas a través del sistema de análisis descriptivo e interpretación categorial (Tabla 5), se tomó el discurso de la historia de vida de cada uno de los sujetos de estudio la cual arrojó en la categoría deductiva:

Percepción - Fase inicial

Tres subcategorías inductivas 1. *Representación negativa de sí mismo*, 2. *Impacto fóbico*, 3. *Sensaciones de incapacidad*, en donde el sujeto evalúa al mundo que lo rodea haciendo una introyección desde su fantasía que afecta, sus características, atributos, cualidades, capacidades, dejando como figura preponderante defectos y limitantes de sí.

“...Pensaron que era una “Chanda” que ahora si les había dado el gusto de deshacerse de mí, que no tenía ningún valor...” (Sujeto 2, líneas 4 – 6)...”, “...De que yo soy una “Cochina” que no estoy más que dando problemas...” (Sujeto 4, línea 4)...”, “...pensaron que era un problema que no conseguí lo que buscaba y les iba a arruinar la vida...” (Sujeto 5, líneas 8 – 10)...”.

Estigmatización – Fase inicial de la enfermedad

Dos subcategorías inductivas 1. *Comportamientos hostiles*, 2. *Inhibición del contacto*, el individuo está reconociendo, los prejuicios de su entorno, los cuales ocasionan la autocrítica de una forma destructiva, en la que se va creando estereotipos que demarcan, la interacción entre los individuos, al punto de formar barreras que impidan el contacto, buscando el objetivo de bloquear sentimientos que generen incomodidad y perturben la homeostasis de los grupos sociales a los que pertenece.

“...me gritaban sidosa que ya no debía estar en este mundo termine como por pensar lo mismo...” (Sujeto 3, líneas 22 – 23), “...me humillaron no con palabras pero sí lo hicieron, porque nadie me hablaba, me decían sólo lo necesario ya no comían en la casa todos los días, no se sentaban donde yo estaba, me sentía como invisible...” (Sujeto 4, líneas 16 – 21).

Inclusión – Fase inicial de la enfermedad

Una subcategoría inductiva, 1. *Dinámicas de disparidad*, se ha despojado al individuo de su funcionalidad y su capacidad de sentirse completamente responsable de sí mismo, excluyéndolo de un grupo capacitado para demostrar sus habilidades mediante los diferentes ejercicios profesionales y las aptitudes únicas y excepcionales de cada individuo, que ayudan a la superación del grupo. Pero dado a que su padecimiento es considerado como incapacitante y riesgo para los que están “sanos”, no se le permite hacer parte activa en los grupos sociofamiliares.

“...mi patrona me dio un paquete de cigarrillos para que los vendiera en la calle y estuviera alejado...” (Sujeto 1, líneas 32 -34), “...cada vez me hacían sentir incapaz de hacer mis cosas, no dejaban que hiciera ni el aseo allá en la casa que vivíamos, antes de estar en la calle, la responsabilidad era mínima me fui sintiendo un bueno para nada, nadie quería que los ayudara o estuviera a su lado...” (Sujeto 2, líneas 33 – 39).

Desintegración – Fase inicial de la enfermedad

Una sub subcategoría 1. *Desorganización interna*, Cuando en el grupo sociofamiliar entra una nueva situación considerada causante del rompimiento de la tranquilidad y la armonía que se presentaba en el interior del grupo, este mismo actúa bajo lineamientos de protección de su estado físico-emocional, y la forma que han encontrado es

separándose para evitar el sufrimiento que causa, ver a un ser querido victimizado por un padecimiento que ha sido clasificado como mortal y contagioso.

“...cada día se alejaron poco se hablaban, por evitar el tema del infectado, de la “peste” de que no podía salir ya de eso, entonces comenzaron a distanciarse, al punto que al principio no se hablaban mucho... (Sujeto 2, líneas 44 – 48, “...Mi familia si se separó cada quien agarró para un país diferente, fue mi enfermedad como la excusa perfecta para alejarse no solo de mi si no de ellos”... (Sujeto 3, líneas 41 – 43).

Percepción- Fase adherencia al tratamiento,

1. *Sensaciones de dependencia*, El individuo como tal no se siente capacitado para adherirse a un tratamiento si no se encuentra avalado y autorizado por quienes le rodean, no hay un fomento del auto-apoyo donde el paciente encuentra sus propios recursos y soluciones a partir de la toma de conciencia de sus mecanismos de conducta y del desarrollo de sus potencialidades, que como ya se ha mencionados son enriquecidas por el entorno pero que son clasificadas y puestas en práctica por el individuo.

