

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL

**INTERVENCIÓN DEL PROFESIONAL DE TRABAJO SOCIAL EN EL PROCESO  
DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN LOS PACIENTES DE VIH/SIDA**

TESINA

Presentada a la Dirección de la  
Escuela de Trabajo Social de la Universidad de  
San Carlos de Guatemala

POR

**LAURA ISABEL VALENZUELA HELGUERA**

Previo a Conferírsele el Título de

TRABAJADORA SOCIAL

En el Grado Académico de

**LICENCIADA**

Guatemala, noviembre de 2008

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL**

**AUTORIDADES UNIVERSITARIAS**

Rector  
Secretario

Lic. Carlos Estuardo Gálvez Barrios  
Dr. Carlos Alvarado Cerezo

**AUTORIDADES DE LA ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL**

Directora  
Secretaria

Mtra. Mirna Aracely Bojórquez de Grajeda  
Licda. Eva Carolina de la Rosa de Martínez

**CONSEJO DIRECTIVO**

**REPRESENTANTES DOCENTES**

Licenciada  
Licenciado

Alma Lilian Rodríguez Tello  
Edwin Gerardo Velásquez

**REPRESENTANTE DE LOS PROFESIONALES**

Maestra

María Eloisa Escobar Sandoval

**REPRESENTANTES ESTUDIANTILES**

Estudiante  
Estudiante

Urzula Patricia Zapeta Zepeda  
José Ramón Oliva

**TRIBUNAL EXAMINADOR**

Directora  
Secretaria  
Coordinadora IIETS  
Tutor Revisor  
Coordinadora Área de Formación  
Profesional Específica

Mtra. Mirna Aracely Bojórquez de Grajeda  
Licda. Eva Carolina de la Rosa de Martínez  
Mtra. Ada Priscila del Cid García  
Lic. Florencio León Rodríguez  
  
Licda. Carmen Maricela Mejía Giordano

“Los autores serán los responsables de las  
opiniones y criterios expresados en sus obras”.

Artículo 11 del Reglamento del Consejo Editorial de  
la Universidad de San Carlos de Guatemala

## **AGRADECIMIENTO A:**

GUATEMALA	País natal, como un compromiso con ustedes.
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA	Por ser la casa que me formó profesionalmente en beneficio de la sociedad guatemalteca.
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL	Por su formación académica en esta noble carrera.
INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL	Por permitirme la realización de esta investigación.
MI TUTOR –REVISOR	Lic. Florencio de Jesús León, agradecimientos por su paciencia, tiempo y orientación recibida en la presente investigación
MIS MADRINAS DE GRADUACIÓN	Licda. Ilse Patricia Klug de Noriega y Licda. Luz del Carmen González Villatoro Mi agradecimiento por el apoyo proporcionado
MIS AMIGAS	Agradecimiento a su apoyo y cariño incondicional

## **ACTO QUE DEDICO A:**

DIOS

Por el don de la vida, su amor, compañía, fortaleza y sabiduría que me ha regalado para culminar esta meta.

MIS PADRES

Francisco de Jesús Valenzuela Reyes

Por su apoyo incondicional

Delia Helguera Rivera (+)

Plegarias al Creador

HERMANOS

Como un ejemplo de lograr lo propuesto

SOBRINOS

Que Dios los bendiga

## ÍNDICE

	Página
<b>INTRODUCCIÓN</b>	i
 <b>CAPÍTULO 1</b>	
<b>MARCO TEÓRICO Y CONTEXTUAL</b>	1
1.1 Aspectos Conceptuales	1
1.2 Generalidades del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social	18
1.3 Antecedentes	20
 <b>CAPÍTULO 2</b>	
<b>PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS DE LA INVESTIGACIÓN DE CAMPO</b>	22
Cuadro 1: Tratamiento	22
Cuadro 2: Período de Tratamiento	22
Cuadro 3: Abandono del Tratamiento	23
Cuadro 4: Existencia de Rechazo	23
Cuadro 5: Redes de Apoyo	24
Cuadro 6: Opinión de Grupo	24
Cuadro 7: Experiencias Grupales	25
Cuadro 8: Expectativas de Participación Grupal	25
Cuadro 9: Asistencia a Reunión	26
Cuadro 10: Reunión	27
Cuadro 11: Horario de Reunión	27
Cuadro 12: Temas Deseados	28
Cuadro 13: Población Atendida	28
Cuadro 14: Grupo Familiar	29
Cuadro 15: Aspecto Laboral	29
Cuadro 16: Actividad Laboral	30
Cuadro 17: Escolaridad	30
Cuadro 18 Drogadicción	31

Cuadro 19: Adicciones	31
Cuadro 20: Ingresos	32
Cuadro 21: Egresos	33
Cuadro 22: Alimentación	34
Cuadro 23: Vivienda	34
Cuadro 24: Salud	35
Cuadro 25: Recreación	35
Cuadro 26: Parentesco	36
Cuadro 27: Edad	37
Cuadro 28: Ocupación	38
Cuadro 29: Religiosidad	39
Cuadro 30: Actividad Religiosa	39
Cuadro 31: Sexo	40
Cuadro 32: Estado Civil	41

### **CAPÍTULO 3**

<b>PROPUESTA PROFESIONAL: ORGANIZACIÓN PRO-ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN LOS PACIENTES QUE VIVEN CON VIH/SIDA</b>	42
--	----

3.1 Presentación	42
3.2 Justificación	42
3.3 Objetivos	43
3.4 Metas	43
3.5 Cronograma de Actividades Grupales	44
3.6 Metodología	44
3.7 Recursos	45
3.8 Bibliografía Sugerida para Implementar la Propuesta	46

<b>CONCLUSIONES</b>	47
---------------------	----

<b>RECOMENDACIONES</b>	48
------------------------	----

<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	49
---------------------	----

## **INTRODUCCIÓN**

El tema seleccionado se refiere a la Intervención del Profesional de Trabajo Social en el Proceso de Adherencia al Tratamiento en los Pacientes de VIH/SIDA, en relación a los factores socio-culturales que se considera influyen en este proceso, tanto en el paciente, como en su entorno familiar, laboral y social.

La razón de este tema objeto de estudio, es la problemática de la adherencia al tratamiento de la población afectada por el VIH/SIDA, pues existen causas de tipo personal, familiar y laboral, que intervienen en este proceso de la enfermedad para contribuir profesionalmente al manejo y control de la misma.

El desarrollo de esta investigación se ha realizado en base al método inductivo-deductivo y viceversa, aplicando las técnicas de entrevista, observación, utilizando los instrumentos de cuestionario, cuaderno de campo, expediente médico, como fuente de información.

Los objetivos planteados se considera que se han logrado aproximadamente en un 75%, comprobándose las causas que intervienen en el proceso de adherencia en estas personas. Obteniéndose la información deseada debido a la efectividad de los resultados del Plan de Investigación.

El presente trabajo de investigación consta de tres capítulos, siendo los siguientes: Capítulo 1 Marco Teórico y Contextual, Capítulo 2 Presentación, Interpretación y Análisis de los datos de campo y Capítulo 3 Propuesta de Intervención.



## **CAPÍTULO 1. MARCO TEÓRICO Y CONTEXTUAL**

### **1.1 Aspectos Conceptuales**

Para el desarrollo y comprensión de la presente investigación, se consideró importante analizar los siguientes conceptos:

#### **❖ Trabajo Social**

“Es una disciplina de las Ciencias Sociales que en forma científica, interviene en la problemática social a nivel individual, grupal y comunal, derivada de la estructura económico social vigente, propiciando mediante la concientización y organización de los sectores mayoritarios, su movimiento y autogestión en la búsqueda de mejores niveles de vida que nos permitan el disfrute de su bienestar integral, derivado de un proceso de promoción social constante que los involucre en la transformación social”<sup>1</sup>.

Trabajo Social ha surgido de los ideales humanitarios y democráticos, valorizando el respeto a la igualdad y la dignidad de todas las personas. Desde sus comienzos (hace más de un siglo), la práctica de Trabajo Social se ha centrado en hacer frente a las necesidades humanas y desarrollar el potencial humano. Los derechos humanos y la justicia social constituyen la motivación y la justificación de la acción del Trabajo Social.

En términos generales, el Trabajo Social es estudiado genéticamente como producto del capitalismo, modo de producción que rige la mayor parte del planeta, por lo que su condición histórica está articulada a la evaluación capitalista, aunque el Trabajo Social se sigue manteniendo en algunos países socialistas, por ejemplo en Cuba.

“Se le atribuye una función de concientización, organización y movilización del

---

<sup>1</sup> Díaz Argueta, Julio César. “Conceptualización de Trabajo Social”. Documento de Apoyo. 1987. s/No. Pág.

pueblo. Función que es compartida por otros ámbitos profesionales y otras esferas de actuación. Lo específico son los proyectos o intervenciones propias, ya sea en la prestación de servicios o en la acción social, que procuran generar un proceso de promoción del auto desarrollo interdependiente de individuos, grupos y comunidades, para que insertos críticamente y, dentro de lo posible, actuando y participando en sus propias organizaciones, contribuyan a la transformación social.

