UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGÍA -CIEPs-

"MAYRA GUTIÉRREZ"

"SECUELAS PSICOLÓGICAS DERIVADAS DE LA DISCRIMINACIÓN LABORAL EN PACIENTES PORTADORES DE VIH Y/O SIDA DEL SANATORIO ANTITUBERCULOSO SAN VICENTE"

INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN PRESENTADO AL HONORABLE CONSEJO DIRECTIVO

DE LA ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

POR

WALTER ANIBAL PÉREZ URREA

WILDER ALBERTO RAMOS CUSTODIO

PREVIO A OPTAR AL TÍTULO DE

PSICÓLOGOS

EN EL GRADO ACADÉMICO DE

LICENCIADOS

GUATEMALA, ABRIL DE 2015

CONSEJO DIRECTIVO

Escuela de Ciencias Psicológicas

Universidad de San Carlos de Guatemala

Licenciado Abraham Cortez Mejía

DIRECTOR

Licenciado Mynor Estuardo Lemus Urbina

SECRETARIO

Licenciada Dora Judith López Avendaño

Licenciado Ronald Giovanni Morales Sánchez

REPRESENTANTES DE LOS PROFESORES

Licenciado Juan Fernando Porres Arellano

REPRESENTANTE DE EGRESADOS

c.c. Control Académico
CIEPs.
Reg. 421-2014
CODIPs. 874-2015

De Orden de Impresión Informe Final de Investigación

13 de abril de 2015

Estudiantes
Walter Anibal Pérez Urrea
Wilder Alberto Ramos Custodio
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Estudiantes:

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a ustedes el Punto QUINTO (5º.) del Acta CATORCE GUIÓN DOS MIL QUINCE (14-2015), de la sesión celebrada por el Consejo Directivo el 13 de abril de 2015, que copiado literalmente dice:

QUINTO: El Consejo Directivo conoció el expediente que contiene el Informe Final de Investigación, titulado: **"SECUELAS PSICOLÓGICAS DERIVADAS DE LA DISCRIMINACIÓN LABORAL EN PACIENTES PORTADORES DE VIH Y/O SIDA DEL SANATORIO ANTITUBERCULOSO SAN VICENTE",** de la carrera de **Licenciataura en Psicología,** realizado por:

Walter Anibal Pérez Urrea **CARNÉ No. 2007-13585**
Wilder Alberto Ramos Custodio **CARNÉ No. 2007-14053**

El presente trabajo fue asesorado durante su desarrollo por el Licenciado Allan Rodrigo Hernández Funes, y revisado por la Licenciada Ninfa Cruz. Con base en lo anterior, el Consejo Directivo **AUTORIZA LA IMPRESIÓN** del Informe Final para los Trámites correspondientes de graduación, los que deberán estar de acuerdo con el Instructivo para Elaboración de Investigación de Tesis, con fines de graduación profesional.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS SECRETARÍA

Licenciado Mynor Estuardo Lemus Urbina
SECRETARIO

/Gaby

CIEPs. 020-2015
REG: 421-2014

INFORME FINAL

Guatemala, 19 Marzo 2015

Señores
Consejo Directivo
Escuela de Ciencias Psicológicas
Centro Universitario Metropolitano

Me dirijo a ustedes para informarles que la licenciada **Ninfa Cruz** ha procedido a la revisión y aprobación del **INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN** titulado:

"SECUELAS PSICOLÓGICAS DERIVADAS DE LA DISCRIMINACIÓN LABORAL EN PACIENTES PORTADORES DE VIH Y/O SIDA DEL SANATORIO ANTITUBERCULOSO SAN VICENTE".

ESTUDIANTE:	CARNE No.
Walter Anibal Pérez Urrea	**2007-13585**
Wilder Alberto Ramos Custodio	**2007-14053**

CARRERA: Licenciatura en Psicología

El cual fue aprobado el 10 de Marzo del año en curso por el Coordinador del Centro de Investigaciones en Psicología CIEPs. Se recibieron documentos originales completos el 19 de Marzo del 2015, por lo que se solicita continuar con los trámites correspondientes para obtener **ORDEN DE IMPRESIÓN**.

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGIA COORDINADOR CIEPS USAC

M.A. Helvin Velásquez Ramos
Coordinador
Centro de Investigaciones en Psicología CIEPs.
"Mayra Gutiérrez"

c.c archivo
Andrea

CIEPs. 020-2015
REG. 421-2014

Guatemala, 19 de febrero 2015

M.A Helvin Velásquez Ramos
Coordinador
Centro de Investigaciones en Psicología CIEPs
Escuela de Ciencias Psicológicas

De manera atenta me dirijo a usted para informarle que he procedido a la revisión del INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN, titulado:

"SECUELAS PSICOLÓGICAS DERIVADAS DE LA DISCRIMINACIÓN LABORAL EN PACIENTES PORTADORES DE VIH Y/O SIDA DEL SANATORIO ANTITUBERCULOSO SAN VICENTE".

ESTUDIANTE:	**CARNÉ No.**
Walter Anibal Pérez Urrea	**2007-13585**
Wilder Alberto Ramos Custodio	**2007-14053**

CARRERA: Licenciatura en Psicología

Por considerar que el trabajo cumple con los requisitos establecidos por el Centro de Investigaciones en Psicología, emitió **DICTAMEN FAVORABLE** el 10 de marzo 2015, por lo que se solicita continuar con los trámites respectivos.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

Licenciada Ninfa Cruz
DOCENTE REVISORA

ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGIA DOCENTE REVISORIA USAC

As/archivo

Guatemala, 09 de marzo de 2015.

M.A.
Helvin Velásquez
Coordinador
Centro de Investigación en Psicología
-CIEP`s "Mayra Gutiérrez"

Por este medio me permito informarle que he tenido bajo mi cargo la asesoría de contenido del informe final de investigación titulado "Secuelas psicológicas derivadas de la discriminación laboral en pacientes portadores de VIH y/o SIDA del Sanatorio Antituberculoso San Vicente" realizado por los estudiantes WALTER ANÌBAL PÈREZ URREA, CARNÈ 200713585 y WILDER ALBERTO RAMOS CUSTODIO, CARNÈ 200714053.

El trabajo fue realizado a partir del 12 de abril de 2014 hasta el 09 de marzo de 2015.

Esta investigación cumple con los requisitos establecidos por el Centro de Investigaciones en Psicología, por lo que emito DICTAMEN FAVORABLE y solicito se proceda a la revisión y aprobación correspondiente.

Sin otro particular me suscribo,

Atentamente,

Allan Rodrigo Hernández Funes
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA
COLEGIADO 3485

Licenciado Allan Rodrigo Hernández Funes
Psicologo
Colegiado 03485
Asesor de contenido

Gobierno de Guatemala

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
Sanatorio Antituberculoso San Vicente
Departamento de Epidemiología

Oficio No. 13-2014
Ref.: Dra. JG/ejgs

Guatemala, 19 de noviembre de 2014.

Señores:
Unidad de Graduación Profesional
Escuela de Ciencias Psicológicas.
Universidad de San Carlos.

Reciban un cordial saludo. Por este medio se hace constar que los estudiantes de psicología; Walter Aníbal Pérez Urrea con carné 2007 13585 y Wilder Alberto Ramos Custodio con carné 2007 14053, realizaron en esta institución el trabajo de recolección de datos del proyecto de investigación titulado "Secuelas psicológicas derivadas de la discriminación laboral en pacientes portadores de VIH y/o SIDA en el Hospital Antituberculoso San Vicente". El cual consistió en: Revisión de Registros Médicos, bitácoras de observación, 40 cuestionarios de recolección de datos y aplicación de escalas de mecanismos de defensa. Dicho trabajo fue ejecutado en el periodo comprendido del 03 al 19 de noviembre del presente año, en horario de 08:00 a 13:00 horas.

Los estudiantes en mención cumplieron con lo estipulado en su proyecto de investigación, por lo que agradecemos la participación de nuestra institución.

Sin otro particular, me suscribo.

Atentamente,

Dra. Edelfi Judith García
Departamento de Epidemiología
Teléfono: 52085487

SANATORIO ANTITUBERCULOSO SAN VICENTE
DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGIA
GUATEMALA, C. A.

Cc/Dirección
Archivo

Telefax- 2471-0504, correo electronico: s_sanvicente@yahoo.com
11 AVE. "A" 12-30 ZONA 7 Colonia La Verbena

PADRINOS DE GRADUACIÓN

Por: Walter Aníbal Pérez Urrea

Edgar Ramón Méndez Gordillo
Medico y Cirujano
Colegiado No.: 3511

Álvaro Gilberto Hilario Sazo
Contador Público y Auditor
Colegiado No.: 15,401

Por: Wilder Alberto Ramos Custodio

Ninfa Jeaneth Cruz Oliva
Licenciada en Psicología
Colegiado No.: 643

Alejandra Sorel Hernández López
Licenciada en Psicología
Colegiado No.: 5895

ACTO QUE DEDICO

A Dios

Por su fidelidad en todo, a lo largo de mi vida y sobre todo por concederme la oportunidad de llegar hasta este momento muy significativo en mi vida profesional, sin su ayuda y bendición no hubiese podido llegar a este momento.

A mi madre

Piedad Urrea Urizar por su ejemplo de lucha, trabajo y esfuerzo en todo momento, su paciencia en las jornadas de tareas hasta la madrugada, siempre dándome ánimos para culminar la carrera que elegí para la vida.

A mi padre

Eladio Pérez Donis Q. E. P. D.

A mis hermanos

Sandra, Mildred y Léster, por su apoyo y paciencia en el proceso académico, así como con su comprensión en los momentos de ausencia

A mis sobrinos

Bryan, Josué, por su tolerancia y que a pesar de su corta edad tuvieron la suficiente templanza y madurez para aceptar un no cuando me pedían compartir con ellos. Pablito y Adrián, porque su sonrisa inspiran a ser mejor cada día.

A mis cuñados

José Miguel y Guillermo, porque de alguna manera son parte de este momento único en mi vida profesional.

A mi maestra

Elssy Haydee Ortiz, por enseñarme que con valor y decisión las cosas buenas se pueden lograr, siempre carita alegre.

A mis amigos

Wilder gracias por tu apoyo en todo momento y tu paciencia a lo largo de la realización de la presente, todos mis compañeros y compañeras de OVL que a la fecha son como mis hermanos, gracias por cada lección aprendida, cada sonrisa, cada enojo y sobre todo por el soporte moral que me han dado en todo momento.

Por: Walter Aníbal Pérez Urrea

DEDICATORIA

A Dios

Por ser la luz que me guía, la fortaleza que me sostiene, por ser el consuelo que me alienta, porque en los momentos más difíciles de mi vida siempre ha estado a mi lado. Porque con su amor y misericordia permite alcanzar una de mis metas.

A mi madre María

Por su intercesión hacia mí, sus enseñanzas de amor, fe y convicción. Gracias madre por tu protección.

A mi padre

Emilio Ramos Mejía con su amor, perseverancia y humildad ha contribuido a formar la persona que hoy soy. Estoy orgulloso de tener un padre como lo es él. Siempre estaré agradecido.

A mi madre

Victorina Custodio Ordoñez Q. E. P. D. estoy seguro que disfruta este triunfo tanto como yo. Sus consejos, amor y humildad siempre los llevo en mi corazón. Nunca olvidaré sus palabras “No les podemos dejar grandes herencias ni riquezas, lo único que les dejamos son sus estudios, aprovéchenlos ya que eso nadie puede quitárselo”.

A mis hermanos

Ana Victoria, Héctor Emilio, Fernando Adolfo, gracias porque sus fallas y aciertos también han contribuido en mi formación, los llevo siempre en mi corazón.

A mis sobrinos

Pool, Paolita, Gisselle, Jefferson, Ashley, Katherine, Josué, Emilio, con especial dedicación, que este triunfo sea de inspiración para alcanzar sus metas.
Y Pablito Q. E. P. D. un angelito que estoy seguro nos cuida.

A mis cuñados

Iván, María José y Cinthia. Gracias por su tolerancia para conmigo. Y contribuir al bienestar y felicidad de la familia.

A toda mi familia

Ramos y Custodio. Tías, tíos, primos y primas. Gracias por su apoyo y consejos.

A mis amigos y compañeros

Gracias por todo su apoyo, cariño y amistad incondicional. Aníbal gracias por todo tu apoyo y paciencia en esta aventura, seguimos en la lucha. Para mis compañeros de universidad en especial a OVL por las risas, penas, enojos y locuras, sin ustedes esta experiencia no hubiese sido igual, siempre los llevare en mi corazón.

Por: Wilder Alberto Ramos Custodio

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad de San Carlos de Guatemala
Por ser nuestra alma mater y abrirnos las puertas para poder representarla con honor y responsabilidad.

A la Escuela de Ciencias Psicológicas
Por permitir transitar por sus aulas formadoras y proporcionarnos del conocimiento y herramientas que nos permitirán desarrollarnos como profesionales.

A nuestro asesor de tesis Allan Rodrigo Hernández Funes
Por compartir sus conocimientos y experiencia, por su calidad humana.

A nuestra revisora de tesis Ninfa Cruz Oliva
Gracias por sus consejos, correcciones y experiencia compartida.

A todo el personal docente
Porque a lo largo de todo nuestro proceso formativo han dejado sus huellas del saber y con su paciencia y dedicación contribuyeron en gran medida para alcanzar esta meta.

Al Sanatorio Antituberculoso San Vicente
Por abrirnos las puertas para realizar nuestro trabajo de campo. En especial a la Doctora Edelfi Judith García por su amabilidad, consejos y experiencia en especial por su calidad humana. A la Doctora Blanca Valenzuela por su accesibilidad y comprensión en nuestro proceso. A la Psicóloga Julia Tay. Por sus consejos y paciencia. ¡Muchas Gracias!

A los pacientes
Que Dios bendiga sus vida les de consuelo, resignación y fortaleza a lo largo de tan duro padecimiento. Agradecemos su participación en este proceso, sin ellos no hubiera sido posible.

ÍNDICE

Pág.

Resumen

Prólogo

Capítulo I

1. Introducción…..……...…4

1.1. Planteamiento del problema y marco teórico…… ..6

1.1.1. Planteamiento del problema…….. ..6

1.1.2. Marco teórico…… ..8

1.1.2.1. Antecedentes……..8

1.1.2.2. El VIH y/o SIDA……..9

1.1.2.3. Diagnóstico…… 11

1.1.2.4. Conocimiento actual de la enfermedad……12

1.1.2.5. Historia del VIH y/o SIDA……13

1.1.2.6. VIH y SIDA en Guatemala……...17

1.1.2.7. VIH y SIDA aspectos sociales……19

1.1.2.7.1 Respuesta nacional al VIH…… 19

1.1.2.8 VIH y SIDA, Derechos Humanos……22

1.1.2.9. Las relaciones entre el VIH y/o SIDA y los Derechos Humanos…… 25

1.1.2.10. VIH-SIDA y la relación laboral…… 27

1.1.2.11. La Discriminación…..…… 31

1.1.2.12. Estigma y discriminación en Guatemala……..……36

1.1.2.13. Afecciones físicas del VIH y SIDA……...38

1.1.2.14. VIH y SIDA y sus efectos en las emociones…..……39

1.1.2.15. Estado emocional y conductual……42

1.1.3. Hipótesis……47

1.1.4. Delimitación…… 47

Capítulo II

2. Técnicas e instrumentos…….. 48
2.1. Técnicas de muestreo…… 48
2.2. Técnicas de recolección de datos…… 48
2.2.1. Observación……48
2.2.2. Entrevista …… 48
2.3. Instrumentos……49
2.3.1. Observación…….. 49
2.3.2. Cuestionario……..49
2.3.3. Escala de mecanismo de defensa……50
2.4. Técnicas de análisis de datos…….....51

Capítulo III

3. Presentación, análisis e interpretación de los resultados……52
3.1. Características del lugar y de la población…….. 42
3.1.1. Características del lugar…….. 52
3.1.2. Características de la población…… 52
3.2. Análisis cualitativo..……..…… 53
3.3. Análisis cuantitativo.……..... 62

Capítulo IV

4. Conclusiones y recomendaciones……...72
4.1. Conclusiones……..…… 72
4.2. Recomendaciones…….. 74

Bibliografía…….. 76
Anexos

RESUMEN

“Secuelas psicológicas derivadas de la discriminación laboral en pacientes portadores de VIH y/o SIDA del Sanatorio Antituberculoso San Vicente”.

Autores: Walter Aníbal Pérez Urrea y Wilder Alberto Ramos Custodio

En el presente trabajo de investigación se tuvo como principal objetivo identificar los efectos psicológicos causados por la discriminación laboral hacia personas portadoras de VIH y/o SIDA. Describir los efectos psicológicos de mayor incidencia causados por la discriminación laboral hacia personas portadoras de VIH y/o SIDA e identificar los mecanismos de defensa utilizados por las personas infectadas de VIH y/o SIDA y con ello contrarrestar los efectos causados por el estigma y la discriminación. De la misma manera se pretendían identificar los beneficios de la integración a nivel psicosocial de los portadores de VIH y/o SIDA al ambiente laboral, determinar la forma de enfrentar los cambios de vida a nivel psicosocial, laboral, familiar y personal de los portadores de VIH y/o SIDA, e indagar sobre los métodos o mecanismos que las personas infectadas de VIH y/o SIDA utilizan para el manejo y control de sus emociones y sentimientos ante su diagnóstico. Las variables trabajadas son: el VIH y/o SIDA y principalmente la discriminación laboral que consiste en la segregación de personas infectadas debido a la falsa creencia de un posible contagio o bien por el bajo rendimiento laboral respecto a las personas no infectadas. La población atendida estuvo comprendida por 40 personas infectadas de VIH y/o SIDA, de 15 a los 60 años. Para la recolección de datos se utilizaron diversas técnicas e instrumentos como la entrevista la encuesta y escalas de medición. Se trabajó con un enfoque Existencial-Humanista. El estudio pretende dar respuesta a las siguientes interrogantes:¿Cuáles son los efectos psicológicos de mayor incidencia que presentan las personas portadoras de VIH y SIDA que han sufrido de discriminación laboral? ¿De qué manera enfrentan las personas infectadas de VIH y/o SIDA el estigma y la discriminación laboral? ¿Cuáles son los beneficios a nivel psicosocial de la integración de los portadores de VIH y SIDA al ambiente laboral? ¿De qué manera enfrentan las personas portadoras de VIH y/o SIDA los efectos a largo plazo que están relacionados con sus habilidades psicomotoras, posibles cambios de papeles, relaciones interpersonales y en ocasiones modo de vida? Y por último ¿Cuáles son los métodos o mecanismos utilizados por las personas portadoras de VIH y/o SIDA para el manejo o control de sus emociones y sentimientos.

Con la presente investigación se concluye que los pacientes victimas de VIH y/o SIDA sufren de segregación social, aislamiento y rechazo por mencionar algunos, información que será ampliada en el capitulo tres.

PRÓLOGO

En la actualidad a nivel mundial existen tratados y leyes que amparan a las personas portadoras de VIH y/o SIDA y los protegen de todas las formas posibles de estigmatización y discriminación. Guatemala no es la excepción, en los últimos años se ha avanzado en materia legal en el país para proteger a las personas que han sido víctimas de estas pandemias, pero a pesar de ello existe aún mucha estigmatización con respecto a la enfermedad. Derivado del estigma que rodea a las personas que son seropositivo, llega la discriminación y se comienza a segregar, tachar e incluso rechazar a las personas que padecen de VIH, principalmente en los ámbitos laborales.

"La mayoría de los Estados Latinoamericanos han ratificado el Convenio 111 de la Organización Internacional de Trabajo, (OIT) sobre discriminación en el empleo y la ocupación que los obliga a formular y aplicar una política nacional orientada a promover, por métodos ajustados a las condiciones y a las prácticas nacionales, la igualdad de oportunidades y de trato en esa materia a fin de eliminar cualquier acto discriminatorio al respecto de personas infectadas con VIH y/o SIDA. Sin embargo, no todas las leyes nacionales contienen disposiciones específicas sobre discriminación en el empleo.

En el caso de Guatemala, se supone que ningún empleador puede solicitar dictámenes y certificaciones médicas relacionadas con la infección del VIH a los trabajadores para los efectos de conservar o terminar una relación laboral, al contraparte de ello es que por medidas de seguridad en todos los posibles empleos es requisito indispensable llevar entre la documentación requerida la tarjeta de sanidad o tarjeta de salud, ésta se debe llevar reciente, la misma la entregan de forma gratuita los centros de salud si y solo si el candidato lleva sus muestras de laboratorio.(de las cuales es el candidato quien debe costearlas).[1]

[1]Organización Panamericana de la Salud. SIDA Perfil de una epidemia. Publicación Científica # 514. 1989. Pág. 305.