“...Si ellas estuvieran aquí o por lo menos me llamaran me sentiría feliz y con ganas de ir para que se sientan orgullosas de mi para que no digan que todo lo hice mal que todo me sale peor, que son una “malnacida” o cosa como esas si ellas estuvieran conmigo iría a las terapias...” (Sujeto 3, líneas 58 – 64).

Estigmatización – Fase adherencia al tratamiento

1. *Proyección activa*, la cadena de señalamientos y auto-rechazo ocurre y son fomentados por quienes rodean al individuo que padece de esta condición de salud, logrando que este último lleve a cabo la conducta que rechazan en ellos y que persiguen en los demás todo esto evidenciado en los constantes señalamientos que no dejan actuar de manera favorable al portador.

“...Creo que si lo que ellos opinen y piensen y digan a los que tenemos esta enfermedad nos hace sentir mal a no querer estar ni junto a quienes tiene la enfermedad, queremos alejarnos del mundo que nada nos recuerde que estamos infectados, y si vamos a lo del tratamiento, pues es recordarlo y recordar todo lo que ellos nos dicen y piensan, que somos unos cerdos que por “perras” nos pasa...” (Sujeto 3, líneas 68 – 75).

Inclusión – Fase adherencia al tratamiento

1. *Aceptación proveniente de la equidad*, se sienten útiles cuando hay un reconocimiento no sólo como individuo que ocupa un espacio sino como un participante que tiene las capacidades para aportar significativamente a su entorno, esto forma pensamientos de inclusión, por el contrario crearía ideas de no pertenencia, reflejada en la auto-exclusión presente en la no adherencia al tratamiento.

“...cuando uno lo tratan de igual manera siente el respeto de los demás, y para ser sincera se le quita el miedo de decir que es lo que tiene y los pensamientos de ocultarlo todo se van y así puede aceptar todas las recomendaciones de los que saben para estar mejor...” (*Sujeto 4, líneas 90 – 95*).

Desintegración – Adherencia al tratamiento

1. *Incertidumbre en el desplazamiento*, esta inseguridad es desencadenada por el desplazamiento de la familia y la sociedad, que aún no admiten que se encuentre dentro de su círculo un agente que no sea reconocido y cumpla con las reglas de convivencia y aceptación preestablecidas, dejando al individuo en una etapa de no saber qué hacer con su integridad, obligándolo a tener conductas de negación y evitación de sus problemáticas de salud, sin brindarle la posibilidad de llegar a lo más cercano de la estabilidad.

“...Hay mucha relación porque, sentirse apoyado por la familia es un verdadero alivio, porque es estar no escondiéndote ni sintiendo pena de lo que eres o tienes en este caso puedes ir por el mundo buscando tu bienestar”... (*Sujeto 5, líneas 87 – 91*, “...al estar todos unidos puede hacer que se piense con claridad que es lo que se quiere y es mantenerse al lado de estas personas y por eso eliges el tratamiento...” (*Sujeto 5, líneas 95 – 98*).

Percepción – Fase actual de la enfermedad

1. *Significaciones abyectas presentes*, El portador de esta enfermedad se auto-percibe y percibe al mundo circundante, desde una posición nefasta con presencia de utopías catastróficas, movido desde su zona de fantasía dejando por fuera de la relación o interacción de las zonas internas y externas, y desde este referente visualiza lo que le está sucediendo actualmente con su enfermedad, uniendo su realidad a esos mismas conjeturas sociales; El individuo esta significando, comprendiendo e interpretando el mundo a interactuar de una manera

invasiva, que lo lleva paradójicamente a fomentar respuestas de malestar.

“... Ellos en este momento, creo yo, que se están sintiendo asqueados de mí, que soy la más grande mugre que existe...” (*Sujeto 2 líneas 116 – 118*).

Estigmatización – Fase actual de la enfermedad

1. *Relegación subjetiva*, Se evidencia un alejamiento incisivo del individuo, por parte de su entorno dado a una concepción intrínseca de ese mismo contexto, que ha tomado sus decisiones con base en lo que esté ocurriendo en un tiempo presente y lo que a su vez este aconteciendo en la vida de cada uno de los individuos que conforman el grupo, en la cual este inmerso el portador, además de la categorización que estos le hayan dado a la situación.