En la medida que toda acción social tiene su significación última, considerada a partir del marco ideológico-político desde el que se promueve o realiza, el Trabajo Social apunta a la realización de un proyecto político que significa el tránsito de una situación de dominación y marginalidad a otra de plena participación del pueblo en la vida política, económica, social y cultural del país. Esta participación y este modo de actuación, debe ayudar a crear las condiciones necesarias para un nuevo modo de ser hombre”<sup>2</sup>.

En solidaridad, la profesión lucha por mitigar la pobreza y liberar a los vulnerables, excluidos y oprimidos, promoviendo su inclusión social.

“El Trabajo Social basa su metodología en un conjunto sistemático de conocimientos sustentados en la experiencia y derivados de la investigación y de la evaluación práctica, incluyendo el conocimiento y sus contextos locales e indígenas.

Reconoce la relación entre los seres humanos y su entorno, así como la posibilidad de que las personas, por un lado, se vean afectas por todo lo que influye sobre ellas y, por otro modifiquen estas influencias, incluyendo los factores bio psicosociales.

La profesión de Trabajo Social recurre a teorías acerca del desarrollo y comportamiento humano, así como acerca de los sistemas sociales, para analizar las

---

<sup>2</sup> Ander Egg, Ezequiel. Diccionario del Trabajo Social. Editorial “El Ateneo”, S.A. de C.V. 10ª. Edición. México, 1988. Pág.323

situaciones complejas y facilitar los cambios personales, organizativos, sociales y culturales”<sup>3</sup>.

El Trabajo Social, en sus distintas expresiones, se ha dirigido a las múltiples y complejas relaciones entre las personas y sus ambientes. Su misión, facilitar que todas las personas desarrollen plenamente sus potencialidades, enriquezcan sus vidas y la prevención de las disfunciones.

Basándose en la teoría de Mary Richmond, el Trabajo Social, se ha enfrentado a las barreras, desigualdades e injusticias existentes en la sociedad. Respondiendo a las crisis y emergencias, así como a los problemas personales y sociales de la vida diaria. Utilizando una variedad de experiencias, técnicas y actividades consecuentes con su centro de atención holístico en las personas y sus entornos. “Los ámbitos profesionales del Trabajo Social, comprenden, gran diversidad de ámbitos de actuación ( todos aquellos sectores poblacionales que precisan de una atención especial) tercera edad, personas con discapacidad, personas maltratadas (en especial mujeres, menores y ancianos), reclusos, inmigración, exclusión social, minorías étnicas, drogodependencias y adicciones, emergencia social, entre otros ámbitos”<sup>4</sup>.

El Trabajo Social Profesional, ha estado enfocado a la solución de problemas y al cambio. Por ello, los Trabajadores Sociales son agentes de cambio en la sociedad y en las vidas de las personas, familias y comunidades para las que trabajan. Ha utilizado herramientas como, Informe Social, que conlleva Historia Social, Diagnóstico Social, Proyectos de Intervención, etc.

El objeto de intervención, se ha construido desde la reproducción cotidiana de la vida social de los sujetos, explicitada a partir de múltiples necesidades expresadas como demandas y carencias, y que de esta forma han llegado a las instituciones para ser canalizadas o no.

---

<sup>3</sup> Neto, José Paulo. “Capitalismo Monopoloista y Servicio Social”. Editora Cortéz. 1992. Pág. 13

<sup>4</sup> Ídem. Pág. 1

El Trabajo Social ha crecido con ideales humanitarios y democráticos, basando sus valores en el respeto a la igualdad, el valor y la dignidad de todas las personas. La práctica de Trabajo Social se ha centrado en hacer frente a las necesidades humanas y desarrollar el potencial humano. Los derechos humanos y la justicia social, constituyen la motivación y la justificación de la acción del Trabajo Social.

### ❖ Trabajo Social de Casos

“Es el método que estudia individualmente la conducta humana, con el fin de interpretar, descubrir y encausar las condiciones positivas del sujeto y debilitar o eliminar las negativas para resolver sus problemas.

Es el único método que permite conocer a las personas y aplicar un tratamiento social en base al conocimiento psicosocial del individuo y las posibilidades de su ambiente”<sup>5</sup>.

El Trabajador Social al trabajar con las personas en la solución de sus problemas, estas personas son los sujetos de intervención y los problemas son los objetos de ella.

En relación al concepto arriba indicado, anteriormente se le conoce, según Mary Richmond, como Servicio Social de Casos. Durante el Movimiento de la Reconceptualización, se conoce como Nivel de Acción Profesional Individual, y en la Escuela de Trabajo Social del Campus Central de la Universidad de San Carlos de Guatemala, se le da el nombre de Trabajo Social Individual y Familiar.

El Trabajo Social de Casos “Se basa en unos procesos que desarrollan la personalidad del individuo por medio de la adaptación conscientemente efectuada, individuo a individuo, entre los hombres y su entorno social.

---

<sup>5</sup> Ander Egg, Ezequiel. Técnicas de Investigación Social, Editorial Humanitas, México, 1983, s/No. Pág.

Su objetivo principal es el mantenimiento y desarrollo de la personalidad.

El modo de aproximación es el estudio y la mejora de la adaptación en las relaciones sociales del hombre. Presta su servicio, mediante la realización de mejoras en la adaptación entre los individuos y su entorno social.

Su metodología consiste en procesos de percepción, en los que se trata de percibir tanto al sujeto con sus características, como al entorno con las suyas. A través de la entrevista real, testimonial y circunstancial, mediante la rigurosa evaluación de los distintos testimonios adquiridos, que constituirán el diagnóstico. Se le da importancia a la definición de la situación y la personalidad sobre la que se intervendrá.

### **Formas del Proceso de Acción**

#### **❖ Intervención Directa con el Usuario**

Es una acción sobre la mente, se realiza con la persona consciente, se lleva a cabo a través de la relación de ayuda, en la que es fundamental la obediencia, afecto e intelecto

#### **❖ Intervención con el Entorno**

Es una acción indirecta, la familia es fundamental, se trata de descubrir el tipo de ayuda que cada miembro puede aportar, recomparar el tejido familiar, y reeducar los hábitos en los miembros de la familia, y buscar apoyo en otros lugares del entorno. También con los recursos y ayudas que hay en el entorno”<sup>6</sup>.

#### **❖ El Diagnóstico**

“El término indica el análisis que se realiza para determinar cuál es una situación y

---

<sup>6</sup> Idem. s/No. Pág.

cuáles son las tendencias de la misma.

Esta determinación se realiza sobre la base de informaciones, datos y hechos recogidos y ordenados sistemáticamente, que permiten juzgar mejor qué hacer y cómo hacerlo. Usado inicialmente en medicina, el término se aplica análogamente en otras disciplinas.

Es la interpretación o el intento de una definición de las dificultades sociales del cliente. No está completo si no incluye las complicaciones, dificultades...para prevenir los riesgos”<sup>7</sup>.

Toda disciplina científica, partiendo del Método Científico, establece una secuencia lógica para abordar al objeto de conocimiento. Esto implica la utilización de técnicas, para acceder a dicha realidad. Entre las que verifican los contenidos, utilizadas para recoger información y poder elaborar modelos de acción; se mencionan las siguientes:

### ❖ Diagnóstico Social

“Procedimiento por el cual se sistematizan los datos e información sobre la situación problema de una determinada realidad, estudiando cómo se ha llegado a ella y cuáles son las tendencias dinámicas que en ellas se manifiestan.

En el diagnóstico se intenta determinar la naturaleza y magnitud de las necesidades y problemas que afectan el aspecto, sector o situación de la realidad social estudiada. Hay que establecer también la jerarquización de las necesidades y problemas en función de ciertos criterios políticos, ideológicos y técnicos.

Comporta, asimismo, el conocimiento de las diferentes fuerzas en conflicto y de los factores que actúan de manera favorable, neutra o desfavorable, para alcanzar los objetivos o la finalidad propuesta, y las tendencias dinámicas y armónicas o

---

<sup>7</sup> Idem. Pág. 9

contradictorias que se dan en el seno de una realidad determinada. También incluye la determinación de los recursos disponibles.

Todo diagnóstico se apoya en un estudio-investigación y sirve de apoyo para la programación. Tiene por finalidad proporcionar una información adecuada y confiable que sirva de base para una acción (realización de un plan, programa o proyecto) y para fundamentar las estrategias a expresarse en la práctica concreta. Cuando se trata de una investigación y una práctica participativa, el diagnóstico deberá realizarse con la intervención directa de la misma gente, o a través de sus organizaciones o asociaciones”<sup>8</sup>.

En Trabajo Social existe la Investigación, que significa: “Todo proceso por el cual hacemos determinadas preguntas acerca de fenómenos o hechos, con el propósito de entenderlos y poder, posteriormente, explicarlos.

Toda teoría pasa por la fase de investigación, donde se confirma o se refuta. A través del Método Científico se investiga, siendo las técnicas sus herramientas. En la investigación, partiendo de la teoría que sirve de guía, el Trabajador Social, se apropia de la situación-problema existente, analiza su desarrollo y descubre sus vínculos o nexos con otros hechos. Siendo las técnicas comúnmente empleadas en la Investigación, las siguientes:

#### ❖ **Observación Directa**

Se llama así a la observación realizada utilizando únicamente nuestros sentidos físicos sobre hechos y realidades presentes. Es natural y espontánea, se realiza en el presente y se opone a la observación documental y a la experimental. En ella no interviene la mediación humana, sólo la descripción de los hechos o acontecimientos presenciados.