Por tal razón el presente estudio de investigación, muestra los efectos que causa la discriminación laboral. Específicamente a los pacientes internos y de consulta externa del Sanatorio Antituberculoso San Vicente. Institución que abrió las puertas y facilitó el acceso a la información y a los pacientes portadores de VIH y/o SIDA.

El presente estudio evaluó las principales causas de discriminación, encontrando que en su mayoría se debe al poco conocimiento y educación respecto a la enfermedad, información que será ampliada en el capítulo tres del informe.

La condición de enfermedad de VIH y/o SIDA limita al paciente en distintas formas, estas podrían organizarse en lo personal, lo familiar, lo social y el ámbito laboral objeto de estudio del presente trabajo, pero además a todo lo descrito anteriormente se agrega la ausencia de espacios adecuados para la atención de forma integral sea ésta desde lo físico-médico hasta lo psicológico-emocional.

Es por ello que cada día es más notoria la necesidad de promover y abrir espacios adecuados para la atención de pacientes portadores de VIH y/o SIDA. Necesidad que se ve agrandada si los profesionales de la salud mental no tienen las herramientas, el equipo e instalaciones apropiadas para el acompañamiento y aun en peores circunstancias, sino reciben el entrenamiento y la capacitación adecuada que les permita dar una atención integral a los pacientes.

Así mismo agradecemos la amable participación y la accesibilidad que los pacientes seropositivos del Sanatorio Antituberculoso San Vicente tuvieron con los investigadores y la valiosa información proporcionada para darle forma y sentido a este informe y con esto alcanzar los objetivos del mismo.

CAPÍTULO I

I. INTRODUCCIÓN

En la actualidad las condiciones laborales para la población refleja una problemática a nivel nacional, basta con ver los noticieros, las estadísticas representadas por el Instituto Nacional de Estadística (INE) y el Ministerio de Trabajo. Esta realidad nacional cada vez se vuelve más compleja y peor aun si se posee alguna limitante a nivel académico, a nivel físico o bien a nivel de salud, como lo es el VIH y/o SIDA.

En Guatemala el VIH y/o SIDA se ha incrementado debido a la migración de personas que intentan alcanzar el sueño americano, ya que el lugar estratégico en que se encuentra ubicado el país, es utilizado como puente de centroamericanos, sudamericanos e incluso inmigrantes africanos y asiáticos, que al ver frustrado su intento de migración deciden instalarse en el país. Situación que eleva los índices de desempleo, provocando a su vez en muchos casos se promueva y aumente la prostitución, por ende las estadísticas de personas infectadas de VIH y/o SIDA se incrementan.

Considerando que un colaborador físicamente sano puede ser productivo, si éste ve afectada su emocionalidad su productividad puede reducirse; los portadores de VIH y/o SIDA al ser víctimas de discriminación y estigmatización, laboral sufren efectos devastadores tales como: rechazo, maltrato psicológico, desconfianza, e incluso despido y junto a eso se ven afectados en áreas tan importantes como lo personal, familiar y social; éstos en gran medida se aíslan, se menosprecian, esconden su diagnóstico, etc. Realidad que será ampliada en el capítulo tres de la presente investigación.

El presente estudio se llevó a cabo en el Sanatorio Antituberculoso San Vicente, institución que abrió sus puertas para poder realizar la recolección de los datos respectivos con pacientes portadores de VIH y/o SIDA. El objetivo principal de la presente investigación fue,identificar los efectos psicológicos causados por la discriminación laboral hacia personas portadoras de VIH y/o

SIDA. De la misma forma se pretendió que a través de la utilización de diversas técnicas e instrumentos se alcanzaran los siguientes objetivos específicos; describir los efectos psicológicos de mayor incidencia causados por la discriminación laboral hacia personas portadoras de VIH y SIDA,identificar los mecanismos de defensa utilizados por las personas infectadas de VIH y/o SIDA para contrarrestar los efectos causados por el estigma y la discriminación, identificar los beneficios de la integración a nivel psicosocial de los portadores de VIH y SIDA al ambiente laboral, determinar la forma de enfrentar los cambios de vida a nivel psicosocial, laboral, familiar y personal de las personas portadoras de VIH y/o SIDA e indagar sobre los métodos o mecanismos que las personas infectadas de VIH y/o SIDA utilizan para el manejo y control de sus emociones y sentimientos ante su diagnóstico.

En el presente estudio se manejaron dos variables fundamentales, la primera, secuelas psicológicas entendiéndose éstas como; tendencias al enojo, la tristeza, la depresión, el aislamiento, etc., la segunda variable el área laboral traduciéndose ésta como; el abandono laboral, bajo rendimiento laboral, estigmatización, desconfianza, limitaciones de oferta laboral, mismas que serán ampliadas dentro del marco teórico.

Para darle coherencia y facilidad de comprensión al presente trabajo se ha ordenado de la siguiente forma: en el capítulo I se plantea la problemática y se presenta el marco teórico así como la hipótesis y la delimitación del estudio. En el capítulo II sedescriben las técnicas e instrumentos utilizados durante la investigación, así como también las técnicas de análisis de datos. Ya en el capítulo III se encuentra la presentación, el análisis e interpretación de los resultados obtenidos. Y por último en el capítulo IV están las conclusiones y las recomendaciones respectivas al presente estudio.

1.1. Planteamiento del problema y marco teórico

1.1.1. Planteamiento del problema

La discriminación es la responsable del abuso y la negación a los derechos humanos universales de los portadores y en la mayoría de los casos les es negado el acceso a la salud, a la educación, a la participación social y sobre todo al trabajo. Aunque existen leyes que regulan esta situación y obligan al sector económico laboral a generar alternativas, este mismo ha tomado las leyes de forma somera generando políticas internas que favorecen la segregación de la población afectada. Políticas aplicadas a procesos de selección y contratación de personal, evaluación de desempeño y formación afecta directamente a los infectados y enfermos de VIH y/o SIDA. Debido a que esta es una realidad que se ha querido ignorar, se ve en la necesidad de abordar profundamente los efectos que causa la discriminación laboral.

El VIH y/o SIDA menoscaban los derechos fundamentales en el trabajo, sobre todo debido a la discriminación y el rechazo al cual es objeto la gente que vive con el virus o se ve afectada por el mismo. La epidemia y sus efectos aumentan, por ende las desigualdades de trato existentes entre hombres y mujeres, que exacerban el problema de la discriminación en el sector laboral. En elambiente laboral existen obligaciones internacionales adquiridas a raíz de acuerdos suscritos, y especialmente aquellas referidas a evitar y sancionar toda forma de discriminación; tienen especial importancia la ley general para el combate del Virus de Inmunodeficiencia Humana VIH y del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida SIDA y de la promoción, protección y defensa de los Derechos Humanos ante el VIH-SIDA.

Esta discriminación afecta a nivel personal debido a la baja autoestima que se crea en la persona infectada por el “qué dirán” “no me aceptaran” hasta llegar al punto de culpabilizarse a sí mismo, creyendo que lo que le pasa en ese momento de la vida es lo “justo” por su “mal actuar”, se detecta igualmente las consecuencias psicosociales que contraer una infección de esta naturaleza

conlleva, debido a los barreras mentales de una sociedad con ideas erradas respecto a la enfermedad en mención, creyendo que el hecho de compartir y/o utilizar un utensilio de una persona infectada se contraerá la misma infección, así mismo en el círculo familiar también se ve una gran consecuencia negativa ya que en el mismo ámbito hay personas que por creencias religiosas o por la negación misma, no acepta ni tolera el hecho que un integrante de la familia este infectado de VIH y/o SIDA, en consecuencia esto es un todo que desemboca negativamente en el sector laboral, ya que una vez se detecta o se identifica a una persona laboralmente activa con una infección de esta naturaleza pueden iniciarse las críticas, señalamientos, marginaciones, especulaciones, entre otros, respecto al bajo rendimiento laboral de la persona, tomando en cuenta que las empresas necesitan personal potencialmente activo, con sus cinco sentidos enfocados al cumplimiento de metas y objetivos estratégicos propios de la organización, por ende ven como una deficiencia tener en sus filas personas que padecen esta enfermedad, es por ello que se han tomado en consideración y se pretende dar respuesta a las siguientes interrogantes; ¿Cuáles son los efectos psicológicos de mayor incidencia que presentan las personas portadoras de VIH y SIDA que han sufrido de discriminación laboral? ¿De qué manera enfrentan las personas infectadas de VIH y/o SIDA el estigma y la discriminación laboral? ¿Cuáles son los beneficios a nivel psicosocial de la integración de los portadores de VIH y SIDA al ambiente laboral? ¿De qué manera enfrentan las personas portadoras de VIH y/o SIDA los efectos a largo plazo que están relacionados con sus habilidades psicomotoras, posibles cambios de papeles, relaciones interpersonales y en ocasiones modo de vida? Y por último ¿Cuáles son los métodos o mecanismos utilizados por las personas portadoras de VIH y/o SIDA para el manejo o control de sus emociones y sentimientos frente a su diagnóstico?

1.1.2. Marco teórico

1.1.2.1. Antecedentes

Al presente trabajo lo anteceden muchas investigaciones que centran su atención en la emocionalidad que las personas desarrollan después de recibir un diagnóstico tan devastador como lo es el del VIH y/o SIDA tal es el caso del estudio que realizaron las licenciadas Carolina del Carmen Cordón y María de los Ángeles Miranda en el año 2009, este lleva por título *"Reacciones emocionales que experimentan las personas viviendo con VIH-SIDA (PVVS), según su género en el Hospital General San Juan de Dios".* Si bien es cierto, la investigación realizada centra su atención en las emociones de personas con VIH y/o SIDA la diferencia entre ambas investigaciones, radica en que la presente investigación tiene como clave trabajar esa emocionalidad junto con la discriminación y rechazo que se vive en los ambientes laborales. Si bien la investigación de Cordón y Miranda describe muchas de las emociones que se abordan en la presente investigación, es de suma importancia estudiar cómo éstas se intensifican al momento que las personas infectadas son discriminadas y marginadas de un trabajo que poseen o que podrían desarrollar pero al cual no pueden optar debido a su diagnóstico.

Así mismo en el año 2002 se realizó la investigación que lleva por título; *"Los diferentes grados de depresión observados en pacientes que padecen del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida."* Por las psicólogas Ana Silvia Marta Carolina del Socorro Girón Álvarez y Sandra Denice Estrada Rojas, que tenida como principal objetivo el establecer los grados de depresión que presentaban las personas portadoras de VIH/SIDA. Al concluir la investigación las investigadoras por medio de la valorización psiquiátrica de Hamilton, concluyeron que los niveles de depresión en su mayoría van desde altos a muy altos. Si bien esclarecer los niveles de depresión que afectan a personas seropositivas es muy importante para la presente investigación, también es importante recalcar las

palabras claves del presente trabajo, que abarcan los efectos que son causados por la discriminación laboral.

En el año 2004 se realizó la investigación; *"La discriminación en materia laboral para trabajadores con Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida "SIDA"."* Por la psicóloga Rocío Siomara Miranda Fuentes; si bien la investigación realizada por Miranda Fuentes es muy similar en cuanto a título, como bien se puede observar que se aborda la discriminación en materia laboral, existen algunas diferencias entre ambos trabajos y estas radican en que en el presente trabajo de investigación se presente abordar temas de discriminación laboral y como afecta ésta a nivel psíquico y social a los pacientes portadores de VIH y/o SIDA y como se desarrollan diversos efectos psicológicos y emocionales en los pacientes que sufre discriminación laboral, así mismo como se agrava su situación por estas secuelas derivadas de la discriminación laboral.

1.1.2.2. El VIH y/o SIDA

"Las células CD4 son un tipo de linfocito (glóbulo blanco). Son una parte importante del sistema inmune. Hay dos tipos principales de células CD4. Las células T-4 o CD4 son las células "ayudantes," las que dirigen el ataque contra las infecciones. Las células T-8 o CD8 son las células "supresoras," las que finalizan una respuesta inmunológica. Las células CD8 también pueden ser "asesinas," que matan a células cancerosas y a células infectadas por virus.Los investigadores pueden diferenciar las diversas clases de células CD4 gracias a proteínas específicas que se encuentran en la superficie de la célula. La T-4 es una célula con moléculas CD4 en su superficie. Este tipo de célula T se llama "CD4 positiva" o CD4+.

El VIH infecta a menudo las células CD4. El código genético del virus se incorpora en las células. Cuando las células CD4 se multiplican para combatir infecciones, hacen más copias del VIH. Cuando alguien ha estado infectado con el VIH pero no ha empezado el tratamiento, el número de células CD4

disminuye. Este es un signo de que el sistema inmune se ha debilitado. Cuanto más bajo sea el recuento de células CD4, más posibilidades hay que la persona se enferme.

Existen millones de familias diferentes de células CD4. Cada familia está diseñada para combatir a un tipo específico de germen. Cuando el VIH disminuye el número de células CD4, algunas de esas familias pueden desaparecer. Usted puede perder la capacidad de combatir algunos de los gérmenes para los que dichas familias estaban diseñadas. Si eso sucede usted puede desarrollar una enfermedad oportunista".[2]

El ser humano, a lo largo de las generaciones ha luchado por preservar la especie humana, esto con la finalidad de poder preservar la salud, la naturaleza, el medio ambiente y sobre todo la vida, esta última para poder ser disfrutada al máximo requiere de cuidados, que van desde lo general hasta lo más específico, cada órgano del cuerpo, cada tejido y por ende el combustible de todo ser humano la sangre, en ella encontramos las células llamadas CD4 estas son las responsables de crear defensas a lo largo de la vida del ser humano, para crear anticuerpos que en su momento serían para mantener un equilibrillo en una vida sana. La sangre tiene un enemigo latente el Síndrome De Inmunodeficiencia Humana VIH esta vuelve a la persona presa fácil de infecciones, que en su momento pueden ser inofensivas respecto a personas ¨sanas¨, este virus ataca específicamente las células CD4 estas a su vez se reproducen rápidamente, esta producción acelerada de dichas células provoca que se agoten los recursos para crear las defensas en el cuerpo del ser humano y éste por ser una ¨máquina perfecta¨ responde produciendo una mayor cantidad de células CD4, hasta llegar al punto de frenar su producción, reduciéndose la cantidad adecuada en el ser humano, es allí donde se puede hablar de un diagnóstico de una persona seropositiva, o sea una persona infectada por VIH.

[2]University of New Mexico Health Sciences Center and the International Association of Providers of AIDS Care The AIDS InfoNet is a project of the New Mexico AIDS Education and Training Center. Mayo 2014. Pág. 124.www.aidsinfonet.org

1.1.2.3. Diagnóstico

"Cuando el VIH ingresa en el cuerpo, pasa al interior de los glóbulos blancos que se llaman "linfocitos CD4". El VIH toma el control de las células CD4 y fabrica miles de millones de copias de sí mismo cada día. Las nuevas células se propagan por el cuerpo.

El cuerpo intenta defenderse del VIH fabricando:

1. *Anticuerpos (estos se conectan con el virus e impiden que fabrique virus nuevos).*
2. *Células especiales que se llaman macrófagos y células T asesinas naturales.*

Estas células lo ayudan a librarse de algunos de los virus nuevos. Si en la sangre aparecen anticuerpos contra el VIH, se sabrá que el cuerpo está intentando protegerse de la infección por el VIH que ha contraído. Sin embargo, por lo general transcurren varios meses antes de que el cuerpo fabrique anticuerpos en una cantidad suficiente para que puedan medirse.

Por lo tanto, cuando se contrae la infección por el VIH, no se tiene en la sangre anticuerpos contra el VIH en una cantidad suficiente para medirlos, de modo que esta prueba no puede proporcionar un diagnóstico.

Sin embargo, cuando se presentan síntomas de VIH, sí tiene un nivel alto de ARN (ácido ribonucleico)del VIH presente en la sangre (el ARN se fabrica cuando el virus está activo), una prueba de la "carga viral" puede medir esto. Esta prueba indica al médico que el motivo por el cual se siente indispuesto es que tiene el VIH.

En primer lugar, el médico realiza pruebas para ver si se tiene la infección por el VIH. Se le analiza la sangre mediante una prueba ELISA (de las siglas en inglés, Ensayo por Inmunoabsorción Ligado a Enzimas). Si esta prueba arroja un resultado positivo para el VIH, se analiza nuevamente la sangre mediante la prueba de inmunotransferencia. Si ambas pruebas arrojan resultados positivos, se le diagnostica la infección por el VIH.

Hay tres factores que indican que una persona con infección por el VIH ha desarrollado SIDA. Si uno o más de los siguientes factores están presentes, la persona tiene SIDA:

- *Un recuento de células CD4 de menos de 200 por milímetro cúbico de sangre.*
- *Un porcentaje de células CD4 de menos del 14%.*
- *Una enfermedad indicativa de SIDA.*

Una enfermedad indicativa de SIDA es un problema médico diagnosticado por un médico que se produce en personas que tienen la infección por el VIH avanzada. Hay alrededor de 25 problemas médicos que se consideran enfermedades indicativas de SIDA. Incluyen afecciones como neumonía por Pneumocystis(es un hongo patógeno, oportunista, extracelular, que parasita el árbol respiratorio del ser humano), el sarcoma de Kaposi (es un tumor maligno del endotelio linfático), y el síndrome consuntivo. Si una persona que tiene la infección por el VIH desarrolla una enfermedad indicativa de SIDA, esa persona tiene SIDA.[3]

1.1.2.4. Conocimiento actual de la enfermedad

El VIH está emparentado con otros virus que causan enfermedades parecidas al SIDA. Se cree que este virus se transfirió de los animales a los humanos a comienzos del siglo XX. Existen dos virus diferenciados que causan sida en los seres humanos, el VIH-1 y el VIH-2. Del primero la especie reservorio son los chimpancés, de cuyo virus propio, el SIVcpz, deriva. El VIH-2 procede del SIVsm, propio de una especie de monos de África Occidental. En ambos casos la transmisión entre especies se ha producido varias veces, pero la actual pandemia resulta de la extensión del grupo M del VIH-1, procedente según estimaciones de una infección producida en África Central, donde el virus

[3]BL Perlmutter, M.D., Ph.D., et. al. How to Recognize and Treat Acute HIV Syndrome (*American Family Physician*).04/14. s/p. es.familydoctor.org

manifiesta la máxima diversidad, en la primera mitad del siglo XX.

La pandemia actual se especula que arrancó en África Central, pero pasó inadvertida mientras no empezó a afectar a población de países ricos, en los que la inmunosupresión del SIDA no podía confundirse fácilmente con problemas causados por las condiciones de miseria en países en vías de desarrollo o debida a otras causas, sobre todo para sistemas médicos y de control de enfermedades muy dotados de recursos. [4]

Del SIDA se cree que es un virus que ha sido transmitido a la raza humana por medio de prácticas sexo-genitales entre hombres con animales, específicamente los monos de los cuales tenemos en primer lugar una especie llamada reservorio que en sí son los chimpancés, éstos a su vez tienen en su organismo el virus conocido como VIH1, dicho virus no es dañino en dicho chimpancé, por ser parte de su sistema inmunológico sin embargo si afecta de gran manera a la raza humana, éste virus conocido como SIVcpz, por otro lado se cree que el VIH-2 procede del SIVsm, éste es de una especie de monos de África Occidental se cree que también fue transferido al ser humano, en un principio se creía que dicho virus era un resultado de las mala prácticas de higiene y/o descuido personal de la región africana, en ese tiempo no se le dio la importancia a dicho virus así como la que en la actualidad se le da, debido a que éste virus no había afectado a los países más desarrollados, al momento de detectarse casos de SIDA fuera de África, se da la alerta de buscar más información respecto a dicho virus, evolución, consecuencias y modo de su transmisión, en ese momento los ojos del mundo se vuelve a los países desarrollados y ya no en centrada la atención solo en el continente africano.

1.1.2.5. Historia del VIH y/o SIDA

"La infección del Virus De Inmunodeficiencia Humanas del VIH tuvo registro oficialmente el 5 de junio de 1981, cuando un grupo de doctores

[4]ARELLANO, Luis Manuel, Arturo Cosme Valdez. Estigma y discriminación a personas con VIH. 5 Textos del caracol. México. 2008. Pág. 9.

especializados en salud preventiva de Estados Unidos convocaron una conferencia de prensa donde describieron cinco casos de personas con neumonía por Pneumocystis Carinii esto dado en la ciudad de Los Ángeles. Al mes siguiente se constataron varios casos de Sarcoma de Kaposi, que es considerado un tipo de cáncer de piel.