“...En una palabra una porquería, sin valor, que no sirvo para nada, infecciosa, que los puedo contagiar y llenar de mi basura, que soy la enfermedad, que nunca he querido estar mejor, que me gusta fastidiar la vida de los demás, perjudicar todo, que soy como el “gorgojo”, tienen el peor pensamiento de mi, sin contar que soy una mujer de mala reputación, baja sin moral y sin un norte donde ir, lo peor simple lo peor...” (*sujeto 3, líneas 127 – 135*).

Inclusión – Fase actual de la enfermedad

1. *Eliminación del individuo en sociedad*, la sociedad esta comportándose de una manera deflexiva con relación a este fenómeno sociofamiliar que es el padecimiento del VIH, el cual, al discurso de sus portadores se le ha despojado de su humanidad al momento de ser seropositivos, dado a una sociedad temerosa que ofrece acogida si recibe algo a cambio, en este caso es algo de colaboración, de ayuda, pero como con estos individuos la ayuda hay que brindársela, la sociedad no está dispuesta a perder y prefiere desmembrar su círculo de unidad.

“...Peor que antes cada día que pasa me juzgan peor no me comprenden, no me aceptan, no quieren escuchar lo que quiero decirles, me alejan de las conversaciones, se burlan a mis espaldas, me critican...” (*Sujeto 4, líneas 140 – 144*), “...solo me ven como una infectada mas sin tener en cuenta que somos familia o amigos, no me siento acogida más bien me veo rechazada...” (*Sujeto 4, líneas 146 – 149*).

Desintegración – fase actual de la enfermedad

1. *Vacío existencial*, el individuo ha significado a su mundo circundante como el *satisfactor* de sus necesidades,

ofreciéndole seguridad existencial, cuando se rompe esos lazos que le han dado el sentido de existencia y el ambiente se torna contradictorio comienza el individuo a tener sentimientos de vacíos de división interna y externa que lo lleva a tener partes enajenadas causándole respuestas de malestar, viendo a su entorno lejos de ser el satisfactor de sus necesidades.

“... no estoy siguiendo un tratamiento de forma adecuada, simplemente estoy respirando porque sí, estoy cada vez mas sola y triste, también con rabia porque esto no tendría que estar pasando a mí. No sentir la unión de mi familia me está haciendo perder la tranquilidad y ya no me siento cómoda en mi familia, ellos cada vez me hacen más daño...” (Sujeto 4, líneas 155 – 161).

Percepción – Fase transformación (calidad de vida)

1. *Desensibilización frente al cambio*, El individuo está percibiendo que la sociedad ha puesto su atención exclusivamente en su corporalidad destruida, haciendo que el portador comience a desensibilizarse de su cuerpo ya que necesita este bloqueo para resguardarse de los ataques del grupo, que no ha logrado visualizar y facilitar la transformación del individuo, por el contrario a creado un escenario, en el que su sentir va direccionado a ocultarse y evitar; negar la realidad, sus impresiones sensaciones, pensamientos que pueden fomentar las conductas de autocompasión en los individuos enfermos, donde no se hace viable moverse hacia el cambio en la calidad de vida de este.

“...Tienen la sensación de que soy una inútil que no ha podido salir de todos sus problemas, que todo lo que hago no es suficiente, que esta enfermedad me está consumiendo, tienen la sensación de rechazo, odio, incertidumbre, que estoy “putriéndome” en mi enfermedad y en mis decisiones, sensaciones de fastidio...” (Sujeto 3, líneas 160 – 166), “...Sensaciones de tristeza, dolor, decepción, nostalgia, de ver como desperdicie mi vida...” (Sujeto 1, líneas 164 -165).

Estigmatización – Fase transformación (calidad de vida)

1. *Marginalización progresiva*, se ve una incredulidad por parte del entorno que ha clasificado a la enfermedad del VIH y a sus portadores como no merecedora de una segunda oportunidad, es una enfermedad marginada que ha servido de excusa para el desplazamiento de las frustraciones propias y las proyecciones que se tiene como partes negadas que no han sido reconciliadas y se intentan hacer a

través de las marcadas y constantes discriminaciones, con la finalidad de lavar las culpas que se tienen por múltiples razones acumuladas a lo largo de la historia.