Debe ser planificada con anterioridad. Se le exige una relación con las proposiciones

---

<sup>8</sup> Ídem. Pág. 96

científicas de carácter más general. Es una técnica previa y preparatoria, a veces de una encuesta posterior. Es un primer contacto de carácter general con el área que se va a estudiar, posibilitando el familiarizarse con el medio al que se va a referir el estudio. Pueden sugerir nuevas ideas y detectar nuevos intereses y/o conflictos.

#### ❖ **Observación Participante**

Tiene lugar cuando el observador se mezcla con el grupo o sistema observado y participa en sus actividades. A veces se le conoce como **observación reportaje**.

Cuando tiene un carácter prolongado se le denomina **observación antropológica**.

#### ❖ **Observación Documental**

Se hace necesaria en los estudios de carácter histórico sobre fenómenos o hechos sociales a través de los documentos donde se hace referencia a éstos. Es una técnica de investigación para la descripción objetiva y sistemática del contenido manifiesto, (de carácter cualitativo), de las comunicaciones, con el fin de interpretarlas.

#### ❖ **Observación Experimental**

Se emplea principalmente, cuando en la observación simple no se han podido establecer claramente las relaciones entre las variables dependiente e independiente. Consiste en operar con dos grupos de situaciones idénticas. Se realiza una medición en ambos grupos. Entre los elementos que intervienen están:

Medio ambiente Social, en el que se realiza la experimentación. Los grupos que se comparan y el estímulo o variable que se introduce en el grupo experimental.



## ❖ La Entrevista

Procedimiento (método) o técnica, con finalidad científica, mediante la cual el entrevistado, debe proporcionar al técnico entrevistador, una información verbal por medio de series de preguntas intencionales o estímulos comunicados. Se trata de conseguir información para cualquier estudio que se realice. El entrevistador debe tener cierto dominio de esta técnica, evitando respuesta de tipo dubitativo. Tiene sus propios procedimientos y reglas, con los cuales se realiza el conocimiento científico.

## ❖ Objetivos de la Entrevista

1. Dirigir lo menos posible el desarrollo de la relación interpersonal, dejando que el sujeto entrevistado aborde los temas como quiera, concediéndole el tiempo suficiente para una expresión libre.
2. Ampliar los temas tratados, cuando el entrevistador lo estime conveniente, o por motivo del estudio que se realiza.
3. Significación de las causas personales que fijan la importancia de las respuestas”<sup>9</sup>.

## ❖ Cuestionario

Es uno de los instrumentos utilizados en Trabajo Social para la obtención de datos, preparado especialmente para aplicarlo en el proceso de la investigación. “Instrumento para la recopilación de datos, rigurosamente estandarizado, que traduce y operacionaliza determinados problemas que son objeto de investigación. Esta operacionalización, se realiza mediante la formulación escrita de una serie de preguntas que, respondidas por los sujetos en la encuesta, permiten estudiar el hecho o problema propuesto en la investigación, o bien verificar las hipótesis formuladas”<sup>10</sup>.

---

<sup>9</sup> Parra, Gustavo. “El Objeto y El Trabajo Social”. Editorial Nacea Sociocultural, s/país, s/año. Pág. 154

<sup>10</sup> Idem. Pág.154

La investigación siendo un procedimiento sistemático, que nos hace reflexionar, para conocer y poder interpretar la realidad, es indispensable para el desarrollo del tema objeto de estudio, porque ha sido necesario para encontrar respuestas a lo investigado, utilizando instrumentos metodológicos para obtención y comprobación de los datos correspondientes a los objetivos de la investigación.

En toda investigación la Observación, se ha utilizado, como uno de los procedimientos necesarios para obtener los datos, a través de todos los sentidos, observando directamente las realidades sociales, participando activamente, valiéndose de la observación con un objetivo determinado en la investigación a realizar.

De acuerdo a lo anterior, se ha llevado un control de los aspectos deseados a investigar y se han determinado los instrumentos utilizados, para el registro de los datos.

En toda observación se necesita de la persona observadora por medio de sus sentidos, lo que se observará, y los medios o instrumentos de apoyo.

El desarrollo de esta investigación se ha llevado a cabo a través de la Entrevista, procedimiento utilizado en Trabajo Social, para la recopilación de datos y así facilitar y obtener la información deseada.

Ahora, dentro del contexto médico-social, es importante hablar y conocer del VIH, debido a que esta enfermedad sigue infectando y desapareciendo vidas humanas, lo que ha hecho necesario saber cómo combatirla y prevenirla. La ciencia cada vez sigue avanzando, por lo que las nuevas generaciones que han sido contagiadas, pueden lograr vivir con calidad de vida, al conocer el mecanismo de acción de este virus, por medio de constante información y divulgación.

VIH significa "Virus de Inmunodeficiencia Humana. Pertenece a la familia de los retrovirus. Está compuesta por una corteza hecha de proteína y un núcleo interno

con sus genes. Este virus penetra en el organismo, donde ataca y destruye las células CD4, elementos esenciales del sistema de defensa (inmunológico). El virus se replica incesantemente evitando que las Células CD4 desempeñen su función de defensa del organismo contra las enfermedades. Luego de un período de incubación (alrededor de once años) provoca el SIDA”<sup>11</sup>.

El VIH no ha discriminado a nadie, por edad, sexo, color de la piel, integración social, política, credo o prácticas religiosas, estatus económico o preferencia sexual; sin embargo, nos ha afectado a todos por igual por la repercusión que ha tenido en la vida en su conjunto, tanto económica, como social y psicológica, como en aquellas personas que se vinculan directamente con él, ya sea portador o persona allegada.

A pesar que la ciencia ha seguido en constantes investigaciones y cada vez se conoce el proceso de la infección; las personas siendo ya positivas, no se han responsabilizado del cuidado de su cuerpo, acelerando el proceso del virus, lo que los ha hecho llegar a la etapa del SIDA, presentándose varias enfermedades al mismo tiempo, llevándolos a ser vulnerables para fallecer.

Al Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida, se le ha denominado etapa final de la infección, ya que se presentan varias enfermedades al mismo tiempo, (Enfermedades Oportunistas) a causa de baja de defensas, sin embargo, esto se ha podido evitar si la persona afectada, toma conciencia que es necesario cambiar estilos de vida, constituyéndose en una persona responsable.

Por medio de la educación o información, respecto al cuidado necesario hacia su persona, al ser portadora del virus, podrá también cuidar de su pareja o futuras parejas.

---

<sup>11</sup> Albert de la Torres, Oscar y Lugo Carro, Iris Conviviendo con VIH. Edición Lic. Juan M. Castellat Falcón. Centro Nacional de Prevención de ITS/SID, 2004, Pág. 12

## ❖ SIDA

“Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida.

## ❖ Síndrome

Condición causada por un conjunto de signos y síntomas que se presentan simultáneamente.

## ❖ Inmune

Se refiere al sistema inmunológico, es decir, al sistema del organismo que combate las enfermedades.

## ❖ Deficiencia

Falta o carencia, en este caso, del sistema inmunológico.

## ❖ Adquirida

Se refiere a que no es una condición genética o hereditaria, sino que se adquiere generalmente después del nacimiento, como consecuencia de acciones específicas”<sup>12</sup>.

Esta enfermedad no se ha heredado genéticamente, se ha adquirido principalmente, por la conducta sexual, sin embargo pueden existir otros medios de infección (transfusión de sangre, agujas contaminadas). A menos que la madre ya esté infectada, y conciba así a su hijo, corre el riesgo de infectarlo por parto natural, lactancia materna o vía intrauterina.

---

<sup>12</sup> Ibid. Pág. 15

En esta fase se ha manifestado más avanzada la infección y se le puede llamar enfermedad; la cual se ha logrado detectar, por medio de exámenes de laboratorio y clínicamente por el médico, ante los síntomas de algunas enfermedades oportunistas.

Al obtener conocimiento e información de las etapas de la infección, la persona con VIH/SIDA, puede controlar el proceso de la infección, porque conoce las causas que provocan una reinfección.

Se puede entender como Proceso al “conjunto de actividades que requiere de uno o más insumos para producir un producto o servicio que es de valor para el cliente relacionado a la serie de pasos enfrentados por el paciente, necesarios para el cumplimiento del uso y manejo del medicamento”<sup>13</sup>.

La necesidad de apegarse o adherirse al medicamento, ha sido un auténtico desafío para el paciente, debido a la influencia de varios factores, como el mismo paciente, el medicamento, la familia y el equipo de salud, integrándolo a su vida cotidiana, empoderándose de su estado de salud, en contra de la multiplicación del virus, no así su anulación por completo.

La adherencia, ha sugerido un camino para la existencia con calidad de las personas afectadas con enfermedades crónicas, y mejoría de sus expectativas de vida. Significa: “Proceso dinámico influido por diferentes variables de tipo social, cultural, cognitivo, económico y de salud, las cuales deben ser tomadas en consideración como elementos predictores de adherencia”<sup>14</sup>.