Pese a los conocimientos médicos de cada uno de los doctores participantes, el hecho de que tanto la neumonía por Pneumocystis Carinii y el Sarcoma de Kaposi, se dieran al mismo tiempo en varios pacientes les llamó la atención, particularmente porque la mayoría de estos pacientes eran hombres homosexuales sexualmente activos, que además también sufrían de otras enfermedades crónicas que posteriormente se les demonio oportunistas. Las pruebas sanguíneas que se les hicieron a estos pacientes mostraron que carecían del número adecuado de un tipo de células sanguíneas llamadas T CD4+ (menos de 200 por litro de sangre). La mayoría de estos pacientes murieron en pocos meses. En 1983 un grupo de nueve hombres homosexuales infectados de SIDA en la ciudad de Los Ángeles, que habían tenido distintas parejas sexuales activas en común, incluyendo a otro hombre en la ciudad de Nueva York que mantuvo relaciones sexuales con tres de ellos, sirvieron como base para establecer un patrón de contagio típico de las enfermedades infecciosas. Esto debido al intercambio contante de parejas en la intimidad, así mismo en 1984 se creía que el SIDA era una enfermedad básicamente epidemiológica. Posteriormente surgen otras teorías en las cuales destaca que debido al excesivo uso de drogas, en ese lapso de tiempo el intercambio de jeringas re-utilizadas, algunas de las mismas ya podrían estar infectadas, por ende era más fácil poder adquirir dicha infección, a eso se le suma la alta actividad sexual con diferentes parejas que igualmente ya podrían estar infectadas de SIDA y era en ese momento que se incrementaba cada vez más la población con dicha infección. De igual forma se planteó que la inoculación del semen en el recto durante la práctica de sexo anal, combinado con el uso de

inhalantes con nitrito llamados poppers, producía supresión del sistema inmune en los seres humanos, es importante enfatizar que pocos especialistas en el tema salud tomaron en serio estas teorías, aunque algunas personas todavía las promueven y niegan que el SIDA sea producto de la infección del VIH.

La teoría más reconocida actualmente, sostiene que el VIH proviene de un virus llamado «Virus De Inmunodeficiencia en Simios» (VIS, en inglés), el cual es idéntico al VIH y causa síntomas similares al SIDA en otros primates.

Cuando fueron detectados los primero casos confirmados de personas portadores de SIDA las personas eran aisladas por la comunidad, los amigos e incluso la familia, esto a consecuencia a que las personas tenían una idea errónea de la forma de adquirir la infección, era mucha la desconfianza y el miedo que hasta los primero casos de niños que tenían SIDA no eran aceptados por las escuelas debido a las protestas de los padres de niños, sin esta infección. En un principio la comunidad homosexual fue culpada de la aparición y posterior expansión del SIDA en Occidente. Incluso algunos grupos religiosos llegaron a decir que el SIDA era un castigo de Dios a los homosexuales por las prácticas sexuales que estos tenían entre sí, (esta creencia aún es popular entre ciertas minorías de creyentes cristianos y musulmanes). Otros señalan que el estilo de vida «depravado» de los homosexuales era responsable de la enfermedad debido al intercambio de personas con las que tenían intimidad, obviamente esto sin protección ya que en ese tiempo no se conocían los métodos anticonceptivos o por lo menos los existentes únicamente los usaban con fines de evitar embarazos no deseados, entiéndase hombre mujer, más no lo tenían como un elemento que podía ser utilizado para evitar la propagación del virus que para ese tiempo ya era considerado una pandemia . Aunque en un principio el SIDA se expandió rápidamente en la comunidad homosexual, y que la mayoría de los homosexuales que padecían esta enfermedad eran originarios del Occidente de África, la contraparte y un dato muy importante se da que la mayoría de las

infecciones en el centro de África se daba principalmente por vía heterosexual, esto le puso hasta cierto punto un ¨freno¨ a la errada creencia que este virus era exclusivo del ámbito homosexual y/o que era un castigo divino, esta expansión fue más allá del continente africano, tocando tierras del Caribe y posteriormente la región asiática.

Personas con VIH pueden llevar una vida normal, la correspondiente a una enfermedad crónica, sin las infecciones oportunistas características del SIDA no tratado ya que muchas personas ignoran que son portadores de dicha infección, así mismo los antirretrovirales están disponibles mayormente en los países desarrollados y no así en países como el de su origen que es en África y/o países sub-desarrollados o en vías de desarrollo, hay que resaltar la importancia que la disponibilidad en los países en desarrollo está creciendo, sobre todo en América Latina; pero en África, Asia y Europa Oriental muchas personas todavía no tienen acceso a esos medicamentos, por lo cual desarrollan las infecciones oportunistas y mueren algunos años después de la seroconversión".[5]

En un principio se creía que el SIDA era un virus exclusivo que afectaba solamente a la comunidad homosexual africana, esto debido a que los primeros casos del mismo fueron detectados en la comunidad en mención, sin embargo al pasar el tiempo se determinó que dicho virus no afectaba únicamente a dicha región, así como también se denoto que no afectaba únicamente a la comunidad homosexual, debido a que en ese momento la atención fue centrada en dicha comunidad, se descuidó el crecimiento de infectados bisexuales y heterosexuales en especial el grupo más vulnerable que es el de las amas de casa que nada tienen que ver con esta infección debido a que tenían maridos infieles que en su momento hasta podrían ser bisexuales y debido a ello contraían la infección con un homosexual y así se la transmitían a las esposas en su propia casa, es decir la enfermedad llegaba sola a casa en otras regiones

[5]Organización Panamericana de la Salud. Publicación Científica No. 514. Perfil de una epidemia. Pág. 306.

del continente africano, fue así como sin darse cuenta lo que en un principio empezó como una epidemia se propago a un ritmo desmedido hasta convertirse en una pandemia que además de afectar a África también afecto a otros países como los de América Latina y continentes de los cuales se puede mencionar Asia y Europa Oriental, debido a la propagación del SIDA tanto a nivel geográfico como la evolución del virus dentro del cuerpo humano se desarrolla llego un momento en el cual era casi imposible saber quién sí y quién no estaba infectado por el virus, por ende al detectar a una persona infectada ya era tarde para prevenir por lo menos a la pareja sexualmente activa del infectado, esto para evitar así su contagio. Ahora el SIDA es considerado una pandemia a nivel mundial, que está provocando lo que se conoce como la muerte silenciosa, debido a la baja cantidad de defensas en el cuerpo de la persona infectada cualquier enfermedad oportunista puede llevarlo a la muerte.

1.1.2.6. VIH y SIDA en Guatemala,

"De acuerdo a un reporte del Ministerio de salud en Junio del año 2,004 se habían reportado 7,054 casos de SIDA identificados, más sin embargo algunos expertos en el área de salud predicen que los casos no reportados podrían ser más o menos del 50 por ciento. Dentro de este cincuenta por ciento podrían incluirse los resultados de un estudio realizado por la UNAIDS donde el 20 por ciento de los hombres que tienen sexo con hombres también admiten tener relaciones regulares con sus parejas femeninas sin protección aumentando el riesgo en este grupo de la población la cual se considera no estar en peligro de infectarse y raramente van a buscar cómo hacerse un examen. Otros de los factores que podrían estar afectando la epidemia del VIH y/o SIDA en Guatemala es la falta de confidencialidad con la que se manejan los resultados lo que hace que ésta esté renuente a acudir para recibir los servicios necesarios, aunando el factor económico y la concentración de este tipo de servicios en la Capital, hace menos posible que la población que vive en áreas alejadas de la región

metropolitana acuda y se informe. De acuerdo a estadísticas del Ministerio de Salud la incidencia del VIH y/o SIDA en el departamento de Chimaltenango es baja comparado con otros departamentos como Puerto Barrios, Izabal, Escuintla, Mazatenango, pero esto puede ir en aumento si no se toman las medidas necesarias para controlar el problema, debido a la migración constante de la población en busca de trabajos, comercio etc. Es por eso que ASIDAVI con el fin de descentralizar de alguna manera los servicios se proponen establecer programas de sensibilización, educación a nivel departamental, acompañado de pruebas para la detección de anticuerpos para el VIH. También se contempla dentro de las posibilidades de la asociación ofrecer tratamiento médico contra el VIH en el departamento y sus alrededores".[6]

La región metropolitana de Guatemala, con aglomeración desmedida de personas de distintos lugares, tanto nacionales como extranjeros debido a la migración de turistas y personas que intentan alcanzar el sueño americano, esto se debe al lugar estratégico en el que se encuentra ubicado el país, se toma como un puente para estos intentos de migración, por lo cual muchas personas no solo centro americanos y sudamericanos si no en ocasiones personas de África y Asia tocan suelo nacional con este fin único de llegar a Norteamérica al no lograrlo muchas veces se quedan instalados en Guatemala. Contra todo pronóstico aun es considerada como fuente de empleo, en la que estas personas desarrollan actividades para su subsistencia como comercio formal e informal, pero muchos se dedican a delinquir y al trabajo sexual, este último ha dejado consecuencias negativas por ello los índices de personas contagiadas con VIH y/o SIDA se han elevado, y se fortalece más a causa de falta de información de cómo se contrae la enfermedad, así mismo los factores del no profesionalismo con el que se manejan los resultados de personas que están infectadas con el virus y tabúes que rodean a la enfermedad entre otros.

[6]Fundación Fernando Iturbide. Índice de estigma y discriminación de personas con VIH. Situación epidemiológica del VIH en Guatemala. Guatemala 2011. Pág. 5

1.1.2.7.VIH y SIDA aspectos sociales

1.1.2.7.1Respuesta nacional al VIH

"La respuesta nacional que ha dado la sociedad Guatemalteca en los temas de VIH y/o SIDA ha sido el resultado de la participación del Gobierno y de asociaciones de la sociedad civil, con el apoyo técnico y financiero de agencias de cooperación. Tenemos como primer punto la aprobación del decreto 27-2000 que es la Ley del VIH y/o SIDA declara como un problema social de urgencia nacional. Esta ley crea el Programa Nacional de Prevención y control de Infecciones de Transmisión Sexual, Virus de Inmunodeficiencia Humana y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (ITS/VIH/SIDA.) y (PNP), en el censo realizado en el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) denominada institución gubernamental que implementa las medidas y estrategias necesarias para la educación, prevención, vigilancia epidemiológica, investigación atención y seguimiento de las ITS/VIH/SIDA y que promueve el respeto, protección, y promoción de los Derechos Humanos de las personas afectadas por estas infecciones.

Los planes estratégicos nacionales se vieron elaborados desde el año de de 1999 sobres las ITS el VIH y/o SIDA. Más adelante en julio 2011 fue aprobado el programa nacional correspondiente 2012-2015, su preparación fue coordinada por la comisión nacional multisectorial del SIDA –CONASIDA- y contó con una amplia participación activa de varios sectores de la sociedad incluyendo organizaciones no gubernamentales, los grupos de personas con VIH, el sector privado, las instituciones religiosas, representantes de los pueblos mayas y organismos bilaterales y multilaterales de cooperación, en ese momento se tocaron temas importantes abordados en respuesta al VIH y/o SIDA en Guatemala fueron:

"*Sector salud. La respuesta nacional ante la epidemia de VIH, se fundamenta en el Plan Estratégico Nacional (PEN), que constituye el marco consensuado y orientador de las acciones de prevención, atención integral y*

seguimiento a personas con VIH; dentro de este marco legal que incluye el decreto 27-2000, el reglamento del decreto 27-2000 acuerdo 317-2002 quizás la política pública de VIH, acuerdo gubernativo 638-2005.

Para mejorar las acciones de atención integral ante la epidemia se ha descentralizado la respuesta incrementando el número de servicio de salud que brindan atención especializada para personas con VIH denominadas Unidades de Atención Integral (UAI). A nivel nacional se suman quince (UAI), de las cuales 11 están ubicadas en 8 departamentos de Guatemala; así mismo, once de ellas se ubican en hospitales nacionales.

Aunque el financiamiento en la atención ha ido en incremento muchas de las acciones de las UAI aun reciben apoyo de financiamiento del Fondo Mundial a la fecha la UAI de Huehuetenango funciona con financiamiento cien por ciento nacional. A demás de su propio financiamiento el MSPAS se ha constituido como receptor principal del proyecto auspiciado con recursos del proyecto "Intensificación de las acciones de prevención y atención integral del VIH y/o SIDA en grupos vulnerables y áreas prioritarias de Guatemala del Fondo Mundial; el eje de trabajo es la atención integral, por lo tanto el programa nacional de control de ITS, VIH y SIDA ha incorporado de la guía nacional de atención a personas con VIH, actualmente en proceso de aprobación e impresión, así como el protocolo de nutrición a personas con VIH, la universalización pre y post prueba y la institucionalización de la campaña nacional "Hazte la prueba de VIH", según acuerdo ministerial número 817-2010.

Sector educación. Desde al año 1995 se institucionalizó el comité educadores en prevención del sida –COETSIDA-, programa por medio del cual se han desarrollado diversas estrategias para la prevención de las ITS, VIH y/o SIDA desde el Ministerio de Educación,(MINEDUC) desde el quinto año de educación primaria en el 2010 el Ministerio De Educación, (MINEDUC) incorpora una nueva estrategia de educación integral de la sexualidad, el enfoque de género y la pertinencia cultural, como componentes importantes y prioritarios, de

las políticas educativas, para su implementación en los diferentes niveles y modalidades del sistema educativo.

Así mismo, para cumplir con los acuerdo prevenir con educación, los ministerios de salud y educación firman una carta de compromiso que dinamiza la sinergia entre ambos ministerio para cumplir con los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

Desde el punto de vista legal, Guatemala cuenta con marco jurídico vigente amplio en la protección de los Derechos Humanos y orientador de las acciones necesarias a la respuesta, el más importante es el decreto 27-2000 Ley General para el Combate del Virus de Inmunodeficiencia Humana –VIH- y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida –SIDA- de la promoción, protección y defensa de los derechos humanos ante el VIH y/o SIDA. Esto permite implementar los servicios necesarios para la educación, prevención, vigilancia epidemiológica, investigación, atención y seguimiento de las ITS, el VIH y/o SIDA así como garantizar el respeto, promoción, protección y defensa de los Derechos Humanos afectados por estas enfermedades.

De parte del sector privado sólo hubo respuesta apoyando la realización de actividades educativas, distribución de medios de protección, realización de pruebas de VIH, en su mayoría junto con el apoyo de organizaciones de la sociedad civil.

Recientemente los sectores del banano y del azúcar han aprobado o están en proceso de aprobación su política de VIH, con lo cual sientan un precedente importare en la participación de la iniciativa privada en respuesta al VIH y en la protección de las personas con VIH.

La participación de la sociedad civil desde los primeros casos de VIH, en Guatemala, ha jugado un importante rol en la respuesta al VIH, a través de las acciones de incidencia política para que las personas con VIH y afectadas, tengan mayor acceso a la atención integral, la no violación de los Derechos Humanos, acceso al conocimiento y medios de protección contra el VIH, entre otros; y también en la ejecución de intervenciones de prevención y grupos de

mayor riesgo. Este trabajo impulsado por la sociedad civil ha sido realizado a través de ONG´s e impulsado por redes, alianzas y coaliciones conformadas con el sector público liderado por el PNS y agencias de cooperación".[7]

La respuesta que ha tenido la sociedad en Guatemala respecto al alto índice de personas infectadas con el VIH y/o SIDA se detecta desde lo macro que es por parte de las instancias de gobierno, que hacen lo que está a su alcance, esto según el presupuesto que se maneje en el MSPyAS, así mismo las ONG´S que han hecho una labor en la cual según el financiamiento que se ha logrado tener por las diversas actividades para mantener las mismas, se refleja un alto nivel de atención de personas infectadas, se tiene que ver la otra cara de la moneda en cuanto a la respuesta que la comunidad da en sí respecto a la población que vive con el VIH y/o SIDA. Vemos por un lado, el rechazo del sector heterosexual respecto del homosexual, el machismo respecto a la homofobia, y sobre todo la indiferencia de un país que en pleno siglo veintiuno tiene estructuras mentales erradas hacia el VIH y/o SIDA y sus medios de infección, los tratamientos para cada etapa del SIDA, así como la familia que juega un gran papel en el país respecto a la población infectada con este virus.

1.1.2.8 VIH y SIDA, Derechos Humanos

"En el primer Informe Nacional sobre la situación de los Derechos Humanos, contempla todas las personas, sin importar, su estatus social, económico, académico, portadores y no portadores del virus de VIH, están protegidos por los instrumentos nacionales e internacionales de Derechos Humanos, ya que tanto los portadores, familiares, amigos y sociedad en general de una u otra forma sufren las consecuencias de dicha infección, esto consensuado en el año de dos mil once, según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la asociación Población En Mas Alto Riesgo (PEMAR).

[7]Fundación Fernando Iturbide. Índice de estigma y discriminación de personas con VIH. Situación epidemiológica del VIH en Guatemala. Guatemala 2011. Pág. 8

El informe analizó 231 denuncias reportadas y registradas en organizaciones de la Red Legal y la Alianza Nacional, concluyó que los siete Derechos Humanos afectados son: el derecho a la salud (46.52%), el derecho a la vida e integridad personal (13.16%), el derecho a la seguridad social (13.0%), el derecho al trabajo (9.43%), el derecho a la no discriminación e igualdad ante la ley (9.0%), el derecho a la confidencialidad, vida privada, honra y dignidad (7.0%) y el derecho a la educación (2%)¨ [8].

Así mismo hay que mencionar que tanto la legislación y las políticas nacionales sobre el Virus de Inmunodeficiencia Humana y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH/SIDA) y los Derechos Humanos en América Latina y el Caribe se sustentan en una serie de instrumentos jurídicos y acuerdos de la comunidad internacional, esto a causa de gran discriminación e indiferencia tanto de la población en general como del propio estado, hay que mencionar que en muchas ocasiones no se respetan dichos acuerdos y los portadores del virus por no conocer sus derechos caen en la marginación de sus propios derechos. Es de suma importancia educar a las personas portadoras de este virus, en cuanto a la legislación que existe a su favor y que los protege de toda forma de discriminación y rechazo.

"*Existen también muchas directrices y documentos internacionales en los cuales se aborda el VIH de manera exclusiva o en relación con otros temas. Entre los documentos que plantean y proponen la promoción, garantía y defensa de los Derechos Humanos respecto del VIH, destacan los siguientes:*

- *Declaración Universal de Derechos Humanos de las Naciones Unidas (1948).*
- *Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (1964).*

[8]Segundo informe nacional sobre la situación de Derechos Humanos de las personas con VIH y población con alto riesgo. Conceptos básicos. Guatemala. 2012. Pág. 21

- *Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD), El Cairo (1994).*
- *Plataforma de Acción de Beijing de las Naciones Unidas aprobada en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer: Acción para la Igualdad, el Desarrollo y la Paz, Beijing (1995).*
- *El VIH/SIDA y los Derechos Humanos. Directrices internacionales. Segunda Consulta Internacional sobre el VIH/SIDA y los Derechos Humanos, Naciones Unidas (1998).*
- *Declaración del Milenio de las Naciones Unidas presentada en la Cumbre del Milenio (2000).*
- *Declaración de Compromiso en la Lucha contra el VIH/SIDA aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas (2001).*
- *Repertorio de Recomendaciones Prácticas de la OIT sobre el VIH/SIDA y el Mundo del Trabajo (2001).*
- *Protocolo para la Identificación de Discriminación contra las Personas que Viven con el VIH del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) (2001).*
- *"Prevención del VIH/SIDA", Informe Anual del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) (2002).*
- *El VIH/SIDA y los Derechos Humanos. Directrices Internacionales. Sexta Directriz Revisada, Naciones Unidas (2002).*

Todos estos instrumentos recogen los lineamientos generales, las estrategias globales y los compromisos asumidos por los Estados Unidos, los organismos bilaterales y multilaterales y la sociedad civil. (Notas de Población. N°85 • CEPAL) [9]

Los avances que se han logrado a lo largo de la historia y sobre todo los más recientes se pueden mencionar que en el año 2000, con la Declaración del Milenio, se incluyó entre los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) una meta

[9]Segundo informe nacional sobre la situación de derechos humanos de las personas con VIH y población con alto riesgo. Conceptos básicos. 2012. Pág. 21.

específica para combatir el VIH/SIDA, estimándose que en 2015 se habrá detenido y comenzado a reducir la propagación de esta pandemia. En dicha declaración también se solicita prestar especial asistencia a los niños huérfanos por causa del VIH/SIDA, será hasta el próximo año dos mil quince, que se hará un nuevo estudio para poder verificar los avances que se han tenido en Guatemala respecto a este tema, que como se ha mencionado en más de una ocasión afecta directa o indirectamente a la sociedad en general.

Hay que tomar en cuenta que en 2001 se aprobó la Declaración de Compromiso en la Lucha contra el VIH/SIDA, en la cual se señala que la garantía y el disfrute de los Derechos Humanos y de las libertades fundamentales de todos los seres humanos, que es indispensable para reducir la vulnerabilidad a este mal que gana cada día más terreno en poblaciones como la del país y de las cuales hasta cierto punto se ha dejado en el olvido las más vulnerables, en aquellas donde la información concerniente al tema del VIH y/o SIDA aun no llega y es tan común tener relaciones sexo-genitales sin protección de ninguna clase por ende dicho acuerdo, que al ser cumpliera a cabalidad lograría su objetivo principal que se constituirse en una respuesta humanitaria y eficaz a los desafíos que plantea la epidemia en cada país, comunidad y sociedad.