“...esos son los señalamientos cosas como “asolapado” “mojigato...” (Sujeto 1, líneas 173 – 175), “...mediocre lleno de decepciones de errores, me merezco ser habitante de la calle, soy enfermedad, soy un hombre apuesto, que no tengo por qué tener el afecto y la compasión de nadie...” (Sujeto 2, líneas 173 – 176).

Inclusión – Fase transformación (calidad de vida)

1. *Estimulación involutiva*, en la mayoría de los individuos, se presenta la involución en su proceso, dado a la exclusión brindada por el núcleo familiar, evitando lidiar con problemáticas que exigen, disposición, tiempo permanencia, que no se está dispuesto a ofrecer. El individuo no se siente perteneciente, se le ha negado la permanencia en el grupo al que por derecho le concierne, con esto se deja entrever que el grado de aceptación del grupo, hace que el individuo se sienta humanizado, reconocido para que con ello pueda responsabilizarse de sí mismo.

“...En la modificación ninguno que me vaya a ayudar o alentar a sentirme mejor, no, todo lo contrario lo que han brindado es incertidumbre, rechazos malos tratos, abandono, la vida me empeoro y mi familia me saca de su lado; no hay ningún clase de apoyo solo por parte de ellas hay juzgamientos y malas palabras y aislamiento...” (Sujeto 2, líneas 184 – 190), “...es un apoyo negativo un apoyo para que yo misma me esconda y no me sienta parte de esta sociedad...” (Sujeto 4, líneas 187 – 189).

Desintegración – Fase transformación (calidad de vida)

1. *Transformación dependiente*, Hay una marcada presencia de desunión familiar que afecta el comportamiento a buscar el cambio significativo en el estilo de vida, el portador esta a la espera del sostén familiar y social que le sirva de estabilidad, que por su condición de salud a perdido y no permite que encuentre las estrategias adecuadas para el cambio en su estilo de vida; La desorganización de la familia ha hecho que el individuo pierda el anclaje y divague en la búsqueda incansable de un apoyo extrínseco.

“...están como desorganizados cada vez más a un punto de que no entienden que esta enfermedad tiene tratamiento y que lo que más necesita el enfermo es estar

cerca a su familia comprenderlo y llenarlo de una *líneas 199 – 204*).
integración familiar junto con las amistades...” (Sujeto 4,

Tabla 5. Análisis descriptivo e interpretación categorial (Resultados)

Categorías Deductiva	Análisis Descriptivo	Categorías Inductiva	Interpretación
Percepción – Fase inicial de la enfermedad	Archivo plano, discurso de los sujetos de estudio.	Representaciones negativas de si mismo Impacto fóbico Sensación de incapacidad	Exegesis de los resultados dada desde la triangulación de los objetivos, revisión bibliográfica y teoría.
Estigmatización – Fase inicial de la enfermedad		Comportamientos hostiles Inhibición del contacto	
Inclusión – Fase inicial de la enfermedad		Dinámicas de disparidad	
Desintegración – Fase inicial de la enfermedad		Desorganización interna	
Percepción – Fase de adherencia al tratamiento		Sensaciones de dependencia	
Estigmatización – Fase adherencia al tratamiento		Proyección activa	
Inclusión – Fase adherencia al tratamiento		Aceptación proveniente de la equidad	
Desintegración – Fase adherencia al tratamiento		Incertidumbre en el desplazamiento	
Percepción – Fase actual de la enfermedad		Significaciones abyectas	
Estigmatización – Fase actual de la enfermedad		Relegación subjetiva	
Inclusión – Fase actual de la enfermedad		Eliminación del individuo en sociedad	
Desintegración – Fase actual de la enfermedad		Vacío existencial	
Percepción – Fase transformadora (calidad de vida)		Desensibilización frente al cambio	
Estigmatización – Fase transformadora (calidad de vida)		Marginación progresiva	
Inclusión – Fase transformadora (calidad de vida)		Estimulación involutiva	
Desintegración – Fase transformadora		Transformación dependiente	

IV. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El individuo que se encuentra inmerso en esta sociedad, está influenciado por el entorno que condiciona su personalidad, sus valores y su comportamiento, entre otros⁽⁷⁾; cuando una problemática aparece como en este caso la enfermedad por VIH, y es considerada como amenazante ya sea por su portador o quienes hacen parte de su entorno, la sociedad comienza a defenderse en aras de resguardar su seguridad, esto lo hace a través de imposición de estándares actitudinales de normalización, además de implantar la idea a los individuos que sólo desde allí se podrá satisfacer a cabalidad.