Con la medición de este fenómeno se ha logrado conocer la posibilidad de identificación y cumplimiento de tratamiento, así como posible éxito terapéutico del paciente.

---

<sup>13</sup> Güel Durán Ana Josefina. Folleto s/datos. Pág. 15

<sup>14</sup> Idem. Pág. 1

Los términos «adherencia» y «cumplimiento» se emplean, de forma indistinta. En un principio, solo se empleó el término **cumplimiento**, para definir el uso correcto de los medicamentos. Sin embargo, algunos autores han preferido el término **adherencia**, porque han considerado que define una actitud más amplia del paciente, reflejando un compromiso con respecto a la medicación prescrita por el médico, con una participación activa, principalmente del individuo, en la elección y el mantenimiento del régimen terapéutico, así como de su grupo familiar, su entorno social, redes sociales de apoyo y personal de salud.

Los fármacos son extraños al cuerpo, por lo tanto desde el inicio de la administración de los medicamentos, la persona con VIH/SIDA, debe estar informada de la importancia del mismo, de conocer cómo funciona, efectos secundarios, horarios y cantidad. Del fallo en tomar el medicamento, dependerá el éxito de lograr que el virus sea atacado.

#### ❖ **Antirretroviral (ARV)**

“La terapia antirretroviral se inicia cuando el paciente tiene un conteo de CD4 menor o igual a 350 o bien presenta alguna enfermedad asociada al complejo relacionado con SIDA. Sus objetivos son:

- Incrementar el conteo de linfocitos T (elevar las defensas)
- Disminuir la carga viral a niveles indetectables
- Disminuir el riesgo de adquirir enfermedades oportunistas
- Elevar la expectativa y calidad de vida de las personas infectadas por VIH/SIDA”<sup>15</sup>.

La influencia de esta terapia, ha sido directa en la evolución del virus, retrasando la progresión de la enfermedad. Su indispensable permanencia, ha requerido la adherencia estricta a los medicamentos, produciéndose de lo contrario, un fenómeno llamado resistencia.

---

<sup>15</sup> Ibíd. Pág. 5

Ante la sociedad, la población infectada ha sido estigmatizada. Cuando fue detectado el virus de esta enfermedad en el grupo de homosexuales, se consideró su origen a consecuencia de la preferencia sexual de los mismos, posteriormente se ha comprobado, que su existencia se ha generalizado en la sociedad, no importando su preferencia sexual, en las personas que se han expuesto. Pero debido a la información, divulgación y prevención del VIH/SIDA, ha cambiado el concepto de las causas de su inicio.

### ❖ **Estigma**

“Es un medio de control social, que define las normas sociales y castiga a quienes se apartan de éstas. El meollo del estigma es el miedo que los estigmatizados amenacen a la sociedad. La base de ese miedo suele ser la ignorancia”<sup>16</sup>.

El estigma relacionado con la infección por el VIH/SIDA, ha obstaculizado la acción contra la epidemia en las personas, familias, comunidades y la sociedad en general. Se ha realizado un esfuerzo para luchar contra el estigma, para la existencia de calidad de vida de las personas infectadas por el VIH y de los que son vulnerables a la infección, a través de consejería, orientación, apoyo y seguimiento, en los casos que reúnan las condiciones necesarias de una reacción, contra la epidemia.

Sumando al impacto que provoca el diagnóstico de la enfermedad en las personas infectadas, existe el rechazo de la sociedad a las personas con VIH/SIDA, así como el contenido de la publicidad al respecto.

### ❖ **Discriminación**

“La Convención Interamericana sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidades considera que la

---

<sup>16</sup> Foreman, Martín; Lyra Paulo y Breinbauer, Cecilia. Comprensión y respuesta al Estigma a la Discriminación por el VIH/SIDA en el Sector Salud. Organización Mundial de la Salud Año 2003. Primera reimpresión, 2005. Pág. 11

discriminación consiste en cualquier diferencia, exclusión o restricción que viole los derechos humanos y las libertades fundamentales de una persona. La discriminación consta de tres componentes: las actitudes discriminatorias (también conocidas como prejuicios), el comportamiento discriminatorio y la discriminación”<sup>17</sup>.

Los dos primeros (las actitudes y el comportamiento discriminatorios) aplicados a las personas existentes dentro de la norma social; en cambio, el último (la discriminación), se ha aplicado a la relación entre los que están dentro de la norma social y los estigmatizados.

El estigma y la discriminación relacionados con el VIH/SIDA, están difundidos y con frecuencia han ocasionado sufrimiento considerable a las personas que los padecen; su manifestación, puede conducir a la violencia física y al asesinato; perjudicando la salud personal y pública al desalentar a los que están en riesgo, incluyendo a los que lo han ignorado, por lo que ha existido búsqueda de orientación, información y tratamiento, evitando así, repercusiones en el ámbito familiar, laboral y social.

El estigma y la discriminación no deben depender de que si es una minoría o la mayoría la afectada, pero si no se comprende la magnitud real del fenómeno, es imposible medir la eficacia de los programas, porque se desconoce su magnitud para abordarlo desde el punto de vista individual y social.

Debido al estigma que se ha tenido de la infección, las personas con VIH/SIDA han pasado por un proceso de duelo, lo que ha provocado una baja autoestima y desvalorización, considerando la enfermedad como un castigo, o que la obtuvo a consecuencia de su conducta o su preferencia sexual. Además, se ha considerado no valioso para su familia, para la sociedad; por lo que ha decidido aislarse de su medio ambiente.

---

<sup>17</sup> Ibíd. Pág. 11



## ❖ Autoestima

“Expresa el concepto que cada persona tiene de sí misma, según cualidades que son susceptibles de valoración.

También se puede considerar como el concepto que el individuo tiene de si mismo como un ser físico, emocional, social y espiritual. Capacidad de permanecer estable (en aspectos más nucleares y profundos) y cambiante al mismo tiempo (en sus aspectos más dependientes del contexto).

Es la clave del éxito o del fracaso personal, así como también la clave para comprenderse y comprender a los demás. Es la suma de la confianza y el respeto por uno mismo. Refleja el juicio implícito que cada uno hace de su habilidad para enfrentar los desafíos de la vida (para comprender y superar los problemas) y de su derecho a ser feliz (respetar y defender sus intereses y necesidades).

Tener una autoestima alta es sentirse confiadamente apto (a) para la vida, es decir, capaz y valioso (a). Tener autoestima baja es sentirse inútil para la vida, equivocado (a), no con respecto a tal o cual asunto, sino equivocado (a) como persona. La autoestima es un sentimiento dinámico, es decir, no es un punto que se alcanza y se mantendrá inmóvil.

Está sujeta a los cambios y estímulos de cada proceso, de cada persona, lo importante es ser consciente de los factores que afectan el estado de ánimo y sentimientos y reconocer el efecto que ejercen en nuestro ser. Es estado de una persona que no está en guerra ni consigo misma, ni con los demás, es una de las características más significativas de una autoestima sana”<sup>18</sup>.

La depresión, es un fenómeno psíquico que se desarrolla a partir que estas personas

---

<sup>18</sup> Manual para la Orientación y Manejo de Emociones en personas que viven con VIH/SIDA, elaborado por Ministerio de Salud Pública, Dirección General de Regulación, Vigilancia y Control de la Salud. Programa Nacional de Prevención y Control del ITS/VIH/SIDA. Pág. 27

conocen el diagnóstico de su enfermedad, lo que puede incidir en el debilitamiento de su proyecto de vida.

Por otro lado las personas con VIH/SIDA, en algunos casos no han contado con el apoyo emocional necesario, por lo que a solas, han sufrido el proceso de la enfermedad, afectándoles en su adaptación a nuevos estilos de vida.

### ❖ **Depresión**

“Es uno de los sentimientos más dolorosos que una persona pueda tener. Básicamente parece ser la ausencia de la esperanza, pérdida de interés o placer en casi todas las actividades. Las personas deprimidas dejan de creer que la vida es buena, que encierra comodidades y delicias, que lo que uno hace es importante, que implica una diferencia y que las cosas pueden mejorar o se arreglarán”<sup>19</sup>.

Lo anterior, ha sucedido en los pacientes cuando alguna persona con la que se han relacionado, falleció por la enfermedad de SIDA, pensando que la actividad sexual llegó a su fin; que perdieron la posibilidad de procrear hijos, realización de proyectos, planificaciones a largo plazo, descubriendo la administración de los medicamentos antirretrovirales, por tiempo indefinido y creyendo que no lograron alcanzar sus objetivos personales, como la formación e integración de una familia (madre o padre). Ha sido evidente en personas jóvenes.

## **1.2 Generalidades del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social**

### ❖ **Misión**

Aplicar en beneficio del pueblo de Guatemala, un régimen nacional unitario y obligatorio de seguridad social, de conformidad con el sistema de protección mínima.

---

<sup>19</sup> Ibíd. Pág. 28

## ❖ Visión

Un país con trabajadores sanos, respaldados por servicios de salud y previsión, efectivos, modernos, que contribuyan al bienestar físico, mental del trabajador, razón fundamental de la existencia de la institución y de su familia como parte integral del ser humano.