1.1.2.9. Las relaciones entre el VIH y SIDA y los Derechos Humanos

Cada una de las personas tiene derechos y responsabilidades tomándolos desde el punto de vista individualista, los Derechos Humanos son atributos inherentes a todas las personas, sin distinciones de edad, raza, sexo, nacionalidad o clase social, y tienen las siguientes características que son ineludibles:

- "*Son universales: inherentes a todas las personas en todos los sistemas políticos, económicos y culturales;*

- *Son irrenunciables: no pueden traspasarse a otra persona ni renunciarse a ellos;*
- *Son integrales, interdependientes e indivisibles: se relacionan unos con otros, forman un todo —civiles, políticos, económicos, sociales y culturales— y no puede sacrificarse un derecho para privilegiar a otro, y*
- *Son jurídicamente exigibles: al estar reconocidos por los Estados Unidos en la legislación internacional y nacional, puede exigirse su respeto y cumplimiento.*[10]

Cabe hacer énfasis en que cuando los estados ratifican los tratados o convenciones internacionales en materia de derechos humanos, tienen la obligación de respetar y garantizar el cumplimiento de los compromisos adquiridos, Guatemala no es la excepción de estos, así como se puede ver en muchos lugares y/o centros de atención a personas infectadas con el VIH y/o SIDA no es la adecuada, esto hasta la fecha no se sabe si es por el mal uso de recursos económicos del MSPyAS, o es el gobierno el que no proporciona los recursos económicos para poder sobrellevar el tratamiento de los infectados por el virus en mención, o se tiene la otra cara de la moneda que en este caso sería que la población infectada es mayor a la que se tenía contemplada y faltan registros de las mismas, es allí donde cobra valor el compromiso de Guatemala al asumir la responsabilidad de asegurar que sus leyes, políticas y prácticas nacionales sean compatibles con los derechos humanos.

Hay que hacer notar que en Guatemala, ciertos grupos de personas que no gozan del pleno ejercicio de sus derechos, (muchas veces por no conocerlos) de los cuales se encuentra la población que va desde mujeres, niños, los migrantes, las poblaciones indígenas, los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, las trabajadoras comerciales del sexo y los toxicómanos que se inyectan drogas, son particularmente vulnerables a la infección, ya que no tomas las medidas necesarias de prevención, esto derivado al poco acceso a

[10]BADILLA, Ana Elena. El VIH y los derechos humanos. NOTA DE POBLACION No.85.CEPAL.. Retos de política y legislación. 2007. Pág. 105.

la educación meramente relacionada con el VIH y/o SIDA, los programas de prevención, si hubiesen, hay que hacer remembranza que las mismas son limitadas. Lastimosamente esta limitación se ve reflejada en la falta de información respecto al tema, sino vas más allá de las limitaciones de una persona ya infectada del VIH y/o SIDA, conlleva otras limitaciones como lo son restricción de acceso al empleo, a la vivienda, a la atención de salud y a los servicios sociales.

1.1.2.10. VIH-SIDA y la relación laboral

"La mayoría de los Estados Latinoamericanos han ratificado el Convenio 111 de la Organización Internacional de Trabajo, (OIT) sobre discriminación en el empleo y la ocupación que los obliga a formular y aplicar una política nacional orientada a promover, por métodos ajustados a las condiciones y a las prácticas nacionales, la igualdad de oportunidades y de trato en esa materia a fin de eliminar cualquier acto discriminatorio al respecto de personas infectadas con VIH y/o SIDA. Sin embargo, no todas las leyes nacionales contienen disposiciones específicas sobre discriminación en el empleo. En algunos países, como Costa Rica, solamente se prohíbe todo acto discriminatorio de índole laboral contra cualquier trabajador que padezca el VIH/SIDA lamentablemente la misma aplica si y solo si, el colaborador es infectado cuando ya está activamente laborando en la empresa u organización. En el caso de Guatemala, se supone que ningún empleador puede solicitar dictámenes y certificaciones médicas relacionadas con la infección del VIH a los trabajadores para los efectos de conservar o terminar una relación laboral, al contraparte de ello es que por medidas de seguridad en todos los posibles empleos es requisito indispensable llevar entre la documentación requerida la tarjeta de sanidad o tarjeta de salud, ésta se debe llevar reciente, la misma la entregan de forma gratuita los centros de salud si y solo si el candidato lleva sus muestras de laboratorio.(de las cuales es el candidato quien debe costearlas), en el país vecino, El Salvador, existe

una prohibición que trata de impedir el despido o la desmejora de las condiciones laborales en razón del VIH, mas no la obligación del empleador a contratar a un infectado por el VIH y/o SIDA.

En Panamá, existe La Inspectoría del Trabajo (LIT) que su función es similar al Ministerio de Trabajo de Guatemala, a la cual puede acudir un colaborador laboralmente activo, que ha sido despedido a causa del virus y no por su bajo rendimiento laboral como tal. Pese al trabajo arduo que ejerce la LIT en la práctica continúan los despidos motivados por la sospecha de que las personas están infectadas con el VIH y/o SIDA, y en los países no existen mecanismos adecuados para impedir estos despidos injustificados. Incluso se han comprobado importantes incongruencias entre las leyes específicas sobre el VIH y/o SIDA y las normas laborales, mismas que irónicamente son aprobadas por el Congreso, hay que destacar que cada país tiene su propio código laboral, sin embargo es evidente que los tratado internacionales de derechos humanos se ven cada vez opacados por los Códigos Laborales Naciones (CLN)

Es importante recalcar que en Guatemala y Costa Rica, la legislación laboral permite la realización de exámenes médicos a los trabajadores antes o durante el período de vigencia del contrato de trabajo. Aun cuando la ley no incluye el examen del VIH, muchas personas han denunciado su sospecha de que éste efectivamente se les realizó sin su consentimiento, esto en un claro atropellamiento a la dignidad humana y a los tratados internacionales de derechos humanos, lo más penoso e indignante es que los mismos exámenes sirvieron base para abolir el contrato o no renovarlo a su término. Esto contraviene las prohibiciones expresas de las leyes sobre el VIH, pero a los trabajadores les resultaría difícil probar que se les hizo el examen y que su resultado fue lo que motivó el despido, esto es algo que se da en la mayoría de empresas tanto nacionales como internacionales, la excusa por excelencia en la mayoría de los casos se dice al colaborador que simplemente es por "reorganización" o "reingeniería", en el mejor de los escenarios los despidos se

realizan con responsabilidad patronal, es decir, mediante el pago de las prestaciones laborales correspondientes, violando una vez pero violando la prohibición de efectuar exámenes médicos relacionados con el VIH para efectos laborales y el requisito de consentimiento informado necesario para realizarlos.

Es importante resaltar que la mayoría de las personas con VIH y/o SIDA desean continuar trabajando, ya que el trabajo dignifica y hace sentir bien a las personas, esto en gran parte contribuye a su buen estado físico, mental, los mantiene ocupados y se sienten útiles, por lo que deben tener derecho a proceder de esta forma que a los empleadores no les deja nada negativo, al contrario la responsabilidad social se ve enmarcada en este tipo de casos, por ende, les deben brindar la posibilidad de ejercer a cada uno su respectiva vocación, creatividad y productividad en el entorno laboral donde se desenvuelven, de lo contario pueden caer en estados depresivos, sentirse inútiles y que no valen nada, esto contribuiría en gran medida a que la enfermedad gane terreno, y sus efectos sean sensibles en áreas tales como; su trabajo, familia, comunidad y sociedad en general.

Basado en lo anterior se describen algunos acuerdos que son;

"La resolución WHA41.24 de la Asamblea Mundial de la Salud, denominada Prevención de la discriminación relacionada con las personas infectadas por el VIH y las personas con el SIDA" urge a los estados miembros que:

1. *Fomenten un espíritu de comprensión y compasión para las personas infectadas por el VIH y las personas con SIDA (…);*
2. *Protejan los derechos humanos y la dignidad de las personas infectadas por el VIH y de las personas con el SIDA, (….) y eviten toda medida discriminatoria o de estigmatización contra estas personas en la provisión de servicios, empleos y viajes;*

3. *Garanticen la índole confidencial de las pruebas del VIH y fomenten la disponibilidad de asesoramiento confidencial y otros servicios de apoyo (…).*

La forma de afrontar la cuestión del VIH y/o SIDA y el lugar de trabajo debe tener en consideración el contexto legal y social existente, así como las políticas nacionales de salud y la estrategia Global contra el SIDA."[11]

En Guatemala se dan muchas situaciones diversas en cuanto a lo laboral y los derechos humanos de cualquier ciudadano, sin embargo se hace mención de las políticas que en su momento fueron creadas en pro del sector laboralmente activo, de allí la importancia del código de trabajo de Guatemala, muchas veces un candidato a una plaza vacante en ¨X¨ organización se ve en la tarea de llenar una ¨solicitud de empleo¨ en la misma se denotan dos cosas muy particulares una de ellas es que la organización está en toda la libertad de conocer a la ¨perfección¨ al candidato que pretende cubrir dicha plaza, seguidamente al finalizar el llenado de la solicitud, por lo general hay un espacio donde indica que el candidato autoriza a la empresa a hacer cualquier tipo de verificación misma que consiste en la visita de un verificador a la dirección de casa del candidato, buscar información de INFORNET e incluso muchas veces se deben hacer pruebas poligráficas que no son permitidas sino hasta que el mismo candidato ¨autoriza¨ al poligrafista a realizar dicha prueba, todo esto se da al iniciar un proceso común con cualquier persona ¨sana¨, si vemos la contraparte, punto clave de esta sección se denotara que una persona infectada de VIH y/o SIDA tiene cualquier cantidad de cosas en su contra laboralmente hablando, esto en caso que cualquier alto mando de la organización se dé cuenta y/o detecte a una persona infectada del virus en mención, de allí que dicha persona puede ser víctima de marginación en sus funciones laborales, muchos de los acuerdos internacionales de trabajo se ven violados por las empresas, hacia los colaboradores, y éstos a la vez no hacen valor sus derechos

[11]Organización Panamericana de la Salud. SIDA Perfil de una epidemia. Publicación Científica No. 514. 1989. Pág. 305.

muchas veces por no conocerlos, y si los saben prefieren evitar ¨problemas¨ y conservar su trabajo hasta que el grado de avance de la enfermedad lo permita, así mismo, serio muy interesante saber qué pasaría con las organizaciones si el ministerio de trabajo y/o los derechos humanos les prohibieran colocar el enunciado donde el candidato autoriza a la organización a hacer cualquier tipo de investigación que va contra los derechos como tal del candidato, debemos tener claro que por un lado los empresarios tiene razón al querer saber qué tipo de persona entrara a laborar a su organización, si y solo sí, se hace al margen de los derechos como tal y no forzar y/o exigirle a los candidatos cosas que en su propia voluntad no dejarían hacer, por ejemplo las pruebas poligráficas, y la investigación perimetral la cual consiste en hacer una visita a la casa del candidato y entrevistar a vecinos del mismo, esto con la finalidad de conocer mejor al posible nuevo empleado de la organización, tenemos además que una persona infectada por VIH y /o SIDA puede verse forzada a hacer labores en las cuales su integridad física en calidad de convaleciente se ve violentada es allí donde le hacen la propuesta al colaborador que consiste en lo siguiente; le damos dos opciones o renuncia o le damos de baja reportándolo con una carta al instituto Guatemalteco de Seguridad Social de carácter de IVS (Invalidez-Vejez-Sobrevivencia) esto con la finalidad de no pagar indemnización al colaborador y no seguir con una persona enferma en las filas de la fuerza laboral de la organización.

1.1.2.11. La Discriminación

‘‘Discriminación es el acto de separar o formar grupos de personas a partir de un criterio o criterios determinados. En su sentido más amplio, la discriminación es una manera de ordenar y clasificar. Puede referirse a cualquier ámbito y puede utilizar cualquier criterio. Si hablamos de seres humanos, por ejemplo, podemos discriminarlos entre otros criterios, por edad, color de piel, nivel de estudios, conocimientos, riqueza, color de ojos, etc. Pero también

podemos discriminar fuentes de energía, obras de literatura, animales, etc.".[12]

Si bien es cierto discriminar no es más que la acción de separar en categorías, la interpretación más coloquial que se le da a este término es el de hacer una distinción, segregación o en el peor de los casos rechazar a las personas que no tienen las mismas características tanto físicas, psíquicas como culturales frente al grupo al que se pertenece; por lo cual estas acciones atentan contra la igualdad de oportunidades. El termino discriminación normalmente es utilizado cuando se refiere a la violación de los derechos de las personas, ya sea por cuestiones de religión, raza, sociedad, orientación sexual o bien distinción de género.

Tomando una parte del artículo 1º de la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las formas de discriminación se clasificarían o se definirían en dos partes:

"Suscrita por la Conferencia Internacional del Trabajo el 25 de junio de 1958, y aprobada por Guatemala mediante el Decreto 1382 del 31 de agosto de 1960. Para los efectos de este convenio, comprende el término "discriminación": a) cualquier distinción, exclusión o preferencia basada en motivos de raza, color, sexo, religión, opinión política, ascendencia nacional u origen social que tenga por efecto anular o alterar la igualdad de oportunidades o de trato en el empleo y la ocupación; b) cualquier otra distinción, exclusión o preferencia que tenga por efecto anular o alterar la igualdad de oportunidades o de trato en el empleo u ocupación que podrá ser especificada por el miembro interesado previa consulta con las organizaciones representativas de empleadores y de trabajadores, cuando dichas organizaciones existan, y con otros organismos apropiados.

Las distinciones, exclusiones o preferencias basadas en las calificaciones exigidas para un empleo determinado no serán consideradas como discriminación. A los efectos de este Convenio, los términos empleo y ocupación incluyen tanto el acceso a los medios de formación profesional, y la admisión en

[12]Di Pillo Sanhueza, Rafael Ignacio; Esteban Ignacio Ramírez Segura. El SIDA y la relación laboral. SIDA, mundo laboral y discriminación. 2006. Pág. 39.

el empleo y en las diversas ocupaciones como también las condiciones de trabajo. El Artículo 2 se refiere a la igualdad en el empleo, trato y oportunidades. El Artículo 3 se refiere a que no se considera como discriminatorias las medidas que afecten a una persona sobre la que recaiga sospecha legítima de que se dedica a una actividad perjudicial a la seguridad del Estado".[13]

La discriminación hacia las personas con VIH y/o SIDA empezó a la par de la epidemia por lo cual es lógico o bien no se tomó como atrevido llamar a ésta también como epidemia. Los argumentos para que esto sucediera, se basan en atribuir a la infección un origen foráneo y ajeno a la sociedad; se considera a la enfermedad como un castigo para las personas que han tenido conductas sexuales extremas y desordenadas, de modo que la enfermedad para la sociedad representa un castigo para todas estas conductas y los únicos responsables son los propios portadores. Otro argumento del que las personas hace uso es el miedo, existe un miedo inmenso al contagio y este miedo irracional es el principal impulsor de la discriminación, pero también existe miedo a la crítica, miedo al señalamiento si se tiene contacto con algún infectado, y así, se podría mencionar una infinidad de miedos que en conjunto van formado la estigmatización y discriminación hacia las personas infectadas.

Alrededor del VIH y/o SIDA existe estigmatización y discriminación, pero estas dos situaciones son fundamentadas y reforzadas por que existeuna discriminación preexistente; y ésta se ve reflejada principalmente en las relaciones de desigualdad, especialmente las de género, el racismo, la xenofobia y la homofobia. Y bien, si se retrocede, en sus inicios la infección fue relacionada e incluso se creía que la enfermedad era exclusiva de personas homosexuales, por lo cual, es lógico que aún se relacione la misma a personas con estas preferencias sexuales, desde luego, esto conlleva a que se fortalezca la discriminación.

[13]Ídem. Pág. 42.

Al hablar de discriminación no solamente se refiere al trato diferenciado, si no que se considera un significado más amplio; tal como lo señala la Organización Panamericana de la Salud *"El significado original de discriminar era observar las diferencias. Sin embargo, con el transcurso del tiempo la palabra ha adquirido el significado de tomar actitudes pasivas o activas que perjudiquen a personas que pertenecen, o se cree que pertenecen, a un grupo determinado, en particular, o a un grupo estigmatizado".*[14]

Sin duda alguna, uno de los principales problemas sociales más graves que trae aparejado el contagio con el VIH y/o SIDA es el de la discriminación. Quienes contraen la enfermedad, a más de soportar los inconvenientes físicos, psíquicos y emocionales que ésta implica, también deben lidiar con una sociedad que los excluye, los mira con desconfianza e incluso con temor.

Desde sus orígenes el VIH y/o SIDA ha estado fuertemente ligado al tema de la discriminación. Al presentarse los primeros casos en personas homosexuales, la enfermedad se la asoció inmediatamente con este segmento social, llegando a denominársele durante mucho tiempo ¨peste rosa¨ y/o ¨cáncer gay¨ y quienes la padecían eran inmediatamente tachados como homosexuales, prejuicio que en buena medida se mantiene hasta nuestros días.[15]

Si a esto le sumamos los altos niveles de homofobia que existen en sociedades como la guatemalteca, en la cual a esta preferencia sexual se la asocia con promiscuidad, desviación e inmoralidad, e incluso con pedofilia, entonces poco puede extrañar que quien padece de VIH y/o SIDA trate de mantener su condición oculta durante el mayor tiempo posible, por cuanto se sabe que al momento de hacerse pública existen altos niveles de probabilidades de que junto con ello sobrevengan la exclusión y la condena a un verdadero ostracismo social.

La mayoría de las veces que se discrimina a personas portadoras de VIH y/o SIDA se debe a que existen muchos prejuicios e ignorancia respecto a la

[14]Ídem. Pág. 163.
[15]Ídem. Pág. 42.

enfermedad. Así por ejemplo, algunas personas, piensan que podrán ser contagiados con el simple hecho de estar en contacto o bien cerca de alguien infectado, pese a tener conocimiento de los estudios y publicaciones médicas.

El nivel educativo de las personas evidencia que los índices más altos de desconocimiento sobre las formas de transmisión de la enfermedad y la creencia de que trabajar y tener contacto con personas portadora de VIH y/o SIDA constituye un peligro, estos índices aumentan mediante las personas poseen niveles más bajos de educación, en un estudio realizado se pregunto a personas con nivel educativo bajo, sobre las formas de contagio de la enfermedad, y estas creían que la ingesta de alimentos constituía una vía de contagio del VIH y/o SIDA. Frente a esto es evidente que ante los bajos niveles educativos y principalmente con la ignorancia que existe con respecto a la enfermedad, es lógico que a una persona infectada se le dificulte desarrollarse laboralmente. Por situaciones como la anterior, es importante que el diagnóstico sea dado a los infectados con total confidencialidad y que éstos traten de mantenerlo oculto. Pero bien, en contra de esto, si bien los exámenes de VIH y/o SIDA están prohibidos por ley en todo proceso de selección de personal o bien si se quiere optar por un ascenso en la empresa a la que se labora, estos ya van incluidos en la batería de exámenes que los candidatos deben hacerse para poder optar a un puesto de trabajo, teniendo que realizarse las pruebas obligadamente. Ante lo anterior, es muy importante que las autoridades defiendan los derechos de las personas portadoras de VIH y/o SIDA, a fin de que puedan desarrollarse laboralmente mediante sus condiciones médicas lo permitan, como bien lo de clara la Organización Internacional del Trabajo (OIT); "*es vital emprender acciones que vayan encaminadas hacia dos ejes fundamentales: por una parte, promover la educación respecto a la enfermedad, particularmente en cuanto a sus medios de contagio, a fin de que las personas pierdan el miedo a desempeñarse junto a otras que padecen del SIDA. Y por otra, perfeccionar la*

legislación y hacer cumplir la ley, a fin de sancionar todas las formas de discriminación que pudieren afectar a los portadores del virus".[16]

Como bien lo declara la OIT es muy importante educar y hacer que se sancione cualquier forma de discriminación hacia las personas infectadas, pero si bien es cierto toda forma de discriminación se da cuando se desconoce e ignora alguna situación en particular, esta falta de educación con respecto a la enfermedad es lo que principalmente motiva a las personas a segregar, señalar y hasta tachar a quien padece la infección. Es por eso que en el presente estudio se hace énfasis en la educación y conocimiento de la enfermedad, ya que al haber una mejor educación automáticamente se eliminan todos los temores y tabúes que rodean a las personas infectadas y por ende eliminando estos factores, se espera no sea necesario sancionar porque ya se tienen el conocimiento necesario y serán más aceptadas las personas seropositivas.

1.1.2.12. Estigma y discriminación en Guatemala

"Desde el inicio de la epidemia del VIH en el país en el año de 1984 el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPyAS), agencias de cooperación y asociaciones de la sociedad civil, han desarrollado y apoyado acciones de atención y prevención con el objetivo de dar respuesta a las necesidades que plantea la epidemia a nivel familiar y social. Sin embargo, los esfuerzos realizados han logrado resultados limitados debido a otra epidemia que se evidencio paralelamente, el estigma y la discriminación asociados al VIH y/o SIDA.