Los resultados arrojados en la investigación dan la confirmación a lo encontrado en la literatura frente a qué involucra ser, una persona en sociedad y simultáneamente padecer de la enfermedad por VIH, entra en juego una

serie de condiciones sociales que estén alrededor de este diagnóstico y su evolución. El individuo cruza por una serie de etapas dentro de su enfermedad las cuales están atravesadas por las implicaciones sociofamiliares, que se caracterizan por ser influyentes a la hora de enfrentar esta enfermedad afectando las decisiones de los portadores y en la búsqueda de un tratamiento para la mejoría en la calidad de vida. La fase inicial del padecimiento se caracteriza por una representación negativa de sí mismo a la luz de la mirada de los otros, el individuo tiene la concepción de que su entorno lo percibe como un ser sin ningún valor, el cual proviene de un miedo a ser contagiado y a pertenecer a este mundo de enfermedad que le crea al portador una sensación de incapacidad frente a su padecimiento, dejándolo impedido para reconocer y tomar conciencia de lo que le ocurre, es decir tomar conciencia de enfermedad; posteriormente afecta la aceptación e integración a un

tratamiento, que le ayudará además de mejorar los síntomas somáticos, le disminuirá el miedo a la muerte y los pensamientos de incapacidad e invalidez que están presentes y son persistentes en el portador, en la fase de inicio se pudo evidenciar, la percepción de los comportamientos hostiles de los que son víctimas estos individuos por parte de su familia y grupo social, lo que ocasiona la inhibición del contacto, no solo de los individuos entre sí, sino de los portadores con relación a su padecimiento, en el cual se inhibe de igual manera el accionar, que deja al individuo inactivo para sobrellevar su afección, dado a que en su entorno no es reconocido con igualdad, respeto e inclusión en el grupo, lo anterior forma una individualización de cada uno de los miembros del grupo familiar y/o social y se va dando una desorganización interna que deja al paciente con un sentimiento de soledad, abandono y aislamiento⁽²¹⁾.

Cuando el individuo con su padecimiento ha decidido no enfrentarlo, se ha alejado de la aceptación y aprobación de un tratamiento, entrando en juego la dependencia hacia su entorno, de lo que este haya procesado y decidido tomar como referente a seguir, poniéndose en posición de subordinado ante la colectividad que lo ha estigmatizado a través de sus proyecciones activas, orillando al portador a actuar como a este le afecta, de una manera sumisa e inerte frente a la búsqueda de alternativas para mejorar su estado, los estigmas cargados de prejuicios conllevan con frecuencia una proyección, la atribución inconsciente a los demás de los propios deseos o características, es decir esta sociedad que él está percibiendo como la inquisición, ve en el portador del virus esa inmoralidad que hay en ella y es expresada abiertamente con una enfermedad que ha sido tildada de denigrante desde su aparición (2).

En la fase actual donde se encuentra el individuo a la hora de la recolección de datos, se muestra una serie de representaciones que van en la misma línea de las etapas anteriores, en la cual clasifican a la sociedad como la causante de las significaciones abyectas presentes, por parte del entorno que son introyectadas por el individuo como propias y admitidas dentro de su interacción con el resto de los individuos, incluso con quienes le demuestran un pensamiento distinto, con ello se evidencia que hay una distorsionada percepción, que está siendo llevada a generalizaciones actuando de una forma similar en diferentes contextos; con este modo de actuar, pensar y sentir se crea una relegación subjetiva por parte del entorno que aísla al portador de su presencia, lo saca de su

amparo y protección por razones que tiene que ver con su sentir individual, con su no aceptación de una situación que la ha clasificado desde su subjetividad como inquietante, de peligro, a la que como individuo que pertenece a un colectivo que asegura poseer la “salud” hacen para separar al enfermo de su ambiente, de igual manera esta exclusión la realiza desde lo que ocurra en ese tiempo presente haciendo uso de su percepción en relación con eventos pasados.