“El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social es una Institución autónoma, de derecho público, con personería propia y plena capacidad para adquirir derechos y contraer obligaciones, cuya finalidad es la de aplicar en beneficio del pueblo de Guatemala, y con fundamento en el artículo 63 de la Constitución de la República, un régimen nacional, unitario y obligatorio de seguridad social, de conformidad con el sistema de protección mínima.

La Ley Orgánica del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, Decreto número 295 del Congreso de la República, fue emitida el 30 de octubre de 1946. Los órganos superiores del Instituto son:

- a. Junta Directiva
- b. La Gerencia
- c. El Consejo Técnico

Son aspiraciones del Régimen de Seguridad Social, proteger a todos los afiliados que se encuentran expuestos de un modo u otro a contingencias que disminuyan o concluyan con sus ingresos cuando deben suspender el trabajo por causa de accidente, de enfermedad, maternidad, invalidez o edad avanzada en que ya no pueden trabajar, ante el hecho fatal de la muerte, el Régimen de Seguridad Social tiene como meta proteger a la familia, viudas e hijos huérfanos. Dichos riesgos son la manifestación constante de la inseguridad del hombre ante la vida, ya que por lo general no cuenta con medios suficientes para hacerles frente individualmente y

reparar los daños sufridos en la salud, para mantener los ingresos personales y el bienestar general de la familia.

La sociedad organizada y civilizada no puede ignorar estos problemas, que por otra parte afligen a todos los habitantes de un país en una forma u otra. El hombre espera que el grupo social del cual forma parte y para el cual vive y trabaja, se preocupe y le de el apoyo cuando se presentan estas contingencias que no es posible evitar”<sup>20</sup>.

En consecuencia a lo antes mencionado, “el Estado crea un sistema de protección social capaz de dar a sus habitantes esa seguridad a que legítimamente aspiran, surgiendo así el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. Atiende los riesgos de:

1. Accidentes en General (accidentes de trabajo y comunes)
2. Enfermedades en General (enfermedades comunes y profesionales),
3. Maternidad,
4. Invalidez;
5. Vejez, y
6. Sobrevivencia”<sup>21</sup>.

### **1.3 Antecedentes**

Cuando fue descubierta la enfermedad del VIH/SIDA en nuestro país (1981), no le ofrecieron al paciente muchas expectativas de vida. La necesidad por la adherencia al medicamento surgió, porque se comprobó que la persona portadora de la enfermedad del VIH/SIDA, cumpliendo con la prescripción médica, la cantidad de virus retrocedió, y por consiguiente su expectativa de muerte fue menor.

Sin embargo, durante el transcurso del uso de los medicamentos, el paciente se ha enfrentado a factores negativos influyentes en el cumplimiento de su tratamiento. La

---

<sup>20</sup> Leyes Básicas del IGSS. Departamento de Relaciones Públicas del IGSS s/Pág.

<sup>21</sup> Ídem.

epidemia ha llegado a todos los niveles sociales, pero ha sido afectada la mayor parte de la población que no tiene vivienda, trabajo, o éste es escaso, recursos económicos limitados antes de ser afectados, por lo que al padecerla, ha carecido de atención. Por ejemplo en nuestro país, el gobierno, a través del Ministerio de Salud Pública, no ha asumido su responsabilidad ante este tipo de paciente.

Otros factores que también han influido en la no adherencia, es el ambiente familiar, social y laboral donde el paciente se ha desarrollado, con expectativa de vivir por vivir, el desánimo, el debilitamiento de la confianza, la identidad y la autoestima, violencia doméstica y discriminación.

Y en otros casos, a pesar de convivir en un ambiente social apropiado, el paciente ha mantenido conductas de riesgo, que acortaron sus expectativas de vida, afectando con el virus a terceras personas.

Dentro de este contexto, ante la importancia, que la adherencia, ha significado la diferencia entre la vida y la muerte, para las personas con VIH/SIDA, el Trabajo Social, ha generado procesos, que le han permitido enfrentar su dinámica de vida, irremediablemente vinculada con su tratamiento, planteando una metodología de intervención social, dedicada a desarrollar estrategias que permitieron por una parte, seleccionar a las personas con capacidad adaptativa a la terapia, y por otra parte, detectar aquellos pacientes con tendencia al abandono del tratamiento, así como, definir un modelo de seguimiento, con base en el nivel de adherencia para su mejoramiento.

Lo anteriormente mencionado, fue necesario debido a las consecuencias que ha vivido la población afectada, como hogares desintegrados, ser niños huérfanos, lo que implicó que, generalmente se quedaron viviendo con familiares, tales como abuelos, tíos; en jardines infantiles. Ante esta realidad, surgieron esperanzas y desafíos, para que las personas afectadas tuvieran calidad de vida, siendo el reto principal, reaprender a vivir, tomando decisiones responsables.

## CAPÍTULO 2. PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS DE LA INVESTIGACIÓN DE CAMPO

Este capítulo contiene los cuadros estadísticos, su análisis e interpretación de los datos, habiéndose estructurado 30 cuadros.

CUADRO 1

TRATAMIENTO  
(Según Responsabilidad de la Población Investigada)

Abandono	f (x)	%
Sí	26	79
No	7	21
TOTAL	33	100

Fuente: Investigación de Campo, julio 2008

En el presente cuadro la mayor frecuencia está localizada en la variante 'Sí'.

Con esta situación surge la necesidad de su organización, para contribuir a minimizar el abandono del tratamiento y sus consecuencias, en las personas que viven con VIH /SIDA.

CUADRO 2

PERÍODO DE TRATAMIENTO  
(Según Cantidad de Tiempo)

Años	f (x)	%
1 – 5	18	55
6 – 10	13	39
11 – 15	2	6
TOTAL	33	100

Fuente: Investigación de Campo, julio 2008

En el presente cuadro el mayor porcentaje esta localizado en el rubro '1-5 '.

Este resultado ofrece la oportunidad, por el poco tiempo de tratamiento, de aprovechar innovaciones en el avance de la medicina, por ejemplo respecto a terapias médicas, permitiéndoles a quienes padecen esa infección, mejores expectativas de vida y con calidad.

CUADRO 3

**ABANDONO DEL TRATAMIENTO**  
(Según Causas en Población Investigada)

Tipos	f (x)	%
Médicas	15	58
Laborales	7	27
Personales	4	15
<b>TOTAL</b>	<b>26</b>	<b>100</b>

Fuente: Investigación de Campo, julio 2008

En este cuadro el mayor porcentaje está localizado en la variante 'médicas'.

En esta situación se considera que la población estudiada, está consciente de los beneficios que obtiene cumpliendo con el tratamiento, pues les ofrece prolongación de vida con calidad y por lo tanto bienestar personal, familiar, laboral, económico y social.

CUADRO 4

**EXISTENCIA DE RECHAZO**  
(Según Entorno de Miembros)

SÍ						NO				TOTAL	
Familiar	%	Compañeros	%	Otros	%	Famili- ar	%	Compañe- ros	%	f(x)	%
	8	3	8	1	3	16	42	15	39	38	100

Fuente: Investigación de Campo, julio 2008

En el presente cuadro el mayor porcentaje, se encuentra ubicado en el rubro 'familiar' de la variante 'NO'.

Es satisfactorio este resultado, pues el apoyo de la familia es de mucha importancia en el proceso de la enfermedad de esta población investigada.

### CUADRO 5

#### REDES DE APOYO (Según Entorno Social)

Participantes	f (x)	%
Grupo familiar	26	71
Pareja	7	11
Amigos	1	3
Otros	1	3
Ninguno	1	3
Total	36	100

Fuente: Investigación de Campo, julio 2008

En este cuadro el mayor porcentaje, está ubicado en el renglón 'Grupo Familiar'. Esta situación, permite a las personas infectadas por el VIH/SIDA, sentirse apoyados por sus seres queridos, tanto física, emocional, como materialmente, lo que influye favorablemente en su actitud ante el proceso de su enfermedad.

### CUADRO 6

#### OPINIÓN DE GRUPO (Según Miembros Entrevistados)

Respuesta	f (x)	%
Ayuda Espiritual y Emocional	11	58
Servicio y Convivencia	8	42
Total	19	100

Fuente: Investigación de Campo, julio 2008



En ese cuadro, el mayor porcentaje está situado en la variante 'Espiritual y Emocional'.

Este resultado permite a estas personas, contar con la imagen que tienen de participación en un grupo determinado, lo que constituye una base para su asistencia en otros grupos, para la atención a sus inquietudes y necesidades al respecto.

#### CUADRO 7

##### EXPERIENCIAS GRUPALES (Según su Participación)

Reuniones	f (x)	%
Sí	20	61
No	13	39
Total	33	100

Fuente: Investigación de Campo, julio 2008

En el presente cuadro, el mayor porcentaje está localizado en la variante 'Sí '

Es valioso contar con este factor debido a que es determinante para el desarrollo de su organización, en función de contribuir con esta población, a superar las limitantes que los rodean para lograr cambios para mejorar sus expectativas de vida

#### CUADRO 8

##### EXPECTATIVAS DE PARTICIPACIÓN GRUPAL (Según Interés de Miembros Entrevistados)

Decisión	f (x)	%
Sí	26	79
No	7	21
Total	33	100

Fuente: Investigación de Campo, julio 2008

En este cuadro, la mayor frecuencia se encuentra en el rubro 'Sí'.