Diversos estudios han mostrado el grado de estigma y discriminación que tiene la población hacia las personas con VIH, por ejemplo, que no comprarían verduras en el mercado a una persona con VIH, que no aceptarían a un familiar en su casa con VIH y que no permitirían que un maestro o maestra con VIH diera clases a sus hijos.

[16] Ídem. Pág. 42.

Organismos internacionales como el programa conjunto de la Organización de Naciones Unidas sobre VIH y SIDA, ONUSIDA, han manifestado en muchos foros y conferencias, que el abordaje del estigma y la discriminación es clave en la respuesta al VIH.

En la declaración política sobre el VIH y/o SIDA aprobada en el 2011 los países presentes aprobaron y recomendaron la visión de los tres ceros hacia el 2015, "cero nuevas infecciones de VIH", "cero muertes por SIDA" y "cero estigma y discriminación.

Con frecuencia, las personas con VIH sufren de estigma y discriminación y no saben cómo enfrentar este problema."[17]

Uno de los retos más difíciles a superar en conjunto con la prevención del VIH y/o SIDA, como bien ya se ha mencionado es sin dudas; erradicar la falta de educación que existe en la población en general, respecto a la enfermedad. Muchas personas asumen y crean conceptos errados sobre esta infección que conforme pasa el tiempo se convierte en acciones de estigmatización y discriminación hacia personas portadoras del virus. Y peor aún los transmiten a otras personas que también carecen de la educación académica y/o secular precisa respecto a la infección, medios de contraerla y como enfrentarla. Todo esto en conjunto va formando una sociedad excluyente, que conforme fortalece estos conceptos errados se vuelve más temerosa hacia la enfermedad. Como bien es cierto, el miedo es una de las armas más potentes a nivel mundial, cuando se quiere controlar una sociedad. Por lo cual no es de dudar que este miedo irracional hacia un posible contagio si se tiene contacto con un infectado y toda la fatalidad que han escuchado respecto a la enfermedad sea el principal factor en la creación de las personas respecto a los estigmas que rodean a la infección, y desde luego este estigma automáticamente crea la discriminación. Que como bien se ha dicho son pandemias que tienen el mismo poder que la enfermedad en sí. Ya que muchas personas sucumben ante las afecciones que

[17]Fundación Fernando Iturbide. Índice de estigma y discriminación de personas con VIH. Situación epidemiológica del VIH en Guatemala. Guatemala. 2011. Pág. 4

la enfermedad les acarrea, debido, principalmente a la depresión que les provoca el simple hecho de pensar que no cuentan con el apoyo moral ni espiritual de personas que consideran importantes para ellos como lo es la propia familia.

Muchas personas han muerto y se dejan vencer ya que han sido rechazadas por la familia y personas significativas para ellas, esto provoca pensamientos y sentimientos negativos que los empujan a creer que no vale la pena continuar luchando por vivir cada día conllevando dicha infección, y como bien se ha demostrado que la depresión y tristeza contribuyen a la disminución de las defensas que el cuerpo crea ante cualquier factor externo o bien interno que intente atacar el organismo, esto contribuye a que la enfermedad gane terreno y llegue a su etapa terminal.

Es de suma importancia crear conciencia en los seres queridos de los infectados y educarlos con respecto a la enfermedad y desde luego eliminar todos esos estigmas y principalmente la discriminación, ya que si bien se puede luchar de muchas formas contra la infección, es vital erradicar estas pandemias que en muchos casos son las que contribuyen a que se pierda la batalla contra el VIH y/o SIDA.

1.1.2.13. Afecciones físicas del VIH y SIDA

Una de las afecciones físicas más comunes en los infectados de VIH y/o SIDA es la fatiga, la perdida de la energía física en los infectados se agrava debido a que se ven afectados por depresiones profundas. Ellos se sienten muy cansados, exhaustos de luchar no solo con su enfermedad sino con toda la carga social que ésta trae, al punto de sentirse apáticos, incluso hacia personas con diagnósticos similares. La fatiga es uno de los muchos resultados indirectos de los infectados por VIH y regularmente a ésta se asocia, la pérdida de peso, sudores y fiebre.

Entonces como bien se mencionó en el diagnóstico de la enfermedad, cuando la cantidad CD4 es bajá la fatiga por infección de VIH es rara y no es grave cuando la cantidad de células CD4 es de más de 200; es común y pocas veces grave cuando la cantidad es entre 50 y 200; es usual y con frecuencia es grave si la cantidad de células es menor que 50.

"La principal razón por la cual el VIH y/o SIDA causa fatiga en los infectados, es debido a que priva al organismo, de algunas de las fuentes de energía. Es muy frecuente que las personas infectadas con VIH presenten cuadros de anemia debido a que sus defensas se ven afectadas y la baja de glóbulos rojos es común. Una de las funciones de los glóbulos rojos es transportar oxígeno a los músculos, si se les priva del oxígeno necesario es normal que se sienta fatiga. Debido a esta razón las personas con glóbulos rojos bajos, tendrán menos energía y su agotamiento será más notorio. Así mismo la baja de glóbulos rojos en las sangre produce la anemia, para que los síntomas sean notorios la enfermedad debe estar en su etapa de mayor gravedad.[18]

Como se menciona anteriormente una de las principales afecciones en una persona infectada es la fatiga, y es lógico que esta aparezca si lo primero en sentir y sufrir los efectos del virus son las defensas y la producción de glóbulos rojos, si bien es sabido que estos glóbulos son los que transportan el oxígeno y nutrientes en la sangre, necesarios para que los músculos funcionen bien y en óptimas condiciones. Esta situación se agrava, cuando las personas entran en estados depresivos, mismos que provocan que los infectados no ingieran los alimentos necesarios que proveen al organismo de los nutrientes esenciales para su buen funcionamiento.

1.1.2.14. VIH y SIDA y sus efectos en las emociones

El VIH y/o SIDA no solo afecta a los individuos en sí, los efectos que la enfermedad produce también se ven reflejados en la familia y el estilo de vida.

[18]Bartlett, John G; Ann K Finkbiner. Guía para vivir con VIH y SIDA. Las infecciones por VIH y sus efectos en las emociones.Editorial Diana. México DF. 1996. Pág. 110.

Es muy importante saber de qué manera van a enfrentar este cambio las personas afectadas y quienes los rodean. En muchas ocasiones las personas afectadas pueden hacerlo por sí mismas, otras con el apoyo de la familia o bien con sus relaciones interpersonales y muchas otras no solo necesitan este apoyo, sino más bien, necesitan de vías externas para salir adelante. Los grupos de autoayuda, el poder compartir y hablarles a otros que padecen las mismas condiciones, les resulta de gran utilidad. La principal labor de las personas seropositivas es cambiar el estilo de vida. Ahora necesitan anticiparse a las circunstancias y obstáculos que se les presenten y descubrir cómo abordarlos. Estas personas que eran normales tendrán que aprender a enfrentarse a situaciones de crisis anormales, por lo tanto, es necesaria la intervención en crisis y su manejo. Hay que desarrollar en ellas las habilidades que les permitan alcanzar el autocontrol ya que en la mayoría de los casos es muy difícil que las contemplen.

No es atrevido pensar que, después de todos los cambios que las personas tienen que enfrentar y acomodarse a ellos y junto con esto deban sufrir todo el rechazo que les pueda infringir la sociedad, es normal pensar que estos desarrollen estados psicológicos o bien que debido a la enfermedad automáticamente se desarrollen en ellos al momento de saber su diagnóstico; un choque emocional, un estado de ánimo deprimido, inseguridad y por lo tanto la falta de control; mucha culpa, altos niveles de ansiedad, estados de depresión constantes, e inquietud obsesiva. Y conforme transcurre el tiempo comiencen a surgir efectos a largo plazo que van relacionados con las habilidades en la vida cotidiana, posibles cambios de papeles, relaciones interpersonales y en ocasiones modo de vida.

Al momento de enfrentar la enfermedad es muy importante considerar que toda la emocionalidad de los infectados cambiará y será muy variada, así como también las personas que los rodean, que perciban y se vean afectados con estos cambios súbitos en el estado de ánimo de los pacientes. Si bien muchas

emociones son variables hay un cúmulo de emociones que son constantes en las personas que reciben el diagnóstico.

"La mayoría de los diagnosticados demuestran explosiones emocionales extremas; todas estas emociones se pueden evidenciar ya que van desde llorar, gritar y perder el control de las posturas corporales, hasta reacciones más tranquilas como miradas perdidas, aceptación calmada, ojos vidriosos, hacer señas afirmativas con la cabeza y distanciarse. Kobler-Ross "Describe que del choque inicial, se pasa a la negación, al coraje, a la depresión y a la aceptación. Muchas personas pueden mostrar todas o algunas de estas emociones aunque hay quienes no experimentan ninguna". [19]

Es lógico pensar que con este cúmulo de emociones aparece el estrés, padecimiento que muchas veces agrava la situación de los afectados, el estrés contribuye a que la enfermedad avance y afecte de tal manera a las personas, ya que éstas se ven sin salida y poco a poco va mermando en ellas las posibilidades de afrontar de una forma más positiva su situación y puedan ver más allá de los efectos negativos que no les permiten afrontar de una manera eficiente los cambios de vida que acarrea la enfermedad.

Es importante resaltar que en muchas ocasiones la negación no solo puede ser saludable, y más bien les ayuda a muchas personas a adaptarse a su nueva situación y a enfrentarla. La negación puede ser una estrategia activa que se utiliza en este proceso. Como tal, tiene efectos benéficos para proteger a la gente de una inercia y dolor incapacitantes hasta que llega el momento apropiado para ahondar en el problema con mayor eficacia. La negación contribuye como ya se mencionó a enfrentar la situación, así mismo, ayuda al afectado y le da fuerzas para enfrentar las circunstancias por las que atraviesa.

[19] Ídem.Pág. 105

1.1.2.15. Estado emocional y conductual

Entre las emociones que la enfermedad trae y que se considera como una respuesta natural a ésta es la ira y por muchas razones es justificable que los infectados la sientan. Todas las personas en algún momento de su vida necesitan liberarse de su enojo. Pero es muy importante que aprendan a expresarse y aún más importante, aprender a manejar esta emoción de la manera más adecuada. Si se dirige toda esta ira y el enojo que hace sentir la situación que se atraviesa al blanco equivocado, será inútil y contraproducente tanto para los afectados como también para los que lo rodean, ya que estos percibirán y sentirán los efectos que la enfermedad provoca y llegaran a sentirse abrumados. Todo este manejo inadecuado de la ira lo único que provocará es que se pierdan las amistades y en si el apoyo que éstas pueden brindar.

Cuando la ira provoca que las personas significativas para los afectados se alejen se va convirtiendo en algún tipo de depresión, ya que el apoyo que se necesita se ha ido. Esta depresión contribuye a que la enfermedad avance y provoca que en muchas ocasiones se pierda la batalla; debido a que los infectados se aíslan, adoptan conductas autodestructivas, o bien, contribuye a que se siga practicando la conducta que los llevo a adquirir la infección. Generalmente se reconocen estas conductas y comportamientos por parte de los infectados, y esto permite que las corrijan y antes que sea demasiado tarde van cambiando toda conducta negativa por convencimiento propio.

En muchas ocasiones un familiar o un amigo muy cercano identifica estas conductas autodestructivas, por lo cual recomienda al afectado que busque ayuda profesional ya que en ocasiones la familia no tiene la idea concreta de cómo poder ayudar a la persona infectada. Las personas afectadas en la mayoría de los casos no se sienten capaces de frenar todas estas conductas descontroladas por si mimas por lo que es de suma importancia que busquen ayuda de algún profesional de la salud mental, estos profesionales de alguna

manera le ayudaran a comprender e identificar esta ira y por consiguiente a manejarla de una forma positiva.

Como ya se mencionó la ira empuja a los infectados a que aflore y se fortalezca uno de los sentimientos que trae de cajón la enfermedad, la depresión, éste es uno de los sentimientos más dolorosos y difíciles que los afectados pueden sentir. Los infectados suelen sentir que viven en un mundo indiferente y sin sentimientos hacia su situación, se sienten solos y desamparados, y poco a poco van perdiendo el interés por las cosas, pierden el sentido de la vida, se sienten cansados de luchar contra la enfermedad y todos los efectos que ésta acarrea; van perdiendo las fuerzas, cansados y sin energías para seguir luchando, pierden interés por las cosas que normalmente les interesaban. Los enfermos se sienten solos e incomprendidos por su pareja, padres, familiares y amigos. Los invaden sentimientos de impotencia, culpa o bien sentimientos de fracaso, algunos llegan a renunciar a cuidarse; se termina el amor propio por ende poco a poco comienzan a aparecer pensamientos negativos hacia la vida y consideran que morir sería mejor y esto conlleva a pensamientos de suicidio. "*Cuando estoy en la casa completamente solo no me siento lo bastante bien como para hacer algo y comienzo a dar vueltas; entonces es cuando tengo problemas",* comenta un infectado*, "me paraliza no poder hacer nada. Simplemente me quedo acostado en la cama. A veces estoy muy enfermo para trabajar y eso es un problema real, porque se combina la frustración con la depresión".*

La causa más común de la depresión o bien la más importante es sentirse acorralado en una situación en la que no se encuentra salida y llega a ser frustrante. Estas situaciones se encuentran a lo largo de la vida. La mayor parte de las personas, en algún momento u otro de su vida se ven afectados por alguna situación a la que no le encuentra una solución y tiene que recurrir al acomodo de ésta. Ser una persona seropositiva es una razón muy fuerte como para sentirse con ira y deprimido: *"una de las peores cosas sobre este virus, es*

que tu nunca sabes que te espera a continuación. Estoy comenzando a sentir que rebasa mis fuerzas. Esto es bastante deprimente". Comenta un infectado. La ira y la depresión son respuestas muy razonables para las personas infectadas con VIH y/o SIDA.

Es normal que las personas sientan temor por aquello que se escapa de su comprensión y más aún si sienten que no tienen el control sobre la situación. Le dan mucha importancia a los síntomas que en la mayoría de los casos no la ameritan. Debido a que no están acostumbrados a frecuentar al doctor o al hospital temen ser sometidos a procedimientos médicos y a medicamentos que les provoquen dolor. Le temen mucho a la dependencia: "mi esposo tenía un miedo tremendo a quedar en cama y que yo lo cuidara", comenta la esposa de un infectado. El principal miedo se basa en ser rechazados, temen que las demás personas debido a la ignorancia hacia la enfermedad los vean como leprosos. *"Muchos pacientes comentan que tenía miedo de hablar con sus hijos acerca de su enfermedad. Las personas con infección de VIH temen pasar el virus a alguien más, los cuidadores temen el contagio*". [20]

El miedo que ataca constantemente a los infectados con VIH y/o SIDA es el perder la vista o bien sus habilidades cognoscitivas, en si perder todas aquellas habilidades de auto sostenimiento e independencia. En muchos casos los infectados temen morir. El temor a la muerte no solo afecta a los infectados, en general afecta a todas las personas, debido al concepto y al temor que inculcan respecto a ésta, esto debido a que en la vida la sociedad solo prepara para el éxito y la vida, jamás prepara para la muerte. Al final todo es provocado por cómo se vea este proceso natural de la vida. El principal temor a la muerte es en sí lo que existe en el presente y ésta. En sí todo el proceso que se pueda sufrir para poder llegar a ese momento en el que se deja de existir.

Las personas afectadas por el VIH y/o SIDA dicen que sería más fácil de afrontar la muerte si realmente supieran como va a ser en realidad el final. Esta

[20]Ídem. Pág. 106.

situación es muy atemorizante. Las personas afectadas dicen sentirse locas solo en pensar en esta situación. Pero es de cuestionarse, ¿No estarían realmente locos si no pensaran en lo que pueda pasar con una enfermedad terminal? Uno se enfrenta constantemente a ese miedo último. Todos estos temores son respuestas realistas a una situación que, de hecho incluye la posibilidad de enfermedad dolor, dependencia, rechazo y muerte.

La culpa en muchas ocasiones es confundida con el temor, pero el temor es un sentimiento si bien es provocado por situaciones reales en muchas otras sus causas no parecen ser tan reales. Las personas hacen cosas que en la mayoría de los casos están conscientes de lo que hacen. Conociendo sus acciones y muy conscientes de que estas son las que provocaron que se infectaran. En contraparte muchas otras personas aceptan su culpa aun sabiendo que no tienen control sobre las situaciones que los llevo a su estado. Posiblemente su conocimiento sobre el virus del VIH y/o SIDA era muy limitado, esto probablemente les hacía pensar que las medidas preventivas que adoptaron eran las correctas para librarse de ser contagiados, o bien, sin saberlo, recibieron una transfusión de sangre infectada con el virus. Entonces el sentir culpa es muy frecuente para las personas que inconscientemente o bien si fueron conscientes de lo que hacían. Es un sentimiento humano natural al igual que todas las emociones que puedan sentir las personas afectadas.

En algún momento de su vida las personas se sentirán culpables porque su situación, haya sido provocada consciente o inconscientemente.

Es posible que esta culpa sea impulsada por el pensamiento, si se actúa de la forma correcta se recompensaran esas buenas acciones, y de la misma forma, las acciones erradas o malas acciones merecerán castigo, y debido a que el virus es visto como un castigo, todo el sufrimiento y la culpa que esta situación les haga sentir, será visto también como un castigo. Analizando todo esto posiblemente el rechazo, censura y aislamiento que la sociedad infringe a las personas infectadas, sea percibida por la misma sociedad como una condena

para estas personas que han hecho algo malo y ellos mismos los culpan por su situación y los castigan de esta forma. Sin embargo, ambas posturas, tanto la de los infectados como la de la sociedad están basadas en lógicas equivocadas y simplemente están erradas.

Hay un sentimiento que no puede ser nada más que rabia soterrada y traducido en palabras más simples, le llama resentimiento. La rabia se va convirtiendo en resentimiento y llega a niveles de depresión debido a los pensamientos erróneos de que por la forma de actuar no se tiene derecho a sentirse enojados. A las personas se les ha enseñado a no expresar lo que sienten y toda esa culpa y enojo se va convirtiendo en resentimiento, y sus niveles acumulados rebalsan la capacidad de tolerancia de las personas de guardarlo y éste no encuentra otro lugar mejor que el cuerpo para instalarse. Con forme pasa el tiempo sino se desecha, comienza a alojarse en los órganos, huesos y articulaciones. Una muestra clara de que no se debe alojar tanto resentimiento en el cuerpo es el cáncer, esta es una respuesta extrema del cuerpo, que hay mucho resentimiento alojado en éste, que se debe dejar ir las viejas heridas. Existen muchas razones por las cuales es necesario dejar ir todas estas viejas heridas y una de las principales es la salud. Pero ¿Cómo podemos dejar ir las viejas heridas? ¿Cómo se puede ser capaz de sacar todo ese resentimiento acumulado en el cuerpo humano? Pues, mediante el antiguo y buen perdón. Una de las emociones que suele acompañar al resentimiento es la aflicción. Emoción que dificulta y priva de armas para poder enfrentar las situaciones que la vida presente.

1.1.3. Hipótesis

Se realizó un análisis según las siguientes categorías; efectos psicológicos, discriminación laboral, mecanismos de defensa, beneficios de integración psicosocial, cambios de vida, métodos o mecanismos de afrontamiento de emociones y sentimientos. Por las características de la investigación en donde no se pretende relación alguna entre fenómenos no se plantea ninguna hipótesis.

1.1.4. Delimitación

La presente investigación se realizóa partir del 03 al 19 de noviembre de dos mil catorce, en el Sanatorio Antituberculoso San Vicente. En horario de 08:00 a 13:00 horas. Se realizaron diversa observaciones y entrevistas, en la clínica de VIH. La población con la que se realizó la investigación estuvo conformada de la siguiente manera:40 pacientes, portadores de VIH y/o SIDA económicamente activos comprendidos entre las edades de 18 a 60 años, ambos sexos y que laboran actualmente o hayan laborado. Con esta investigación se pretendió identificar los efectos psicológicos causados por la discriminación laboral hacia personas portadoras de VIH y SIDA.

CAPÍTULO II

2. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

2.1. Técnicas de muestreo

La muestra con la que se realizó la presente investigación es de carácter diverso o de máxima variación debido a que la población entrevistada estuvo compuesta por 40 personas portadoras de VIH y/o SIDA, hombres y mujeres. El tipo de muestra utilizado, constituye el muestreo no aleatorio intencional debido a que los pacientes fueron asignados por las autoridades de la clínica de VIH del Sanatorio Antituberculoso San Vicente. Los criterios de inclusión fueron: personas laboralmente activas o inactivas, que hayan sido víctimas de discriminación laboral en algún momento debido a sus condiciones de enfermedad, hombres y mujeres, víctimas de VIH y/o SIDA, en edades de 18 a 60 años, estos criterios fueron previamente solicitados derivado de los intereses de la investigación.