Frente a este trato brindado al portador, por parte de la sociedad, se va creando en este un vacío existencial debido a la desintegración de los miembros del grupo, se crean sentimientos de soledad, de inutilidad frente a la sociedad, y aparece la pregunta: para qué se está en este mundo, despertando pensamientos de muerte, en este caso no acceder a lo que podría prolongar la existencia (el tratamiento), ya el mundo se ve como amenazante en el cual no se puede permanecer⁽²²⁾. Todo esto desencadena un desensibilización frente al cambio en la calidad de vida, no solo del portador sino de quienes lo rodean, ya que no dimensiona las consecuencias de su decisión, al rechazar el tratamiento como réplica del rechazo del que ha sido víctima por parte de su grupo sociofamiliar; el individuo frente a su padecimiento ha demostrado apatía hasta llegar a la negación de la situación ocasionando un bloqueo.

La clasificación que tiene el individuo portador del VIH, de su medio ambiente, influye y condiciona la toma de decisiones y la conducta a seguir, prefiriendo negar las experiencias de su padecimiento e instalarse en el sufrimiento con la intención de adquirir las respuestas saludables. La sociedad y la familia son una fuente altamente influyente en el individuo portador del VIH, en cuanto a su motivación, percepción de la necesidad, sentimientos de satisfacción, disposición y habilidad para realizar las actividades pertenecientes a la hora de aceptar e integrarse a un tratamiento médico-psicológico para su padecimiento.

El enfermo por VIH se percibe a sí mismo como una amenaza que no puede afrontar, opta por alterar su conciencia, creando su propia realidad instalándose en la Zona de fantasía, desde la construcción en sociedad, donde incluye todas y cada una de las impresiones, sensaciones, representaciones, ideas, pensamientos que tiene como ser social en la captación de los estímulos externos, interiorizados como propios; el individuo posee la imperiosa necesidad de estar en sociedad para ser rescatado del sufrimiento de la enfermedad y se le imparta

las pautas a seguir, así disminuye el error que cree cometer con su existencia.

Para que el individuo portador del VIH se adhiera al tratamiento, debe sentirse parte activa del grupo socio-familiar, de una forma igualitaria en oportunidades, donde se respeten sus derechos como persona y se crea el ambiente propicio para el desarrollo de sus habilidades, con esto se fomenta los cambios de conducta a favor de la calidad de vida, fomentando la inclusión que beneficia la individualidad y dependencia.

En algunos individuos de la investigación se observó que su comportamiento estuvo influenciado por quienes lo rodean, de manera similar a la mayoría donde los resultados fueron poco favorables. Se puede ver que las implicaciones sociofamiliares atraviesan la evolución del tratamiento: las percepciones, estigmatizaciones, inclusión y desintegración predominan a la hora de tomar las decisiones para la mejoría de la calidad de vida en un paciente diagnosticado con VIH+; el individuo enfermo significa a la sociedad y la familia como fuente primordial para el sustento y la realización de sus expectativas, al igual que fomenta los sentimientos de seguridad, apoyo y sostén, siendo indispensables en la toma de decisiones y caminos a seguir cuando entra en juego la integridad físico-emocional de la persona, se vuelve este grupo circundante en una necesidad eminente para la subsistencia y el crecimiento personal.

La investigación reveló la participación activa que tiene la familia y el entorno en un individuo en especial cuando este se siente en situación de incapacidad o vulnerabilidad como es el caso de ser portador del virus de inmunodeficiencia humana; el entorno sociofamiliar influye en las decisiones del individuo que lo llevan a actuar bajo sus parámetros, estandarizados, impidiéndole la realización individual que lleva a optar por las que no estén en contra del colectivo, las que no traigan las consecuencias de aislamiento, rechazo, estigmatización o separación de su grupo, estas actitudes propias de una sociedad están inmersas y son decisivas a en el transcurso de las fases que atraviesa el individuo con este padecimiento.

De igual modo el estudio permite que se evalúen los factores socio-familiares que están siendo determinantes cuando se decide aceptar o no la enfermedad, con todas las implicaciones que conlleva a la hora de ofrecer un tratamiento a nivel físico y emocional,

para promover la resignificación de la misma, facilitando la intervención y llevando a esta a campos donde se haga una mirada más holística, no sólo abordando al paciente y a su familia sino a las significaciones que este posee sobre su entorno en general, cómo las ha introyectado, facilitándole la internalización del punto de vista subjetivo de quienes lo rodean.