Esta respuesta es fundamental, por el interés que reflejan respecto a su organización y por la necesidad de relacionarse con personas afines, por su misma condición de salud, incluyendo el aspecto emocional, permitiéndoles afrontar los retos implícitos, también personales y ante su entorno en general.

**CUADRO 9**  
**ASISTENCIA A REUNIÓN**  
(Según Posibilidades)

Día	f (x)	%
Lunes	4	15
Martes	3	11
Miércoles	2	7
Jueves	1	4
Viernes	10	37
Sábado	0	0
Domingo	1	4
Cita Médica	6	22
Total	27	100

Fuente: Investigación de Campo, julio 2008

En el presente cuadro, la mayor frecuencia se encuentra en el rubro 'Viernes', pero no es significativo estadísticamente, por lo que al reagruparse con la variante 'Cita Médica', se obtiene un porcentaje de 59%.

Esta situación demuestra, que esta parte de la población estudiada está interesada en complementar la atención a su enfermedad, adaptando su tiempo disponible de acuerdo a su conveniencia, asumiendo que es desde el punto de vista laboral, en su mayoría.

## CUADRO 10

## REUNIÓN

(Según Opinión de Población Entrevistada)

Duración	f (x)	%
1 Hora	18	67
2 Horas	7	26
3 Horas	1	4
4 Horas	1	4
Total	27	100

Fuente: Investigación de Campo, julio 2008

En el presente cuadro, la mayor frecuencia está localizada en el renglón '1 Hora'.

Es necesario valorar esta respuesta, considerándose utilizar al máximo el tiempo y con prudencia, dándole especial atención a la temática a desarrollar, con un contenido enriquecedor y productivo, principalmente respecto a la adherencia al tratamiento.

## CUADRO 11

HORARIO DE REUNIÓN  
(Según Disponibilidad de Tiempo)

Hora	f (x)	%
8:00 - 10:00	18	66
12:00 y más	9	34
Total	27	100

Fuente: Investigación de Campo, julio 2008

En este cuadro, el mayor porcentaje se encuentra en la variante '8:00 - 10:00' horas.

Este resultado les facilita su desplazamiento, para continuar con sus actividades, ante lo que su organización debe asumirse responsablemente y que su contenido sea productivo. Así mismo, la población manifestó que el lugar más adecuado para las reuniones, es la Unidad de Consulta Externa de Enfermedades del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

## CUADRO 12

### TEMAS DESEADOS

(Según Necesidades de la Población)

Necesidades	f (x)	%
Información Actualizada del VIH/SIDA y de Medicamentos	19	70
Hábitos Saludables	1	4
Convivencia y Apoyo	4	15
Valores Humanos	3	11
Total	27	100

Fuente: Investigación de Campo, julio 2008

En este cuadro, el mayor porcentaje se encuentra en el rubro 'Información Actualizada del VIH/SIDA y Medicamentos'.

Lo anterior refleja la necesidad que hay que satisfacer en estas personas pues se obtendrán beneficios que redundan en su entorno y al mismo tiempo institucionalmente.

## CUADRO 13

### POBLACIÓN ATENDIDA

(Según Característica de los Miembros)

Variante	f (x)	%
Afiliado	23	70
Jubilado	8	24
Beneficiario	2	6
Total	33	100

Fuente: Investigación de Campo, julio 2008

En el presente cuadro, el mayor porcentaje se encuentra localizado en el rubro 'Afiliado'.

Hay que valorar, que los pacientes aún padeciendo de una enfermedad y específicamente los infectados por el VIH/SIDA, se consideran como personas económicamente activas, lo que les beneficia desde todo punto de vista.

CUADRO 14

**GRUPO FAMILIAR**  
(Según Número de Miembros)

1		2		3		4		5		6		7	
f (x)	%	f (x)	%	f (x)	%	f (x)	%	f (x)	%	f (x)	%	f (x)	%
33	32	29	28	22	21	10	9	6	6	3	3	1	1
Total				104									

Fuente: Investigación de Campo, julio 2008

En este cuadro, la frecuencia mayor se encuentra en el rubro '1' pero no es representativo estadísticamente, por lo que al reagruparlos con el valor del rubro '2', se obtiene un 60%, lo que representa que el grupo familiar en su mayoría lo integran de 1 a 2 miembros.

Existe una cantidad que potencialmente puede aprovecharse, para lograr el éxito de la adherencia en esta población.

CUADRO 15

**ASPECTO LABORAL**  
(Según Situación de los Entrevistados)

Empleado	f (x)	%
Sí	25	76
No	8	24
Total	33	100

Fuente: Investigación de Campo, julio 2008

En el presente cuadro, el mayor porcentaje se encuentra en el rubro 'Sí'. Esta situación le otorga a esta población el derecho que le asiste como tal dentro de la seguridad social, beneficiando al afiliado y con cobertura también para su familia, según sea el caso. Su actividad laboral les permite también beneficiarse material y emocionalmente, proporcionándoles ingresos económicos y a la vez, mantener buena autoestima, lo que contribuye en la adherencia al tratamiento

CUADRO 16

**ACTIVIDAD LABORAL**  
(Según Tiempo Laborado)

Empleado	f (x)	%
0 – 5	14	56
6 – 10	8	32
11 – 15	2	8
16 – 20	1	4
Total	25	100

Fuente: Investigación de Campo, julio 2008

En el presente cuadro, el mayor porcentaje está ubicado en el rubro '0 – 5'. Este tiempo les ofrece estabilidad laboral, lo que les permite continuidad en su atención médica. Además forman parte de la población activa laboralmente contribuyendo así en el proceso productivo del país, al mismo tiempo superan obstáculos impuestos por la sociedad.

**CUADRO 17**  
**ESCOLARIDAD**  
(Según Grupo Familiar)

Nivel Educativo	f (x)	%
Primaria	48	46
Básicos	16	15
Diversificado	17	16
Universitario	3	3
Analfabeta	13	13
Sin edad Escolar	7	7
Total	104	100

Fuente: Investigación de Campo, julio 2008

En el presente cuadro, la mayor frecuencia se encuentra localizada en el rubro 'Primaria', cuyo valor no es representativo estadísticamente. Así mismo, se encuentra un valor casi igual al del mayor porcentaje, en la variante 'diversificado'.

Por lo tanto, la escolaridad del grupo familiar tiene dos características que son el nivel educativo de primaria y el diversificado.

En relación a lo anterior ambos niveles favorecen la capacitación por la vía escrita, ajustando el grado de dificultad a cada uno de los niveles mencionados.

**CUADRO 18**  
**DROGADICCIÓN**  
(Según Población Investigada)

Variante	f (x)	%
Sí	21	64
No	12	36
Total	33	100

Fuente: Investigación de Campo, julio 2008

En el presente cuadro, la mayor frecuencia está ubicada en el renglón 'Sí'. No obstante que cualquier adicción es nociva a la salud, se considera que en la población investigada ésta no ha sido la causa de abandono del tratamiento, pues fueron adictos ya que desde el inicio de la enfermedad, están conscientes de la prohibición de ser adictos, pues interfiere en el tratamiento y en su eficiencia durante el proceso de la enfermedad, así como en el entorno general de los pacientes.

**CUADRO 19**  
**ADICCIONES**  
(Según Consumo en Personas Investigadas)

Drogas	f (x)	%
Alcohol	20	61
Tabaco	9	27
Marihuana	2	6
Cocaína	2	6
Total	33	100

Fuente: Investigación de Campo, julio 2008

En el presente cuadro, la mayor frecuencia se encuentra en el rubro 'Alcoholismo'.

Esta situación requiere mayor atención del equipo de salud a cargo de estas personas, aunque no existen índices alarmantes por el uso de esta droga, pues se considera que en su mayoría es consumida en actividades sociales y familiares, es necesario realizar actividades de promoción, prevención y educación en este campo, protegiendo sus condiciones de vida y no descuidando la adherencia al tratamiento.

**CUADRO 20**  
**INGRESOS**  
(En Quetzales Mensuales)

Ingresos	f (x)	%
Hasta – 1,000.00	7	21
1,001.00 – 2,000.00	17	52
2,001.00 – 3,000.00	3	9
3,001.00 – 4,000.00	3	9
4,001.00 y Más	3	9
Total	33	100

Fuente: Investigación de Campo, julio 2008

En relación a este cuadro, el mayor porcentaje está localizado en el renglón, 'Q. 1,001.00 – Q. 2,000.00'.

Ante esta situación se considera que no obstante, son acreedores de los beneficios que la seguridad social les otorga, independientemente del valor de sus ingresos, favoreciéndolos en la adherencia.