2.2. Técnicas de recolección de datos

2.2.1. Observación

Debido a las condiciones de los pacientes fue necesario realizar una observación que permitiera registrar signos como consecuencia de los efectos emocionales y psicológicos por la discriminación laboral. Fue aplicada durante todo el proceso de investigación a todos los pacientes.

2.2.2. Entrevista

Se implementaron entrevistas no estructuradas que contribuyeron en la recolección de los datos en momentos pertinentes en los que se deseó profundizar en alguna de las respuestas dadas en el cuestionario elaborado para la recolección de los datos, por tal razón no existe un modelo exacto de tal entrevista ya que se adaptó según las respuestas y eventos que sucedieron durante las sesiones. Éstas fueron realizadas en el jardín de la institución debido

a la ausencia de espacio físico. El tiempo de aplicación fue indefinido a causa de las necesidades del paciente.

2.3. Instrumentos

2.3.1. Observación

La metodología que se utilizó para realizar las observaciones estuvo constituida de la siguiente manera; se utilizaron bitácoras de observación la cual está conformada por cinco columnas en las cuales se observaron distintas categorías: en la columna uno se observaron situaciones generales del ambiente, situaciones particulares que sucedieron durante la sesión, apreciación en general de los participantes. En la columna número dos se registró el estado físico y emocional del entrevistado. En la siguiente columna se verificó si el entrevistado tiene total disponibilidad a participar o si existe alguna negatividad hacia el proceso de investigación, es decir la actitud ante la investigación. En la columna número cuatro se hicieron observaciones alternativas que consistieron en participaciones adicionales de empleados administrativos u operativos de la institución o algún evento similar así como las necesidades que puedan surgir durante el proceso, y en la quinta y última columna se hicieron las anotaciones de revisión y consideraciones a tomar en cuenta así como conclusiones de las sesiones y entrevistas.

2.3.2. Cuestionario

Previamente a la utilización del presente instrumento se tuvo la oportunidad de aplicar a tres personas que asistieron al Sanatorio Antituberculoso San Vicente, con el fin de verificar que cumpliera los objetivos y metas de la investigación, tomando éstos como muestra piloto.

El cuestionario se dividió en diez preguntas constituidas de la siguiente forma; las primeras tres preguntas son introductorias y su objetivo único es introducir a los entrevistados al tema de interés y análisis, en las mismas se

preguntan situaciones con respecto a su situación laboral. A partir de la pregunta número cuatro se comienza a indagar sobre la discriminación de la cual han sido víctimas las personas portadoras de VIH y/o SIDA. En la pregunta número cinco se profundiza en el tema de discriminación a nivel personal del entrevistado, y se indaga sobre las formas de discriminación de las cuales fue víctima; al igual que la pregunta anterior en la pregunta seis se logró obtener información de los efectos que causa la discriminación de la cual son víctimas los entrevistados. A partir de la pregunta número siete se comienza a dar respuesta a las interrogantes planteadas y se indaga sobre los efectos psicológicos que causa la discriminación laboral de la cual son víctimas debido a su diagnóstico y cuáles son los efectos de mayor incidencia. En la siguiente pregunta se pudo obtener información de los mecanismos utilizados por los portadores de VIH y/o SIDA para contrarrestar los efectos causados por el estigma y discriminación laboral. En la interrogante número nueve se registró sobre los beneficios que se obtendrían a nivel psicosocial de la inclusión de estas personas al mercado laboral de personas infectadas con VIH y/o SIDA. Al plantear la interrogante número diez se obtuvo información necesaria para poder dar respuesta a la interrogante en la que se quiere esclarecer los mecanismos con que enfrentan los cambios de vida que acarrea este tipo de diagnóstico. Y por último se colocó un apartado para realizar anotaciones y observaciones relevantes durante la entrevista.

2.3.3. Escala de mecanismo de defensa

La Escala de Mecanismo de Defensa de Andrews G, Singh y Bond, M. (1993), fue de utilidad para complementar los resultados que se deseaban obtener, esta escala permitió identificar los mecanismos de defensa utilizados por los entrevistados para enfrentar su situación. La escala de mecanismo de defensa consta de ochenta y ocho preguntas que se califican en una escala de 1 a 9, siendo 1 muy en desacuerdo y 9 muy de acuerdo. Para poder calificar e

interpretar la presente escala se suman las respuestas de preguntas específicas y luego el resultado se divide en 2 para obtener la media. La escala se divide en tres grandes categorías en las cuales son; formas de defensas maduras, formas de defensas neuróticas y formas de defensa inmaduras.

2.4. Técnicas de análisis de datos

Haciendo uso de la estadística descriptiva se utilizaron gráficas de tipo pastel para indicar porcentualmente los datos, y tablas de frecuencia de la misma forma un análisis de tipo cualitativo representa las secuelas emocionales en los pacientes victimas de VIH y/o SIDA como consecuencia de la discriminación laboral.

CAPÍTULO III

3. PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

3.1. Características del lugar y de la población

3.1.1. Características del lugar

La presente investigación se realizó en el Sanatorio Antituberculoso San Vicente que cuenta con: una garita de seguridad al ingreso de las instalaciones, clínicas de consulta externa, área de laboratorio, oficinas administrativas, morgue, bodega, medicina de mujeres 1 y 2, medicina de hombres 1 y 2, áreas verdes, cocina, farmacia, clínicas de observación, clínicas de terapia de respiración, área de cuidados intensivos, así como también área de aislamiento y un área especial para pacientes multi drogo resistentes (MDR), servicios sanitarios y parqueo.

La clínica que se dedica a la atención y orientación a pacientes con VIH fue creada a principios de los años 90´ por iniciativa de la Dra. Judith García. Esto con el objetivo de poseer un espacio adecuado para la atención de pacientes seropositivos y por la confidencialidad del diagnóstico.

Actualmente en el encamamiento del sanatorio se cuenta con un total de 150 pacientes. Y atiende en promedio diario a 50 pacientes de la consulta externa. Las enfermedades más comunes que se pueden observar en el hospital son; tuberculosis, enfermedades respiratorias, VIH y/o SIDA, etc.

3.1.2. Características de la población

La población con la que se trabajó la presente investigación fueron hombre y mujeres en edades comprendidas entre 18 y 60 años. Laboralmente activas o inactivas, portadores de VIH y/o SIDA. De condición socioeconómica baja o extrema pobreza, estados civiles variados. Los pacientes atendidos fueron internos del hospital, así como de la consulta externa.

3.2. Análisis cualitativo

La principal motivación para realizar la presente investigación fue la observación previa y testimonios que se hicieron en pacientes portadores de VIH y/o SIDA que han sufrido discriminación laboral y los efectos que ésta provoca en las personas seropositivas, debido a la impotencia de no contar con un trabajo que contribuya con su sostenimiento económico, autoestima y autorrealización personal. Basados en los principios de la Logoterapia se vuelve evidente que toda la discriminación que vive una persona seropositiva afecta en gran medida su vida, se detecta el vacío existencial y no despierta en él, la responsabilidad ante sí mismo, ante los demás y ante la vida.

Es importante para el ser humano poder contar con un medio de autorrealización que contribuya a sentirse pleno en emocionalidad y como persona útil e independiente. Todo esto puede lograrse por medio de un empleo que se convierta en un canal de dignificación para el ser humano. Cómo dice Víctor Frankl: “no basta con preguntarse por el sentido de la vida sino que hay que responder a él respondiendo ante la vida misma”. Y el ser humano necesita responder a la vida con protagonismo y esperanza, pese al diagnóstico de salud que posea. Siempre será vital para éste sentirse útil y productivo.

Es por ello que los principales hallazgos encontrados van relacionados con la autorrealización y autoestima de las personas entrevistadas y en las que se pudo determinar que el ser víctima de discriminación y estigmatización laboral puede desarrollar efectos psicológicos que afectan negativamente el sentido a la vida después de haber recibido un diagnóstico tan devastador como lo es el ser portador de VIH y/o SIDA.

Un porcentaje de los pacientes entrevistados cree que su situación de salud, específicamente el ser portador de VIH y/o SIDA influye en gran medida en la obtención de un trabajo, ya sea en la economía formal o informal. Así mismo, las personas perciben que son discriminadas ya que han sido objeto de

rechazo, maltrato psicológico y segregación debido al temor de un posible contagio.

Las principales secuelas emocionales producidas por la discriminación laboral son: estado de ánimo depresivo, ira, represión, negación a la realidad, soledad, baja autoestima, segregación y tristeza, para poder contrarrestar todos estos efectos las personas entrevistadas utilizan una serie de mecanismos que les ayudan a enfrentar la realidad, éstos son: el aislamiento, la evasión, y la mentira, ambos mecanismos permiten que el sujeto no se exponga a condiciones que lo denigren como tal.

Según la Escala de Mecanismos de Defensa de Andrews G. Singh y Bond, M. (1993) para contrarrestar todo este cúmulo de efectos psicológicos derivados de la discriminación laboral, las personas portadoras de VIH y/o SIDA utilizan una serie de defensas divididas en tres áreas, las cuales son:

Defensas maduras:

- *Supresión: el individuo se enfrenta a los conflictos emocionales evitando intencionadamente pensar en problemas, deseos, sentimientos que le producen malestar*.[21] Según los datos obtenidos un 35% de los entrevistados no reflejó el uso de este mecanismo, de la misma forma el 35% de estos lo utiliza de una forma moderada y un 30% de los entrevistados lo utiliza con frecuencia.
- *Sublimación: el individuo se enfrenta a las amenazas canalizando sentimientos o impulsos potencialmente desadaptativos en comportamientos socialmente aceptables (deportes).*[22] Los resultados obtenidos a través de la escala mostraron que el 25% de los encuestados no utiliza este mecanismo el 25% lo utiliza moderadamente y el 45% inconscientemente lo utiliza.

[21]PulsoMed, S.A. Mecanismos de defensa. Marzo 2015. s/p. www.tuotromedico.com
[22] Idem.

- *El humor: A través de este mecanismo la persona aborda las situaciones que le provocan estrés y angustia de una forma divertida e irónica.*[23] *Se utiliza una cierta comedia para expresar sentimientos y pensamientos sin incomodidad y sin producir un efecto desagradable en los demás*. Los datos obtenidos demuestran que 20% de los pacientes varió poco en su humor, el 30% no ha variado en gran medida su humor y el 50% enfrenta con humor su situación.
- *Anticipación: el individuo, ante amenaza interna o externa o conflicto, anticipa las consecuencias y considera de forma realista soluciones alternativas.*[24]Según los hallazgos obtenidos por medio de las tablas de frecuencia reflejan que 5% no utiliza la anticipación como mecanismo de defensa, 40% de los entrevistados demostró que utiliza moderadamente la anticipación y el 55% se anticipa a las dificultades externas o bien internas que atraviesa.

Defensas Neuróticas:

- *Deshacer lo hecho: en determinados momentos, perdemos el control y hacemos cosas de las cuales nos arrepentimos, cuando no logramos aceptar que nos hemos comportado de determinada manera, ponemos en práctica este mecanismo de defensa. Básicamente, intentamos volver atrás para deshacer un comportamiento o pensamiento que consideramos inaceptable o dañino.*[25] Entre los hallazgos obtenidos por medio de la escala de mecanismos de defensa el 25% de los entrevistados manifestó que no utiliza éste mecanismo, 45% lo utiliza moderadamente y el 30% está totalmente de acuerdo en utilizarlo.
- *Pseudoaltruismo: se origina en un conflicto y sirve como mecanismo defensivo que oculta el sadomasoquismo subyacente. El pseudoaltruismo conlleva un esfuerzo para defenderse de la agresión profunda y de la*

[23] Idem.
[24] Idem.
[25] Idem.

envidia, así como la necesidad, derivada de exigencias superyoicas, de sufrir y ser una víctima.[26] En el pseudoaltruismo no existe auténtico placer en el éxito o placer del otro (sustituto), y los pseudoaltruistas pueden ser personas tristes, mártires despreocupados de sí mismos.

Los resultados reflejados por los entrevistados con respecto al pseudoaltruismo demuestran que el 10% de éstos inconscientemente lo utilizan, el 35% dice sentirse identificado con el mismo y el 55% de los pacientes lo utilizan en gran medida.

- *Idealización: el individuo se enfrenta a situaciones de amenaza interna o externa atribuyendo cualidades exageradamente positivas a los demás.*[27]

  Los pacientes entrevistados mostraron que ven idealizados a muchas de las personas que los rodean debido a la situación de salud por la que atraviesan. Reflejado que 15% está de acuerdo que utiliza la idealización, el 30% lo utiliza moderadamente y un 55% de los entrevistados lo utiliza con frecuencia.

- *Formación reactiva: se enfrenta sustituyendo los comportamientos, sentimientos, pensamientos inaceptables por otros opuestos.*[28]

  Las personas entrevistadas han reaccionado a su situación de salud utilizando este mecanismo de defensa demostrando un arrepentimiento y cambiando aspectos de su vida que los llevo a la situación actual. El 10% de los entrevistados demostró que utiliza el mecanismo de defensa escasamente, el 25% lo utiliza moderadamente y siendo la tendencia el 65% de los pacientes, ya que estos lo utilizan con frecuencia.

Defensas Inmaduras:

- *Proyección: El individuo se enfrenta atribuyendo incorrectamente a los demás sentimientos o pensamientos propios que le resultan inaceptables.*[29]

[26] Idem.
[27] Idem.
[28] Idem.

La proyección es uno de los mecanismos más utilizados por los pacientes entrevistados. Entre los hallazgos obtenidos se pudo constatar que 55% de los pacientes utiliza la proyección para contrarrestar su situación, el 20% lo utiliza moderadamente y el 25% demostró no sentirse identificado con el mismo.

- *Agresión pasiva: El individuo se enfrenta con reacción agresiva interna sin que el otro llegue a percibirla, es como una máscara que esconde hostilidad y resentimiento. Puede ser simplemente una respuesta de supervivencia de un subordinado ante un jefe, que no tiene otra forma más abierta de autoafirmación.*[30]

  La agresión pasiva es un mecanismo de defensa utilizado habitualmente por los pacientes entrevistados, debido a la situación de salud y las limitantes que con lleva al ser una persona seropositiva y los cambios que esto conlleva, si bien algunos lo utilizan moderadamente 35% la mayoría lo utiliza con frecuencia 40% y un 25% no se identifica con este.

- *Acting out: consiste en los intentos del paciente de usar la transferencia no solamente como una manera de rendir cuenta de los conflictos que se van movilizando, sino también de volver a vivirlos en relación con el analista. la expresión acting-out designa "actos impulsivos, violentos, agresivos, delictivos (crimen, suicidio, atentado sexual, etc.); el sujeto pasa de una representación, de una tendencia, al acto propiamente dicho.* [31]

  La actuación de los pacientes seropositivos se da con frecuencia, ya que estos necesitan de la compasión de los demás y se ven en la necesidad de utilizar este tipo de mecanismos de defensa para poder obtener mucho de lo que desean, es por ello que la tendencia a utilizar este mecanismo

[29]Charles E. Baekeland. Instituto de la asociación psicoanalítica de Madrid. 2014. s/p. www.consultabaekeland.com
[30] Idem.
[31] Idem.

con frecuencia 50% es normal, aunque el 30% de los entrevistados lo utilizan de forma moderada y un 20% de los entrevistados demostró no sentirse identificados con éste.

- *Aislamiento: El aislamiento consiste en la separación de los afectos de los pensamientos; se puede pensar y tomar conciencia de un hecho, pero su significado emocional está aislado y no perturba al individuo.*[32]

  Aunque muchos de los entrevistados por medio del cuestionario manifestó que en muchas ocasiones prefiere aislarse para no ser víctima de la discriminación, los hallazgos reflejados por medio de la escala de mecanismos de defensa, demostró no tener un uso tan marcado, ya que un 20% dice no utilizarlo, la mayoría de los entrevistados 45% demostró que lo utiliza moderadamente y un 35% lo utiliza con frecuencia.

- *Devaluación: en momentos de conflicto emocional, el individuo se enfrenta atribuyendo cualidades exageradamente negativas a los demás.*[33]

  Los pacientes entrevistados reflejaron que debido a su situación de salud y por la culpa que sienten, devalúan a las demás personas combinando este mecanismo de defensa con la proyección. Por tal razón los hallazgos obtenidos demostraron que el 60% de los pacientes utiliza habitualmente este mecanismo de defensa, el 30% demostró utilizarlo con moderación

- *Fantasía autista: El individuo se enfrenta a situaciones de amenaza interna o externa mediante fantasías excesivas que sustituyen la resolución del problema.*[34]

  Los pacientes entrevistados utilizan la fantasía por la situación que atraviesan y es lógico que se refugien en este mecanismo ya que a través de él viven por momentos de fantasía y posiblemente sean libres de toda afección. Los hallazgos reflejados demuestran esto, ya que los pacientes

[32] Idem.
[33] Idem.
[34] Idem.

lo utilizan moderadamente 40% y frecuentemente 40% por igual y solo un 20% de ellos no se identifica con este.

- *Negación: El individuo se enfrenta negándose a reconocer aspectos dolorosos de la realidad externa o de nuestro interior. En caso de darse una total negación de la realidad se denominaría Negación Psicótica.*[35]

  Siendo la negación uno de los mecanismo más arcaicos del ser humano y con frecuencia es utilizado por la mayoría de las personas en situaciones de salud estable: en la presente investigación se evidencia aún más en los pacientes seropositivos, los hallazgos obtenidos demuestran que a través de la negación los pacientes evaden todas las afecciones y dificultades que acarrea el ser una persona portadora de VIH y/o SIDA es por ellos que al procesar los datos recolectados estos demostraron que el 65% de los pacientes se niegan a la enfermedad, el 30% de estos utiliza este mecanismo de defensa moderadamente y solo un 5% no lo utiliza, demostrando así que este es un mecanismo útil para enfrentar los efectos de la discriminación en personas portadoras de VIH y/o SIDA

- *Desplazamiento: El desplazamiento se refiere a la redirección de una emoción o impulso desde su objeto natural a otro objeto porque expresarlo al objeto natural resultaría demasiado angustioso. El desplazamiento permite que se descarguen cantidades de afecto en una dirección menos peligrosa que la original o bien que está permitida socialmente.*[36]

  El desplazamiento si bien no tiene una tendencia marcada en su manejo por los pacientes seropositivos, contribuyó a que éstos redirijan muchos de los sentimientos que han acumulado hacia otras direcciones para que éstos no les afecten, con esto ellos aparentemente han podido manejar todo el cúmulo de emociones y sentimientos que les acarrea el ser portadores de VIH y/o SIDA. Y esto queda demostrado en los hallazgos

[35] Idem.
[36] Idem.

alcanzados ya que el 30% de los encuestados reflejó que utiliza este mecanismo de defensa en baja medida, otro 30% de éstos lo utiliza moderadamente, pero un 40% reflejó utilizarlo con frecuencia.

- *Disociación: El individuo se enfrenta mediante una alteración temporal de las funciones de integración de la conciencia.*[37]

  Según se pudo observar durante el proceso de investigación los pacientes entrevistados mostraban en muchos de los casos que preferían ignorar su situación y un número considerable de los casos inconscientemente evadían la realidad. Ya sea por culpa, resentimiento o bien por vergüenza, pero principalmente niegan su diagnóstico por miedo a ser discriminados. Esto se refleja en los resultados alcanzados a través de la escala de mecanismos de defensa, siendo éstos: el 45% de los entrevistados se disocia de su realidad frecuentemente, el 25% de éstos lo hace de una forma moderada y el 30% no suelen hacerlo.

- *División: consiste en la tendencia de separar el mundo y las personas en buenos y malos; es una manera eficaz de resolver la complejidad de situaciones confusas y amenazantes pero siempre implica una distorsión de la realidad.*[38]

  La división en algunos de los casos ha sido de utilidad para los pacientes seropositivos ya que con este mecanismo ellos enfrentan su estado de salud, distorsionando su realidad pensando en el por qué y por quienes es que atraviesan esta dura experiencia. Demostrándose esto en los resultados obtenidos, ya que un 55% de ellos reflejo utilizar la división de una forma moderada, un 35% hace uso del mismo de forma frecuente y 10% demostró utilizarlo en baja medida.

[37] Idem.
[38] Idem.

- *Racionalización: El individuo se enfrenta inventando sus propias explicaciones, tranquilizadoras pero incorrectas, para encubrir verdaderas motivaciones que rigen sus pensamientos o acciones.*[39]

  Debido a los diversos niveles académicos con los que se contó a lo largo del proceso, la tendencia en la utilización de este mecanismo estuvo dividida, ya que muchos de los entrevistados son analfabetos y no comprendían lo grave de su situación, un 35% de éstos no hace uso de la racionalización, el 25% de ellos lo utiliza de forma moderada y el 40% de estos hace uso de este de forma frecuente.