V. REFERENCIAS

1. Gubbins V. Las prácticas educativas parentales que reproducen desigualdad social: Las familias de clase media y alta en Santiago de Chile. Madrid, España: Traficante de Sueños; 2014.
2. Giddens A. Sociología. Madrid, España: Alianza; 2010.
3. Salama H. Psicoterapia Gestalt. México DF: Amat Editorial; 2010.
4. Heider F. La psicología de las relaciones interpersonales. Nueva York, NY: John Wiley & Sons; 1958.
5. Giddens A. La construcción de la sociedad. Madrid, España: Amorrortu; 2003.
6. Mérida R. Un espacio de encuentro entre la escuela y las familias: la escuela de madres y padres. *Revista de Ciencias de la Educación*. 2002; 19 (2): 441-467.
7. Giddens A. La tercera vía. México DF: Tauros; 2000.
8. Fichter J. Sociología. Barcelona, México DF: Herder; 2008.
9. Martín A. Manual práctico de psicoterapia Gestalt. Bilbao, España: Desclée de Brouwer; 2013.
10. Thorwald D, Rüdiger D. Enfermedad como camino. Múnich, Alemania: Delbolsillo; 2009.
11. Ortega y Gasset J. Ideas y creencias (y otros ensayos de filosofía). Madrid, España: Alianza; 2005.
12. Bonilla-Castro E, Rodríguez P. Más allá del dilema de los métodos: la investigación en ciencias sociales. Bogotá, Colombia: Norma; 2005.
13. Cazares-Robles O, Piña-López JA, Sánchez-Sosa JJ. Competencias conductuales, estrés y calidad de vida en personas VIH+ 100% adherentes. Un análisis en función del estadio clínico de infección. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 2010; 28 (1): 85-98.
14. Cardona Arias JA. Representaciones sociales de calidad de vida relacionada con la salud en personas con VIH/SIDA, Medellín, Colombia. *Revista de Salud Pública*. 2010; 12(5):765-776.
15. Flores-Palacios F, Almanza-Avendaño M, Gómez-San Luis A. Análisis del Impacto del VIH/SIDA en la familia: una aproximación a su representación social. *Psicología Iberoamericana*. 2008;16(2): 6-13.
16. Gonzáles-Ramírez MT, Piña-López JA. Motivos, apoyo social y comportamientos de adhesión en personas con VIH: modelamiento con ecuaciones estructurales. *Universitas Psychologica*. 2011;10 (2):339-409.
17. Vera-Pérez VE, Estrada-Aguilera A. Influencia social y familiar en el comportamiento del paciente con VIH/SIDA ante su diagnóstico y su manejo. *Revista Hospital Juárez de México*. 2004;71(1):29-35.
18. Organización Mundial de la Salud. Towards universal access. Ginebra, Suiza: OMS; 2010.

19. Krippendorff K. Metodología del análisis de contenido: teoría y práctica. Barcelona, España: Paidós Ibérica; 2004.
20. Lopez-Noguero F. Análisis de contenido como método de investigación. Revista de Educación Universidad Huelva. 2002;21(4):167-179.
21. Muñoz A. La importancia de pertenecer a algo. Blog; 2012, junio 14. Recuperado de <http://motivacion.about.com/b/2012/06/14/la-importancia-de-pertenecer-a-algo.htm>
22. Gil, M. Psicología social: un compromiso aplicado a la salud. Zaragoza, España: Universidad de Zaragoza; 2007.

CURRÍCULOS

Abraham Mora Jiménez. Psicólogo. Especialista en Educación Superior (Universidad Santiago de Cali). Especialista en Pedagogía para el Aprendizaje Autónomo (UNAD). Candidato a Magister en Educación Superior (USC). Docente de la USC, Coordinador de Practicas del Programa de Psicología, miembro de la línea de investigación Sujeto y Cosmovisión del Grupo de Estudio y de Investigación en Subjetividad y Cultura del Programa de Psicología de la USC. Miembro del Comité de Investigaciones del Programa de psicología de la USC.

Luz Carlina Bonilla Plaza. Psicóloga de la Universidad Santiago de Cali [USC], miembro del Comité de Investigaciones del Programa de Psicología de la USC. Fundadora del la organización sin fines de lucro Fundación Casa de Vida San Miguel Arcángel.