## CUADRO 21

## EGRESOS

(En Quetzales Mensuales)

Gastos	f (x)	%
400.00 - 1,100.00	7	21
1,101.00 - 1,801.00	14	43
1,802.00 - 2,505.00	5	15
3,905.00 y más	7	21
Total	33	100

Fuente: Investigación de Campo, julio 2008

En este cuadro, el mayor porcentaje se encuentra en el intervalo de clase 'Q.1,101.00 – Q.1,801.00', pero su valor no es representativo estadísticamente, por lo que al reagrupar con el valor del rubro 400.00-1,100.00 se obtiene un valor del 64% abriendo el intervalo de clase a 'Q.400.00 – Q.1,801.00' .

Es evidente que el intervalo de clase de los egresos, es menor que el índice del valor mínimo de la Canasta Básica de Alimentos y la Canasta Básica Vital, lo que permite asumir que la población estudiada, no cuenta con los recursos necesarios para vivir, y por lo tanto se constituye en una limitante, para fortalecer el proceso de adherencia a los medicamentos.

**CUADRO 22**  
**ALIMENTACIÓN**

(Según Gasto Mensual en Quetzales)

Egreso Mensual	f (x)	%
200.00 - 800.00	16	49
801.00 - 1,401.00	10	30
1,402.00 - 2,002.00	7	21
Total	33	100

Fuente: Investigación de Campo, julio 2008

En el presente cuadro, la mayor frecuencia se encuentra en el intervalo de clase 'Q.200.00 – Q.800.00'.

Dentro del presupuesto de egresos, la mayoría de la población evidencia que la cantidad utilizada para alimentación, se constituye en limitante para el desarrollo del proceso de adherencia a los medicamentos.

**CUADRO 23**  
**VIVIENDA**

(Según Pago Mensual en Quetzales)

Pago Mensual	f (x)	%
400.00 - 800.00	27	82
801.00 - 1,201.00	1	3
1,202.00 - 1,602.00	2	6
1,603.00 y más	3	9
Total	33	100

Fuente: Investigación de Campo, julio 2008

En este cuadro, el mayor porcentaje se encuentra ubicado en el intervalo de clase 'Q. 400.00 – Q.800.00'.

Se considera que la vivienda que pueden pagar con estos valores, tiene condiciones físicas que influyen negativamente en la adherencia, durante el proceso de la enfermedad.

**CUADRO 24**  
**SALUD**  
(Según Gasto Mensual en Quetzales)

Gasto Mensual	f (x)	%
100.00 - 200.00	17	52
201.00 y más	16	48
Total	33	100

Fuente: Investigación de Campo, julio 2008

En el presente cuadro, el mayor porcentaje se encuentra en el intervalo de clase, 'Q.100.00 – Q.200.00'.

Ante esta situación, se considera que la población invierte relativamente un alto porcentaje del presupuesto familiar, en los medicamentos que requiere el paciente, quien por el derecho que le asiste, los obtiene el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

**CUADRO 25**  
**RECREACIÓN**  
(Gasto Mensual en Quetzales)

Cantidad Mensual	f (x)	%
200.00 - 400.00	15	46
401.00 - 601.00	4	12
602.00 - 802.00	1	3
803.00 - 1,003.00	1	3
1,004.00 y más	12	36
Total	33	100

Fuente: Investigación de Campo, julio 2008

En el presente cuadro, la mayor frecuencia está localizada en el intervalo de clase 'Q.200.00 – Q.400.00', lo que no es representativo estadísticamente, sin embargo, también existe otro sector que invierte de 'Q.401.00 – Q. 601.00', obteniéndose un porcentaje del 58% lo que amplía el intervalo desde 'Q.200.00 a Q. 601.00'.

Esta situación favorece el aspecto emocional de la población, lo cual contribuye al proceso de adherencia.

**CUADRO 26**  
**PARENTESCO**  
(Con el Jefe de Familia)

Relación Filial	f (x)	%
Jefe de Familia	33	32
Padres	5	5
Hijo (a)	37	36
Hermano (a)	7	6
Concuño	1	1
Conviviente	14	13
Tío (a)	4	4
Primo (a)	3	3
Total	104	100

Fuente: Investigación de Campo, julio 2008

En este cuadro, el mayor porcentaje se encuentra en el rubro 'Hijo (a)', pero estadísticamente no es representativo.

Existe otro valor casi igual que representa aproximadamente un tercio de la población y recae en la variante 'Jefe de Familia'.

Lo anterior evidencia que los parentescos más frecuentes corresponden a la relación filial hijo(a) y jefe de familia.

**CUADRO 27**  
**EDAD**  
(Según Grupo Familiar)

Años	f (x)	%
1 - 10	16	15
11 - 20	16	15
21 - 30	20	19
31 - 40	23	22
41 - 50	15	14
51 - 60	6	6
61 - 70	5	5
71 - 80	2	2
81 - 90	1	1
Total	104	100

Fuente: Investigación de Campo, julio 2008

En el presente cuadro, la mayor frecuencia está localizada en el valor '23', lo que no es significativo estadísticamente.

Así mismo, el valor inmediatamente inferior al mayor porcentaje corresponde al intervalo '21-30' años, seguido del tercer porcentaje que corresponde al intervalo '11-20' años, es decir que la población se caracteriza joven y adulta.

Esta situación manifiesta que más de la tercera parte del total de miembros del grupo familiar es dependiente, y una quinta parte es adulta y por lo tanto con menor dependencia.

**CUADRO 28**  
**OCUPACIÓN**  
(Según Grupo Familiar)

Nivel Ocupacional	f (x)	%
Estudiantes	38	36
Oficios Varios	59	57
Sin Ocupación	7	7
Total	104	100

Fuente: Investigación de Campo, julio 2008

En el presente cuadro, el mayor porcentaje se encuentra en la variante 'Oficios Varios'.

Independientemente de la ocupación del grupo familiar de la población investigada, prevalece la actividad laboral, lo que genera un ingreso económico y por lo tanto, subsisten cubriendo en alguna medida las necesidades básicas de la familia.

**CUADRO 29**  
**RELIGIOSIDAD**  
 (Según Población Investigada)

Variante	f (x)	%
Sí	23	70
No	10	30
Total	33	100

Fuente: Investigación de Campo, julio 2008

Este cuadro, presenta que el mayor porcentaje está localizado en el rubro 'Sí '.

Es beneficioso para estas personas que viven con la enfermedad del VIH/SIDA asistir a una iglesia, pues se considera que encuentran apoyo espiritual, lo que les ayuda a mantener deseos de vivir y por lo tanto les favorece en la adherencia.

**CUADRO 30**  
**ACTIVIDAD RELIGIOSA**  
 (Según Población Entrevistada)

Religión	f (x)	%
Católica	10	30
Evangélica	13	39
Ninguna	10	30
Total	33	100

Fuente: Investigación de Campo, julio 2008

En el presente cuadro, la mayor frecuencia se localiza en la variante 'Evangélica', que solo representa más de un tercio de la población, mientras que la variante 'Católica' representa casi un tercio de la población, es decir, que sus valores reflejan poca diferencia aunque con el predominio de la religión 'Evangélica', sin embargo, como actividad religiosa representan a más de dos tercios de la población.

Esta situación indica que esta parte de la población, ha superado obstáculos, lo que les permite poseer sentido de pertenencia y así mismo participar según su preferencia religiosa, libremente, encontrando apoyo espiritual en igualdad, por ser parte de la sociedad.

**CUADRO 31**  
**SEXO**  
(Según Población Investigada)

Género	f (x)	%
Masculino	57	55
Femenino	47	45
Total	104	100

Fuente: Investigación de Campo, julio 2008

En el presente cuadro, la mayor frecuencia se encuentra localizada en el rubro 'Masculino'.

Lo anterior permite que esta cantidad de la población estudiada, no obstante ser quienes están más expuestos, tanto para adquirir como para transmitir enfermedades infecto contagiosas, específicamente de tipo sexual, puedan integrarse en programas educativos y preventivos, para contribuir a que



disminuyan los altos índices de estas enfermedades, específicamente del VIH/SIDA.

CUADRO 32  
ESTADO CIVIL  
(De la Población)

Variante	f (x)	%
Soltero	85	82
Casados	19	18
Total	104	100

Fuente: Investigación de Campo, julio 2008

En el presente cuadro, el mayor porcentaje se encuentra localizado en el renglón 'soltero' con el '82%'.

Este alto porcentaje incluye tanto personas menores como mayores de edad, pero las últimas conviven con pareja, permitiéndoles a todos ellos formar parte de una familia que se sabe, es la base de la sociedad.

### **CAPÍTULO 3. PROPUESTA PROFESIONAL: ORGANIZACIÓN PRO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN LOS PACIENTES QUE VIVEN CON VIH/SIDA**

#### **3.1 Presentación**

Basado en los datos de investigación de campo se considera necesario definir la intervención profesional de Trabajo Social, por lo tanto se propone un proyecto de trabajo enfocado al problema de adherencia de pacientes de VIH/SIDA.

La estructura de dicho proyecto es el siguiente:

- ❖ Justificación, la cual hace un remarque del problema investigado.
- ❖ Los Objetivos que definen lo que se pretende lograr mediante el proyecto.
- ❖ El Cronograma de Actividades Grupales que contiene las actividades referentes al desarrollo de las temáticas de la Capacitación Básica así como los días preferidos por la población entrevistada y el tiempo de duración de reuniones, el lugar y el responsable.
- ❖ En la Metodología se sugieren algunas Estrategias y Técnicas.
- ❖ Así mismo se hace un listado de los recursos requeridos, finalmente se sugiere la bibliografía que puede servir de consulta para el desarrollo de la temática.