- *Somatización: Proceso por el que una afección psíquica se transforma en orgánica.*[40]

  Debido a ésta los pacientes entrevistados padecían otro tipo de enfermedades y afecciones físicas sumándose éstas a los efectos que el VIH y/o SIDA provoca en ellos. Los resultados obtenidos en el proceso de investigación confirman lo dicho anteriormente. Demostrando que el 55% de los entrevistados utiliza con frecuencia este mecanismo, el 35% de ellos lo hace moderadamente y tan solo un 10% no se identifica con el mecanismo de defensa.

Como se puede observar muchas de las personas infectadas han tenido que enfrentar distintas situación a lo largo de su diagnóstico y se ven afectadas a tal medida que prefieren utilizar una serie de mecanismos de defensa inconscientemente que les permite evadir toda la realidad que conlleva el ser portador de VIH y/o SIDA. Estos a su vez se aíslan y retraen, utilizando estos como medios de protección, contribuyendo así con la segregación y discriminación de la cual son víctimas.

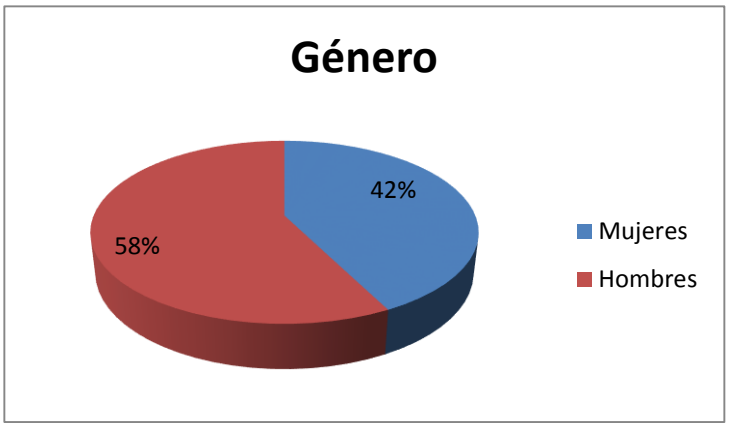
[39] Idem.
[40] Idem.

3.3. Análisis cuantitativo

Durante el proceso investigativo, fueron abordados 40 PVVS que reciben asistencia y tratamiento en la citada clínica, ya sea interno o externo. Contándose en todo momento con su completa colaboración.

Las características de las personas abordadas en cuanto a género y edad se ven reflejadas en las siguientes gráficas.

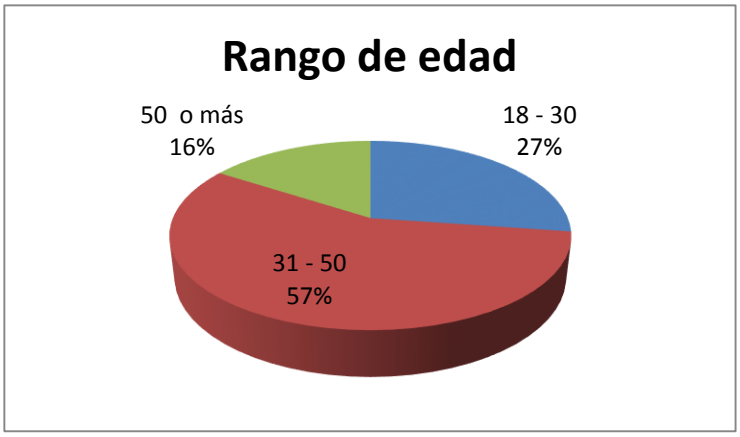
Gráfica No. 1



Fuente: Cuestionario sobre situación laboral aplicado a 40 personas portadoras de VIH y/o SIDA.

Participaron 40 personas, de las cuales 17 son mujeres y 23 son varones, dando como resultado una tendencia hacia los hombres afectados.

Gráfica No. 2



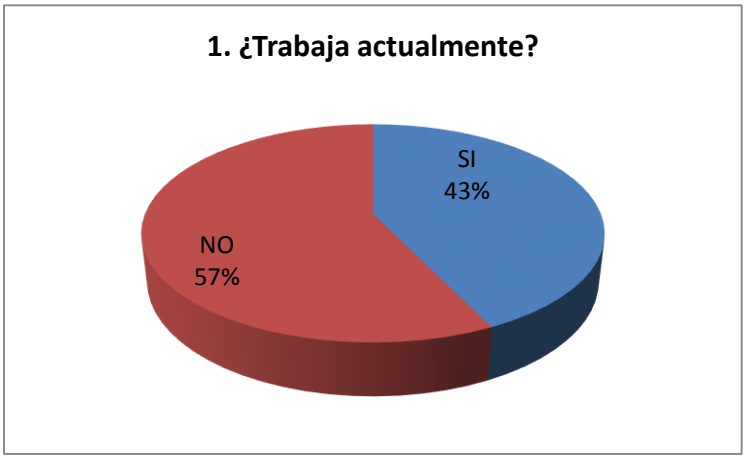
Fuente: Cuestionario sobre situación laboral aplicado a 40 personas portadoras de VIH y/o SIDA.

En relación a la edad se establecieron tres rangos; siendo el primero de 18 a 30 conformado por 12 pacientes (27%), de 31 a 50 años por 25 pacientes (57%) y de 50 o más que son 7 personas (16%).

Cuestionario

Los resultados obtenidos mediante la aplicación del cuestionario, se muestran en las siguientes gráficas.

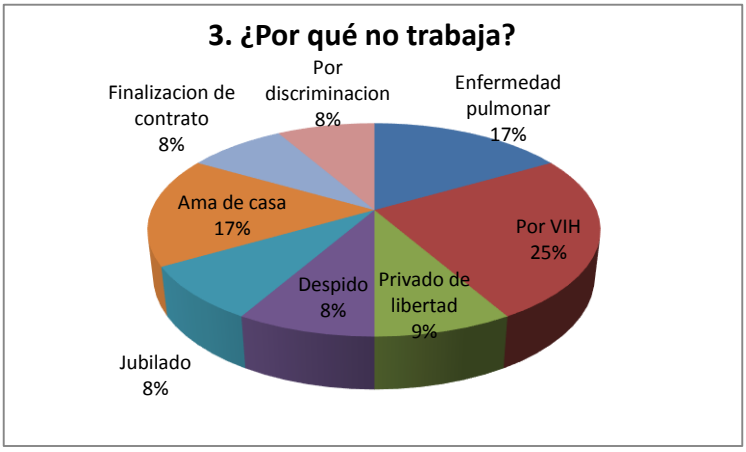
Gráfica No. 3



Fuente: Cuestionario sobre situación laboral aplicado a 40 personas portadoras de VIH y/o SIDA.

El 57% de los abordados dice no tener un trabajo formal que le ayude a su soporte económico, frente a un 43% que dice tener un trabajo formal o bien de la economía informal.

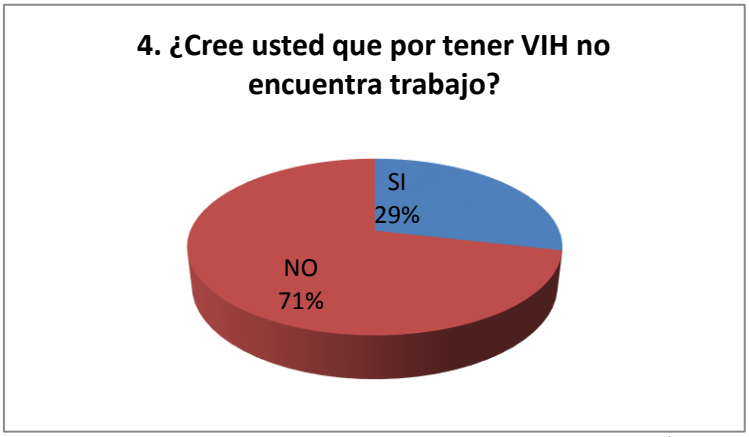
Gráfica No. 5



Fuente: Cuestionario sobre situación laboral aplicado a 40 personas portadoras de VIH y/o SIDA.

Los resultados reflejados en la anterior gráfica demuestran que la principal razón por la cual no cuenta con un trabajo ya sea formal o de la economía informal es a causa del VIH y/o SIDA o bien por alguna otra enfermedad. Aunque algunas de las respuestas no fueron precisamente que no trabajan debido a ser seropositivos, de alguna manera las personas entrevistadas se ven afectadas por la enfermedad, ya sea emocional o bien física que contribuye a que no posean un trabajo que los dignifique.

Gráfica No. 6



Fuente: Cuestionario sobre situación laboral aplicado a 40 personas portadoras de VIH y/o SIDA.

Como en la gráfica No. 5 en la anterior grafica se puede corroborar que la principal causa del desempleo en las personas entrevistadas es debido a la discriminación que viven por el VIH y/o SIDA. Y en la mayoría de los casos las personas portadoras tienen que enfrentar esta discriminación en soledad sin ningún apoyo emocional.

Gráfica No. 7

Fuente: Cuestionario sobre situación laboral aplicado a 40 personas portadoras de VIH y/o SIDA.

Tabla No. 1

¿De qué forma se siente discriminado?

Secuela	Xi	fi
Por Diagnostico	1	8%
Rechazo	3	23%
Miedo a contagio	2	15%
Desconfianza	1	8%
Si supieran mi diagnostico sí	2	15%
No le afecta	1	8%
Maltrato psicológico	2	15%
Hacen de menos	1	8%

Fuente: Cuestionario sobre situación laboral aplicado a 40 personas portadoras de VIH y/o SIDA.

Como se puede observar en la gráfica y tabla anteriores la personas seropositivas son víctimas de discriminación por su diagnóstico pero las principales formas por las cuales las personas se sienten discriminadas, es que son objeto de rechazo, maltrato psicológico pero un porcentaje de las personas dicen que son discriminadas por que las demás personas temen a un posible contagio al momento de relacionarse con las personas infectadas.

Tabla No. 2

6. ¿Cómo le afecta ser discriminado en su lugar de trabajo?

Secuela	Xi	fi
Abandono de trabajo	2	10%
Hablan de Uno	2	10%
Me juzgan	1	5%
No saben su diagnostico	2	10%
Burlas	1	5%
NS/NC	5	25%
Despido	1	5%
No lo afecta	2	10%
Discriminación	2	10%
Se siente mal	1	5%
Miedo al contagio	1	5%

Fuente: Cuestionario sobre situación laboral aplicado a 40 personas portadoras de VIH y/o SIDA.

Como se puede observar en la tabla presentada anteriormente las principales efectos causados por la discriminación laboral se encuentran, el abandono laboral (10%), habladurías (10%), ocultan el diagnostico (10%), no le afecta (10%), y el ser segregado en su lugar de trabajo representa un (10%). Aun hubo una tendencia a limitarse a contestar esta pregunta y esto representa un 25% de los entrevistados. Lo cual demuestra que en muchos casos las personas prefieren no hablar de lo que han tenido que vivir o callar para no recibir castigos psicológicos o bien alguna otra reprimenda.

Tabla No. 3

7. ¿Cómo se siente usted al ser discriminado?

Secuela	Xi	fi
Me molestaría (ira)	1	5%
Me sentiría mal (incomodidad)	5	25%
No contesto (Negación)	5	25%
No se siente discriminado (Evasión)	2	10%
No le afecta (Proyección)	2	10%
Decepcionado	1	5%
Despreciado (Rechazo)	1	5%
Trato diferente (Segregación)	1	5%
No saben diagnostico (Agresión pasiva)	1	5%
Triste (Depresión)	1	5%

Fuente: Cuestionario sobre situación laboral aplicado a 40 personas portadoras de VIH y/o SIDA.

Como lo describe la anterior tabla los principales efectos causados por la discriminación hacia apersonas seropositivas son; el sentirse mal (25%) y la negación (25%) y algunas personas dicen no sentirse discriminados (10%), así mismo otros pacientes mencionan que no les afecta (10%), pero muchas de las personas dieron respuestas variadas, estas dicen; sentirse decepcionadas (5%), recibir algún tipo de desprecio (5%), son tratadas de diferente forma (5%), algunos porque no saben su diagnóstico (5%), se sienten tristes (5%) y que no

les molesta (5%). Todas estas respuestas representan el 30% de las respuestas dadas de cómo se sienten las personas portadoras de VIH al ser discriminadas.

Tabla No. 4

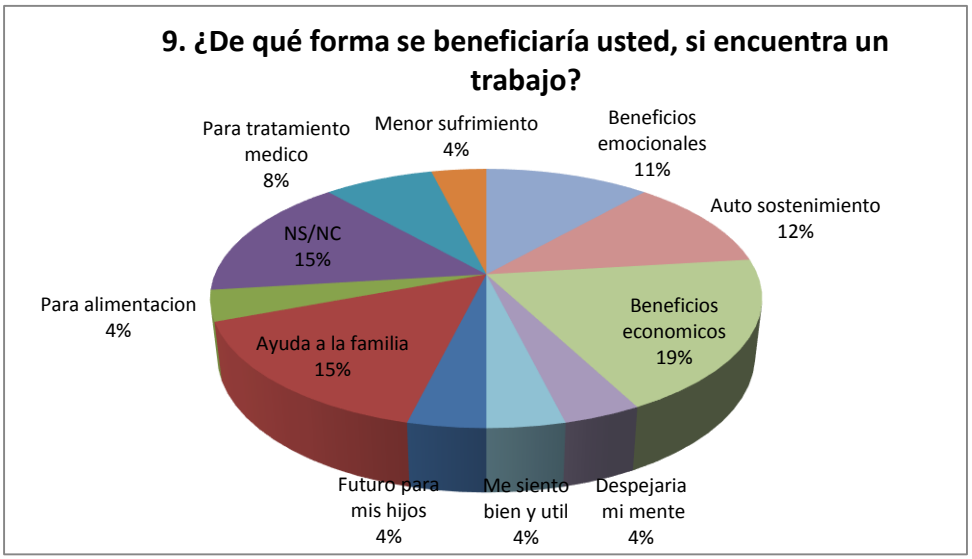
8. Describa los mecanismos que utiliza para contrarrestar los efectos causados por el estigma y/o discriminación por su diagnóstico.

Mecanismo	Xi	fi
Apartarme (Aislamiento)	2	8%
Dejar cosas a Dios (Sublimación)	2	8%
Paciencia (Agresión Pasiva)	1	4%
No Saben Diagnóstico (Negación)	2	8%
Distraerse en trabajo (Evasión)	2	8%
No contesto (Negación)	7	25%
Ignoro (Evasión)	2	8%
Actitud positiva	2	8%
Apoyo en familia	3	12%
Enojo	1	4%
Ayuda profesional	1	4%

Fuente: Cuestionario sobre situación laboral aplicado a 40 personas portadoras de VIH y/o SIDA.

Si bien muchas de las personas para contrarrestar los efectos causados por la discriminación buscan apoyo en la familia (12%), la tendencia es negar (25%) la enfermedad para no sentirse afectados. Algunos de los pacientes entrevistados contestaron que prefieren aislarse (8%), otros buscan en sus creencias de un ser supremo (8%), ignorar (8%) todo efecto causado por la discriminación. Así mismo tener una actitud positiva (8%). Algunos otros dicen sentir enojo (4%), tener paciencia (4%), así como algún porcentaje trata de buscar ayuda profesional (4%).

Gráfica No. 8



Fuente: Cuestionario sobre situación laboral aplicado a 40 personas portadoras de VIH y/o SIDA.

Como lo demuestra la gráfica anterior los principales beneficios adquiridos al poseer un trabajo que contribuya para la subsistencia de los pacientes se puede observar que estos dicen que esos beneficios se verían reflejados en la ayuda a la familia. Aunque hubo un porcentaje considerable que no supo contestar que beneficios acarrearía el poseer un trabajo (15%). Entre otras respuestas que se recabaron se encuentran; futuro para mis hijos (4%), para su propia alimentación (4%), Para poder acceder a un tratamiento médico (8%), un menor sufrimiento (4%), despejar la mente, así como sentirse bien y útil representan un (8%) en conjunto.

Tabla No. 5

10. Mencione de qué forma a enfrentado los cambios de vida a los que tuvo que adaptarse después de saber su diagnóstico, en las siguientes áreas.

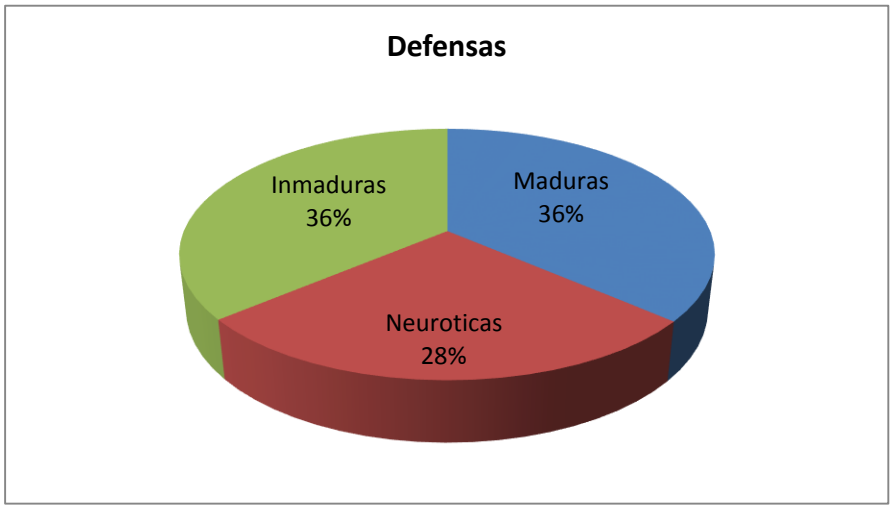
PERSONAL	Ni	fi	FAMILIAR	Ni	fi	LABORAL	Ni	fi	SOCIAL	Ni	fi
Aislamiento	3	9%	Apoyo	9	39%	Aislamiento	1	4%	Aislamiento	4	16%
No hacer esfuerzos físicos	1	3%	Ninguno	1	5%	Traslado de residencia	1	4%	Ya no frecuento prostitutas	1	4%
Enojo	1	3%	Respetar a mi mujer	1	5%	Trabajo con más ganas	3	13%	Me da igual	1	4%
Afecciones físicas	4	12%	Dedicarme a mis hijos	1	5%	NS/NC	5	21%	NS/NC	3	12%
Poco apetito	1	3%	Se olvidaron de mi	1	5%	Ganas de trabajar	1	4%	Discriminación	2	8%
Sigo normal	5	15%	Cuando me pongo grave, sufren	1	5%	Ansiedad	1	4%	Solo los gay tienen VIH	1	4%
No es mucho el cambio	2	6%	NS/NC	3	13%	No me dejan trabajar	1	4%	Falta de oportunidad	1	4%
Tristeza	3	9%	Tristeza	1	5%	Pedir dinero	1	4%	Las personas apoyan a los VIH	1	4%
Auto discrimino	2	6%	Culpabilizan	1	5%	No me dan trabajo x enf.	1	4%	Ya no ingiero alcohol	1	4%
Culpabilización	3	9%	Aislamiento	1	5%	No saben	1	4%	Sigue igual, sin cambios	4	16%
No tengo valor	1	3%	Rechazo	2	9%	No trabaja	2	9%	Ser más cuidadoso	2	8%
Aceptación	3	9%	No lo saben	1	5%	No le afecta	2	9%	Ya no es como antes	1	4%
Depresión	1	3%				Abandono laboral	3	13%	No lo saben	1	4%
Incredulidad	1	3%				Engaño	1	4%	Aceptación	1	4%
Cambio de actitud	2	6%							Criticas	1	4%
Evasión	1	3%									

Fuente: Cuestionario sobre situación laboral aplicado a 40 personas portadoras de VIH y/o SIDA.

Como se puede observar en la tabla No. 5 en los principales ámbitos de desarrollo del paciente éstos sufren de discriminación, rechazo y estigmatización. Muchos buscan apoyo en la familia la cual los acepta y cuida pero en varios de los casos son víctimas de la discriminación de parte de sus familiares. En el ámbito personal los encuestados mencionan que se aísla para no ser víctima de la discriminación. En el ambiente laboral otros prefieren no mencionar su diagnóstico porque dicen que serían discriminados, algunos otros prefieren abandonar el trabajo antes de ser víctimas de la estigmatización y discriminación. En el ámbito social la principal tendencia es el aislarse, cambiar patrones conductuales entre otros.

Gráfica No. 9

Identificar los mecanismos de defensa utilizados por las personas infectadas de VIH y/o SIDA para contrarrestar los efectos causados por el estigma y la discriminación.



Fuente: Cuestionario de Escala de mecanismos de defensa de Andrews, G., Singh, M., Bond, M. (1993)

Para poder identificar los mecanismos de defensa utilizados por las personas portadoras de VIH y/o SIDA para contrarrestar los efectos que causa la discriminación se utilizó el Cuestionario de Mecanismos de Defensa de Andrews

G., Singh, M., Bond, M. (1993). Con el cual se pudo corroborar que las personas enfrentan los efectos causados por la discriminación de distintas formas. Muchas de las causas que influyen en la forma que pueden ser enfrentados estos efectos pueden ser determinadas por su nivel escolar, su apoyo familiar, su emocionalidad y en último caso la aceptación de la sociedad.

Como puede observarse en la gráfica anterior las defensas maduras e inmaduras poseen el mismo porcentaje (36%) y con una baja en las defensas neuróticas (28%) lo que demuestra que la enfermedad se percibe de distintas formas y sus niveles de aceptación varían en cada individuo.

CAPÍTULO IV

4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1. Conclusiones

- Por medio de los resultados a través de la investigación y posterior tabulación de datos, se pudo constatar, que las principales secuelas psicológicas y emocionales que desarrollan las personas seropositivas que han sido víctimas de discriminación laboral, siendo estas: la ira hacia su situación de salud y hacia la sociedad, la negación de la enfermedad, la evasión por parte de afectados, la decepción, el rechazo del cual son víctima, por parte de la familia y la sociedad en general la segregación, y depresión.
- Según los hallazgos alcanzados se constató que muchos de los pacientes para contrarrestar los efectos que causa la discriminación y el estigma del cual son víctimas, utilizan una serie de métodos que les ayudan a protegerse de las secuelas psicológicas provocadas por estas pandemias que cresen junto con la enfermedad, entre estos se puede mencionar: el aislamiento ya que muchos prefieren alejarse y no sufrir de discriminación, algunos otros prefieren evadir todo lo que atraviesan, de la misma forma muchos de ellos responden a estos efectos con enojo e íra. Pero también un considerable número de los entrevistados dice buscar apoyo en la familia, tener una actitud positiva frente a su diagnóstico, buscar refugio en un ser supremo o bien trabajar con más ánimo y esfuerzo.
- A través de la investigación se determinó que los beneficios que los pacientes seropositivos obtendrían a nivel psicosocial, es el sentido de pertenecía laboral, auto sostenimiento económico, para él y su familia acceso a un tratamiento médico adecuado, su emocionalidad no se centraría solamente en la enfermedad y todas las secuelas que ésta acarrea, sino más bien lograrían sentirse útiles tanto para ellos como para

la sociedad en general. De la misma forma contribuiría a que todo el cúmulo de emociones y sentimientos que estas personas viven a diario no sean tan devastadoras.

- Por medio de la escala de mecanismos de defensa aplicada a los pacientes portadores de VIH y/o SIDA se puede concluir que los pacientes utilizan inconscientemente una serie de mecanismos que le ayudan a contrarrestar todos los efectos y secuelas psicológicas provocadas por la discriminación laboral, siendo estos de carácter maduro, o bien inmaduro hasta llegar a ser neuróticos. Entre los mecanismos más utilizados por los pacientes se mencionan: el humor, el pseudoaltruismo, la idealización, la proyección, acting out, la devaluación, la negación, la disociación, entre otros.
- La mayoría de los entrevistados manifiestan no sentirse discriminados, sin embargo, con las observaciones pertinentes realizadas en el proceso de entrevista se pudo constatar que muchos de los afectados, debido a su nivel de escolaridad que en gran parte de los casos son analfabetos, ignoran los efectos que puede causar tanto a nivel personal, familiar, laboral y social. Así mismo no logran comprender en sí que es la enfermedad y por ende la magnitud del impacto que ésta ocasiona a nivel psicológico.

4.2. Recomendaciones

- La intervención psicológica hacia personas que viven con VIH y/o SIDA es fundamental ya que permite tener un mejor conocimiento para el profesional, a cerca de toda la emocionalidad vivida por el paciente. Esto contribuye a que los programas de atención se ajusten a las necesidades de las personas seropositivas, tomando en cuenta los distintos ámbitos de desarrollo de los mismos. Es importante promover la salud mental en los pacientes portadores de VIH y/o SIDA ya que muchas personas van perdiendo la batalla debido a que no hay educación emocional en los centros médicos que se dedican a la atención a PVVS.
- Es necesario abrir espacios para profesionales de la salud mental, esto con el objetivo de contribuir con los infectados y ayudarlos en su proceso de aceptación y adaptación a los cambios de vida que acarrea esta enfermedad. Con esto se contribuiría a que las personas seropositivas tengan un mejor control y manejo de sus emociones, como también de los mecanismos que utilizan para enfrentar la enfermedad.
- Es importan te fortalecer los programas de enfoque social existentes con el propósito de contribuir a que las personas afectadas por enfermedades crónicas o terminales tengan una mejor calidad de vida. Así mismo son importantes los planes de acción que estén destinados a las personas seropositivas, que los eduquen y que contribuyan a que éstos logren encontrarle un nuevo sentido a su vida, por medio del trabajo, o actividades que desarrollen en ellos sentido de pertenecía, así como la aceptación social y un mejor conocimiento de la enfermedad.
- Es necesario crear planes de acción que estén enfocados en el conocimiento y control de emociones dirigidos a pacientes seropositivos, ya que debido a la discriminación, segregación y rechazo del que son víctimas estas personas, desarrollan una serie de mecanismo de defensa para contrarrestar los efectos que estas causan, provocando a su vez

emociones y sentimientos difíciles de controlar para ellos. Estos planes de acción contribuirían desde luego a un mejor control de sus sentimientos y emociones.

- Es vital la educación de la sociedad en general con respecto al VIH y/o SIDA con el objetivo de reducir los índices de estigma y discriminación y principalmente los índices de contagio. La educación es vital para que la enfermedad sea vista de distinta forma y no se rechace y segregue a quien es portador.

BIBLIOGRAFÍA

- ✓ Arellano, Luis Manuel. *Estigma y discriminación a personas con VIH. Quién y por qué discrimina.5* Textos del caracol. México, DF. 2008. No. Páginas 30.

- ✓ Badilla, Ana Elena. *El VIH y los derechos humanos.*NOTAS DE POBLACIÓN N°85 • CEPAL. Retos de política y legislación. Páginas 18.

- ✓ Bartlett, John G. Finkbiner, Ann K. Guía *para vivir con VIH y SIDA*. Afrontamiento de la Ira. Editorial Diana, México DF. Diciembre 1996 Páginas: 464.

- ✓ Charles E. Baekeland. Instituto de la asociación psicoanalítica de Madrid. 2014. s/p. www.consultabaekeland.com

- ✓ Di Pillo Sanhueza, Rafael Ignacio; Esteban Ignacio. Ramírez Segura. *El SIDA y la relación laboral.* Cap. 6. “SIDA, mundo laboral y discriminación”. Santiago, Chile, Sin editorial Diciembre 2006. No. Paginas: 163.

- ✓ Edo, M Teresa y Rafael Ballester. *Estado emocional y conducta de enfermedad en pacientes con VIH-SIDA y enfermos oncológicos*. Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología, *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica* Vol. 11, N.° 2. No. Páginas: 12,

- ✓ Hay, Louise L. *El SIDA Como abordarlo de forma positiva*. La superación de lo negativo “El resentimiento” y “La aflicción”. Editorial Urano. Barcelona, España 1988. Páginas: 285.

- ✓ IIDH (Instituto Interamericano de Derechos Humanos) (2003), *"Promoción y defensa de los derechos reproductivos: nuevo reto para las instituciones nacionales de derechos humanos"*, San José, Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ACNUDH).

- ✓ *Índice de estigma y discriminación de personas con VIH Guatemala 2011*, Situación epidemiológica del VIH en Guatemala. Páginas. 85.

- ✓ Organización Panamericana de la Salud. Publicación Científica No. 514. *SIDA Perfil de una epidemia.*

- ✓ Segundo informe nacional sobre la situación de Derechos Humanos de las personas con VIH y población con alto riesgo. Conceptos básicos. 2012. Páginas. 80.

- ✓ López-Ibor Aliño, Juan J. (et. al). *Manual diagnostico y estadístico de los trastornos mentales.* Versión española Masson, S.A. 2005 Barcelona. España. Páginas 1050.

- ✓ PulsoMed, S.A. Mecanismos de defensa. Marzo 2015. s/p. www.tuotromedico.com

- ✓ University of New Mexico Health Sciences Center and the International Association of Providers of AIDS Care The AIDS InfoNet is a project of the New Mexico AIDS Education and Training Center. Mayo 2014. Pág. 124.www.aidsinfonet.org

ANEXOS

Universidad de San Carlos de Guatemala
Centro Universitario Metropolitano –CUM-
Escuela de Ciencias Psicológicas
Centro de Investigaciones en Psicología –CIEP´s- “Mayra Gutiérrez”

“Secuelas psicológicas derivadas de la discriminación laboral en pacientes portadores de VIH y/o SIDA del Hospital San Vicente”.

CUESTIONARIO

DATOS GENERALES

Iníciales._____ Sexo: _____ Edad: _____
Lugar de residencia: _____
Trabajo actual: _____
Estado civil: _____Estado Actual: Vivo / Fallecido.
Escolaridad: Analfabeta / Alfabeto / Primaria / Básico /Diversificado / Universitario

1) ¿Trabaja actualmente? Sí / No

   (SI continúe) (NO Pase a la pregunta número 3)

2) ¿En Qué trabaja?
   _____

3) ¿Por qué no trabaja?
   _____
   _____
   _____
   _____

4) ¿Cree usted que por tener VIH, no encuentra trabajo? Sí / No

5) ¿Considera que por tener VIH Usted es discriminado? Sí / No
   (SI continúe)
   ¿De qué forma se siente discriminado?
   _____
   _____
   _____

6) ¿Cómo le afecta ser discriminado en su lugar de trabajo?
   _____
   _____
   _____
   _____

7) ¿Cómo se siente usted al ser discriminado?
   _____
   _____
   _____
   _____

8) Describa los mecanismos que utiliza para contrarrestar los efectos causados por el estigma y/o discriminación por su diagnostico.

_____
_____
_____
_____

9) ¿De qué forma se beneficiaría usted, si encuentra un trabajo?

_____
_____
_____
_____

10) Mencione de qué forma a enfrentado los cambios de vida a los que tuvo que adaptarse después de saber su diagnostico, en las siguientes áreas.

PERSONAL	FAMILIAR	LABORAL	SOCIAL

Observaciones:

_____
_____
_____
_____

ESCALA DE MECANISMOS DE DEFENSA

BOND´S DEFENSE STYLE QUESTIONARIE (1984,versión)

Nombre y Apellidos:	Fecha:

Instrucciones:

Este cuestionario se compone de 88 afirmaciones (o frases), cada una de ellas va seguida por una escala de valoración:

Muy en desacuerdo 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Muy de acuerdo

Valora del 1 al 9 el grado de acuerdo o desacuerdo con cada una de estas afirmaciones, tachando con una cruz en la columna de la derecha

Ejemplo: Montreal es una ciudad de Canadá.

Muy en desacuerdo 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Muy de acuerdo

Ahora conteste con la mayor sinceridad posible a las siguientes cuestiones:

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. Me gusta ayudar a los demás. Si me quitaran la posibilidad me deprimiría	1	2	3	4	5	6	7	8	9
2. A menudo la gente me llama malhumorado (me dice que soy malhumorado, que me mosqueo fácilmente).	1	2	3	4	5	6	7	8	9
3. Soy capaz de mantener alejado un problema de mi cabeza hasta tener tiempo para afrontarlo.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
4. Siempre me tratan injustamente	1	2	3	4	5	6	7	8	9
5. Supero mi ansiedad haciendo algo constructivo y creativo, como pintar, trabajar la madera, etc.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
6. Algunas veces dejo para mañana lo que tengo que hacer hoy.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
7. Me sigo metiendo (enredando) en el mismo tipo de situaciones frustrantes y no se la razón.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
8. Soy capaz de reírme de mi mismo con mucha facilidad.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
9. Me comporto como un niño cuando estoy frustrado.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
10. Soy muy tímido para defender mis derechos ante la gente.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
11. Soy superior a la mayoría de la gente que conozco.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
12. La gente tiende a tratarme mal.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
13. Si alguien me asaltase y me robase dinero preferiría que le ayudasen a que le castigasen.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
14. A veces pienso cosas demasiado malas para hablar de ellas.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
15. A veces me río de chistes verdes.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
16. La gente dice que soy como un avestruz, con la cabeza enterrada en la arena. En otras palabras, que atiendo a los hechos desagradables, como si no existieran.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
17. Me controlo para no convertirlo todo en una competición.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
18. A menudo me siento superior a la gente con la que estoy.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
19. Alguien me está quitando todo lo que tengo emocionalmente.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
20. Me enfado a veces.	1	2	3	4	5	6	7	8	9

USO RESTRINGIDO

Muy en desacuerdo 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Muy de acuerdo

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
21. A menudo tiendo a actuar impulsivamente.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
22. Preferiría morirme de hambre que ser obligado a comer.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
23. Ignoro el peligro como si fuera Superman.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
24. Me precio de mi habilidad para catalogar a la gente.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
25. La gente me dice que tengo complejo de persecución.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
26. A veces cuando me siento bien me siento culpable.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
27. A menudo actúo impulsivamente cuando algo me molesta.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
28. Enfermo físicamente cuando las cosas no me van bien.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
29. Soy una persona muy tímida.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
30. Soy un artista frustrado.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
31. No siempre digo la verdad.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
32. Me alejo de la gente cuando me siento dolido.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
33. A menudo exijo tanto a mi mismo que los otros tienden a ponerme limites (me paran los pies)	1	2	3	4	5	6	7	8	9
34. Mis amigos no me ven como un payaso.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
35. Me aíslo de la gente cuando estoy enfadado.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
36. Tiendo a ponerme en guardia con la gente, que resulta ser luego más amistosa de lo que yo esperaba.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
37. Tengo cualidades especiales que me permiten andar por la vida sin problemas.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
38. A veces en las elecciones voto a personas de las que conozco muy poco.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
39. A menudo llego tarde a las citas.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
40. Hago más cosas en mis fantasías que en la vida real.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
41. Soy muy tímido para acercarme a la gente	1	2	3	4	5	6	7	8	9
42. No tengo miedo a nada.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
43. Algunas veces pienso que soy un ángel y otras un demonio.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
44. Prefiero ganar que perder en un juego.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
45. Soy muy sarcástico cuando me enfado.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
46. Soy muy agresivo cuando me siento herido.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
47. Creo en poner la otra mejilla cuando alguien me hiere.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
48. No leo todas las editoriales (artículos de opinión) del periódico a diario.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
49. Me alejo de la gente cuando estoy triste.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
50. Soy tímido en el sexo.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
51. Yo siempre siento que alguien que conozco es como un ángel de la guarda.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
52. Mi filosofía es: no oír lo malo, no hacer el mal y no ver el mal.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
53. En mi opinión, la gente con la que estoy o es buena o es mala.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
54. Si mi jefe está encima de mí y me presiona, podría cometer errores o trabajar más despacio para devolvérsela .	1	2	3	4	5	6	7	8	9
55. Todo el mundo está contra mí.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
56. Yo intento ser agradable con la gente que no me gusta.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
57. Me pondría muy nervioso si en un avión en el que estoy volando se estropease un motor.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
58. Hay alguien que conozco que puede hacer cualquier cosa y que es absolutamente claro y justo.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
59. Algunas personas están conspirando para matarme.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
60. Soy capaz de ocultar mis sentimientos si el mostrarlos puede inferir con lo que estoy haciendo.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
61. Habitualmente soy capaz de ver el lado divertido de una situación dolorosa.	1	2	3	4	5	6	7	8	9

USO RESTRINGIDO

62. Se me pone dolor de cabeza cuando tengo que hacer algo que no me gusta.	1	2	3	4	5	6	7	8	9

Muy en desacuerdo 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Muy de acuerdo

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
63. A menudo me encuentro a mí mismo siendo agradable con la gente con la que realmente debería estar enfadado.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
64. No es cierta la opinión: Todo el mundo tiene una parte buena. Si eres malo lo eres totalmente.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
65. Nunca deberíamos enfadarnos con la gente que nos gusta.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
66. Estoy seguro que me toca la parte dura y mala de la vida.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
67. Cuando estoy estresado me hundo.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
68. Cuando sé que tendré que enfrentarme con una situación difícil, como un examen o una entrevista de trabajo, yo trato de imaginarme como será y preveo medios para superarla.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
69. Los médicos nunca entienden lo que realmente me pasa.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
70. Cuando alguien cercano a mi se muere, no me siento muy afligido o alterado	1	2	3	4	5	6	7	8	9
71. Después de luchar por mis derechos, yo tiendo a disculparme por haberlo hecho.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
72. La mayoría de lo que me sucede no es responsabilidad mía.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
73. Cuando estoy deprimido o ansioso, comer me hace sentir mejor.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
74. Trabajar duro me hace sentirme mejor.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
75. Mis médicos no son capaces de ayudarme realmente o resolver mis problemas	1	2	3	4	5	6	7	8	9
76. Me dicen a menudo que no muestro mis sentimientos.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
77. Yo creo que la gente habitualmente ve más significados en películas, obras o libros de los que realmente tienen.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
78. Tengo costumbres o hábitos que me siento impulsado a hacer, o de lo contrario, siento que sucederá algo terrible.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
79. Tomo drogas, medicinas o alcohol cuando estoy tenso.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
80. Cuando me siento mal intento estar con alguien.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
81. Si yo puedo predecir que voy a estar triste de antemano, puedo superarlo mejor.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
82. No importa cuanto reclame o me queje, nunca obtengo una respuesta satisfactoria.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
83. A menudo descubro que no siento nada cuando la situación debería provocarme sentimientos fuertes.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
84. Tener cosas entre manos me previene de la depresión y de la ansiedad.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
85. Fumo cuando estoy nervioso.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
86. Si yo estuviera en una crisis, buscaría hablar con otra persona que tuviera el mismo problema.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
87. No puedo ser criticado o censurado por lo que hago mal.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
88. Si tengo un pensamiento agresivo siento la necesidad de hacer algo para compensarlo.	1	2	3	4	5	6	7	8	9

NO RESTRINGIDO

Nombre: ..... Fecha: .....

FORMAS DE DEFENSA MADURAS

1. Supresión.

3	60	X	X/2

2. Orientación a la tarea

74	84	X	X/2

3.Anticipación

68	81	X	X/2

4. sublimación

5	X

5. Humor

8	34	61	X	X/3

FORMAS DE DEFENSA NEURÓTICAS

6. Formación reactiva

13	47	56	63	65	X	X/5

7. Anulación

71	78	88	X	X/3

8. Inhibición

10	17	29	41	50	X	X/5

9. Retirada

32	35	49	X	X/3

10. Idealización

51	58	X	X/2

11. Pseudoaltruismo

1	X

FORMAS DE DEFENSA INMADURAS

12. Proyección

4	12	25	36	55	59	66	72	87	X	X/9

USO RESTRINGIDO

13. Agresión Pasiva

2	22	39	45	54	X	X/5

14. Acción

7	21	27	33	46	X	X/5

15. Omnipotencia-Devaluación

11	18	23	24	30	37	X	X/6

16. Queja

69	75	82	X	X/3

17. Fantasía

40	X

18. Aislamiento

70	76	77	83	X	X/4

19. Escisión

43	53	64	X	X/3

20. Identificación proyectiva

19	X

21. Regresión

9	67	X	X/2

22. Somatización

28	62	X	X/2

23. Negación

16	42	52	57	X	X/4

24. Afiliación

80	86	X	X/2

25. Consumo

73	79	85	X	X/3

DEF. MADURAS	
DEF. NEURÓTICAS	
DEF. INMADURAS	

USO RESTRINGIDO

Universidad de San Carlos de Guatemala
Centro Universitario Metropolitano –CUM-
Escuela de Ciencias Psicológicas
Centro de Investigaciones en Psicología –CIEP´s- “Mayra Gutiérrez”

BITACORA DE OBSERVACION GENERAL

Fecha: _____ Hora: _____ No. de reunión: _____ Sexo del Observado: _____ No.: _____
Lugar: _____ Observador: _____

Ambiente general	Estado físico y emocional del entrevistado	Disponibilidad y participación del entrevistado	Observaciones alternativas	Revisión y conclusiones
___ Iluminación ___ Ventilación ___ Espacio físico ___ Ruidos e interrupciones externas ___ Relaciones interpersonales ___ Colaboración del personal. Otras:	**Estado físico** ___ Evidencia grados de desnutrición ___ Evidencia secuela debido a la enfermedad. ___ Evidencias de infecciones respiratorias. Apariencia general. ___ Buena ___ Regular ___ Mala ___ Alteración nerviosa **Estado emocional** ___ Alteración emocional ___ Alteración de la consciencia. ___ Atención centrada. ___ Participación activa.	**Disponibilidad** Buena 1 2 3 4 5 Mala **Participación** Buena 1 2 3 4 5 Mala		**Revisión:** **Conclusiones:**