#### **3.2 Justificación**

En base a los resultados de la investigación efectuada, se detectó que es necesaria la formación del grupo de pacientes que padecen de VIH/SIDA, debido a la

problemática que presentan en la adherencia al tratamiento que necesitan, que es compleja, pero que se puede afrontar organizadamente.

### **3.3 Objetivos**

#### **General**

1. Fortalecer los procesos organizativos, para obtener la adherencia a los medicamentos.

#### **Específicos**

1. Implementar los talleres de capacitación básica de líderes.
2. Desarrollar actividades inmediatas y mediatas, de acuerdo a los intereses grupales.

### **3.4 Metas**

1. Lograr la participación de, al menos, 10 personas con problema de adherencia a los medicamentos, durante 45 minutos, cada viernes, a través de reuniones, en las instalaciones de la Unidad de Consulta Externa de Enfermedades del IGSS.
2. Impulsar la participación organizada de 15 personas que viven con el virus de VIH/SIDA, a través de una reunión quincenal, con duración de 1 hora, durante cuatro meses, realizándola en la Unidad de la Consulta Externa de Enfermedades del IGSS.

### 3.5 Cronograma de Actividades Grupales

No.de Actividad	Actividad	Tiempo	Lugar	Responsable
1	1a. Reunión de Convocados	Viernes 1 hora	Unidad de Consulta Externa IGSS zona 9	Trabajador (a) Social
2	Reunión de 2do. Grupo de Convocados y Asistentes del 1er. Grupo	Viernes 1 hora		
3	Reunión de 3er. Grupo y Asistentes de 1a. y 2a. Reunión de Convocados	Viernes 1 hora		
4	Reuniones Sucesivas	Viernes 1 hora		
5	Taller: ¿Que es un Grupo Trabajo Social?	2 Viernes		
6	Taller: Estructuras Grupales	2 Viernes		
7	Taller: Derechos y Obligaciones de los Miembros de una Junta Directiva	2 Viernes		
8	Taller: Normas de Debates	1 Viernes		
9	Taller: Registros Grupales	1 Viernes		
10	Taller: Elaboración de la Agenda Grupal	1 Viernes		
11	Taller: Elaboración de Actas de Reunión Grupal	2 Viernes		
12	Taller: Redacción de Solicitudes	2 Viernes		
13	Taller: Elaboración y Desarrollo del Libro de Caja	1 Viernes		
14	Taller: de Correspondencia según particularidades	3 viernes		
15	Taller: Importancia de la Adherencia	1 viernes		

### 3.6 Metodología

Estará orientada por el proceso de desarrollo de grupo, principalmente en la etapa de formación.

- ❖ Talleres y reuniones grupales
- ❖ Técnicas: phillips 66, panel y técnicas participativas

### 3.7 Recursos

#### Humanos

- ❖ Pacientes y Familia
- ❖ Trabajadora Social
- ❖ Equipo de Salud
- ❖ Personal de Apoyo
- ❖ Autoridades de la Unidad Médica
- ❖ Personal Administrativo

#### Materiales

- ❖ Auditorium de la Unidad de Consulta Externa de Enfermedades del IGSS
- ❖ Mobiliario y Equipo de Oficina
- ❖ Material de Apoyo Escrito
- ❖ Ayudas Audiovisuales (CD's, USB)
- ❖ Equipo de Cómputo
- ❖ Equipo de Audio
- ❖ Mobiliario para reunión grupal
- ❖ Pizarrón
- ❖ Refacción

#### Financieros

##### Presupuesto de Egresos

Trabajador (a) Social	Q. 375.00
Médico	Q. 874.50
Psicólogo	Q. 624.90
Enfermería	Q. 312.30
460 refacciones	<u>Q. 10.500.00</u>
<b>TOTAL</b>	<b>Q. 12,686.70</b>

Este presupuesto tendrá que ser proporcionado por el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social y/o instituciones cooperantes.

### **3.8 Bibliografía Sugerida para Implementar la Propuesta**

1. Ander Egg, Ezequiel. Diccionario del Trabajo Social, 20<sup>a</sup>. Edición, Editorial Lumen, Buenos Aires, Argentina, 1995.
2. Calderón, Felipe de Jesús. Capacitación Básica de Líderes. Cuadernos Informativos del DITETS. Universidad de San Carlos de Guatemala, Guatemala, 1982.
3. Cirigliano, Gustavo F.J.; Anibal Villaverde, Dinámica de Grupos y Educación. Editorial El Ateneo, 17<sup>a</sup>. Edición, México, 1990.
4. Contreras de Wilhelm, Yolanda. Trabajo Social de Grupos, Editorial Pax, México, 2003.
5. García N., Ana María. Estructura Básica de Procedimientos de los Métodos de Trabajo Social. 1<sup>a</sup>. Edición, S/editorial, Guatemala, 2000.
6. Kisnerman, Natalio. Servicio Social de Grupos. 6<sup>a</sup>. Edición, Editorial Humanitas, Buenos Aires, Argentina, 1983.

## CONCLUSIONES

1. El tratamiento se realiza a mediano plazo (hasta 5 años) contando entre las redes de apoyo con el grupo familiar.
2. Es evidente el rechazo de diferentes estratos sociales hacia las personas con VIH/SIDA, siendo manifiesto en sus limitadas experiencias grupales, sin embargo, existe el deseo de participar en grupo.
3. Existe anuencia para realizar reuniones, predominando, el día viernes, en un horario de 8:00 a 10:00, cuya duración preferentemente, es de una hora, para discutir y conocer respecto al tema del VIH/SIDA.
4. Es evidente que en la población existe un alto porcentaje que consume alcohol, especialmente en situaciones sociales y familiares, sin embargo, afecta la adherencia al tratamiento empeorando su estado de salud.
5. En la población investigada predomina el sexo masculino, considerándose que es debido a que los varones socialmente, se exponen más al contagio de enfermedades infecto-contagiosas, específicamente el VIH/SIDA, contándose con personas jóvenes con estado civil solteros.

## RECOMENDACIONES

1. Que se concientice a estas personas respecto a lo fundamental que es su organización, en función de apoyo y motivación, para su responsabilidad de la adherencia en su enfermedad, para su beneficio personal y de su entorno en general e involucrar a la familia en su participación.
2. Que se implemente el trabajo cooperativo con objetivos económicos visualizados por la organización tanto de la población estudiada como de la familia, para el logro del éxito en el proceso de adherencia al tratamiento y por ende mejorar la calidad de vida de los mismos.
3. Es necesario que se incremente la información, tanto a través de los establecimientos educativos como en los medios de difusión social, respecto a la enfermedad, para su concientización, y así contribuir a que disminuyan los índices de personas infectadas con el VIH/SIDA, sin embargo, un tercio de la población cuya edad oscila entre 14-20 años, puede afectarse empezando con medidas preventivas de la enfermedad, con la implementación de la educación sexual, iniciándola en el hogar y continuándola en la escuela.
4. Que para lograr una organización fuerte, se recomienda aplicar la propuesta de intervención profesional planteada en esta investigación.



## BIBLIOGRAFÍA

1. Ander-Egg, Ezequiel. Diccionario del Trabajo Social, Editorial El “Ateneo”, S.A. de C.V. 10ª. Edición, México, 1,988.
2. Ander-Egg, Ezequiel. Técnicas de Investigación Social. Editorial Humanitas, México, 1983.
3. Albear de la Torre, Oscar y Lugo Carro, Iris. Conviviendo con VIH/SIDA, Edición Lic. Juan M. Castellat Falcón, Centro Nacional de Prevención de ITS/HIV/SIDA, s/país. 2,004.
4. Cirigliano, Gustavo F.J. Anibal Villaverde. Dinámica de Grupos y Educación. Editorial El Ateneo, 17ª. Edición, México, 1990.
5. Contreras de Wilhelm, Yolanda. Trabajo Social de Grupos, Editorial Pax, México, 2003.
6. Díaz Argueta, Julio César. Conceptualización de Trabajo Social, Documento de Apoyo.s/No. de Pág. Año 1987.
7. Foreman, Martín; Lira, Paulo y Breinbauer, Cecilia. Comprensión y Respuesta al Estigma y a la Discriminación por el VIH/SIDA en el sector Salud, Organización Mundial de la Salud, 2003, Primera reimpresión, s/país, 2,005.
8. Güell Durán, Ana Josefina, s/datos.
9. Leyes Básicas del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. Edición del Departamento de Relaciones Públicas, IGSS, s/país, s/año.

10. Manual para la orientación y manejo de emociones en personas que viven con VIH/SIDA, elaborado por Ministerio de Salud Pública, Programa Nacional de Prevención y control de ITS/VIH/SIDA. s/datos.
11. Neto, José Paulo. Capitalismo Monopolista y Servicio Social, Editora Cortéz., s/país 1,992.
12. Parra, Gustavo. El Objeto y El Trabajo Social. Nacea Sociocultural.s/país, s/año.