

TRANSFORMACIÓN EN LAS RELACIONES QUE SE DAN EN LA DINÁMICA
FAMILIAR DE UNA PERSONA DIAGNOSTICADA CON VIH

JAIME ENRIQUE GAITAN TORRES

LEYDY CAROLINA MARENTES BECERRA

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA LOS LIBERTADORES

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

PROGRAMA PSICOLOGÍA

BOGOTÀ

2016

TRANSFORMACIÓN EN LAS RELACIONES QUE SE DAN EN LA DINÁMICA
FAMILIAR DE UNA PERSONA DIAGNOSTICADA CON VIH

JAIME ENRIQUE GAITAN TORRES

LEYDY CAROLINA MARENTES BECERRA

Trabajo de grado para optar al título de profesional en psicología

Asesor

CARLOS ALBERTO RINCON OÑATE

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA LOS LIBERTADORES

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

PROGRAMA PSICOLOGÍA

BOGOTÀ

2016

Nota de aceptación

Jurado

Bogotá, 9 Octubre de 2016

Dedico este trabajo de grado a mi mamá Amalia Becerra, por haberme forjado como la persona que soy en la actualidad y por haber sido un apoyo en mi vida siempre que lo he necesitado.

También a nuestro querido docente Néstor Mario Noreña por su ardua labor y compromiso en la primera fase del trabajo de grado.

Carolina.

Dedico este proyecto de grado a mis hijos Evan Mathias Gaitán y Sara Isabella Gaitán quienes han sido el motor para que continúe con mis aspiraciones y propósitos ya que están conmigo en cada paso que doy, también a quienes a lo largo de mi carrera han me han apoyado en este arduo camino de mi vida.

Jaime.

Agradecimientos

Al llegar a la cumbre de nuestra meta como estudiantes de psicología es un sueño que se está haciendo realidad, partiendo de la premisa que es solo el inicio de muchos proyectos y metas que nos hemos propuesto juntos, en medio de tantas dificultades en el desarrollo de este proyecto de grado, pero lleno de méritos y siendo garante por la participación de diferentes personas que nos apoyaron para que este trabajo llegue a un feliz término.

A nuestros docentes y asesores por su disponibilidad y paciencia que hizo que nuestras discusiones redundaran benéficamente tanto a nivel científico como personal. No cabe duda que su participación ha enriquecido el trabajo realizado y además, ha significado el surgimiento de una sólida amistad.

RESUMEN

La presente investigación surge de la observación, ya que el número de personas en el mundo diagnosticadas con VIH aumenta y el núcleo familiar de estos sujetos tienen que vivir de primera mano todo el proceso que esto implica, desde cómo contarlos, hasta aprender a convivir con ellos, comprendiendo que en nuestra sociedad aún existen muchos tabúes sobre el virus. Según lo refiere la Organización Mundial de la Salud.

Esta investigación es de tipo cualitativo, ya que nuestro principal objetivo es el fenómeno, permitiendo comprender e identificar a partir de las vivencias y/o la cotidianidad, las relaciones y existencia de relaciones familiares que se presentan en la dinámica familiar de las personas que viven con VIH, teniendo como referentes teóricos a Pablo Cáceres de esta forma determinar la aceptación en el contexto en que viven y conocer la participación de la familia en este proceso, para ello contaremos con un sujeto diagnosticado con VIH, se usará la etnometodología como método de investigación, se aplicará una estrategia: la entrevista a profundidad de tipo semiestructurado, todo con el fin de comprender cómo se dan esas relaciones antes y después del diagnóstico de uno de sus integrantes en la familia, la información se procesa desde el análisis cualitativo. Se sugiere trabajar con poblaciones amplias con el fin de poder delimitar más factores de las dinámicas familiares que influyen sobre el sujeto diagnosticado con VIH

ABSTRACT

This research arises from the observation, since the number of people worldwide diagnosed with HIV increases, and the household of these subjects have to experience firsthand the whole process involved, from how to tell it, to learn to live with them, because in our society there are still taboos about contagion (homosexuality, with the contact, and promiscuity.) having as theoretical reference OMS

This research is qualitative, and our destination handler is the fenomeno, allowing know and identify experiences and / or in everyday life, relationships and the existence and following of family ties that arise in the dynamics of people living with family HIV, with theoretical references of Pablo Caceres determine the acceptance of the context in which they live and know the family involvement in this process, as we can infer a family in which the diagnosed member one is members with HIV, ethnomethodology as a research method, one strategy apply:depth interview , all in order to understand relations before and after diagnosis of one its members family. Information is processed from the qualitative analysis. It is Suggested Working with Large Populations, in order to define the factors of family dynamics that influence in the subject diagnosed With HIV

Tabla de contenido

Introducción	10
1. Descripción del problema	11
1.1 Otras preguntas de Investigación	11
2. Justificación	12
3. Objetivos	14
3.1 Objetivo General	14
3.2 Objetivos Específicos	14
4. Estado de la cuestión.	15
5. Marco teórico	22
5.1.1 Familia	22
5.1.2 la familia como sistema.....	22
5.1.3 Funciones de la familia	23
5.1.4 Tipologías familiares.....	23
5.2.1 VIH	25
5.2.2 Historia del VIH.....	26
5.2.3 Fases.....	27
5.3.2 Relaciones familiares	29
5.3.3 Relaciones comunicativas	30
5.3.4 Relaciones afectivas.....	30
6. Diseño Metodológico	32
6.1.1 Epistemología de la investigación.....	33
6.2.2 Teoría general de los sistemas	35
6.2.3 Teoría ecológica de Bronfenbrenner.....	35
6.2.4 Narrativas.....	37
6.2.5 Interpretarismo.....	38
6.2.6 Investigación cualitativa	39
6.2.7 Interaccionismo simbólico	40
6.2.8 Histórico hermenéutico	40
6.2.9 Etnometodología	41
6.2.10 Procesamiento de la Información.....	44
6.3 Categorías, definiciones y normas de las relaciones.....	48
6.4 Sujetos o Actores	50
6.5 Entrevista a profundidad	51
7. Análisis de la información	54

8. Resultados	73
9. Conclusiones.....	75
10. Referencias.....	78
Anexos	83
Guión de entrevista la a profundidad de tipo semiestructurada	83
Cronograma de trabajo.....	86
Artículos.....	87

Índice de gráficos

Gráfico N° 1 Planteamiento del proyecto

Gráfico N° 2 Explicación ecológica Bronfenbrenner aplicada al contexto de la investigación

Gráfico N° 3 Mapa categorial

Gráfico N° 4 Propuesta de la relación entre los actores de la investigación

Gráfico N° 5 Gráfico entrevista a profundidad

Gráfico N° 6 Genograma

Introducción

La presente investigación surge del fenómeno de las relaciones que se presentan en la dinámica familiar de las personas que viven con VIH, ya que el número de personas diagnosticados en el mundo aumenta, el núcleo familiar de estas personas tienen que vivir de primera mano todo el proceso que esto implica por ser el microsistema base del sujeto. Así mismo como contarlos y aprender a convivir con ellos, teniendo en cuenta que en la sociedad aún existen tabúes sobre su contagio, como lo es, que se da en personas homosexuales, por medio del contacto físico con una persona diagnosticada se pueden contagiar y la promiscuidad. Teniendo como referente teórico la Organización Mundial de la Salud.

El lector encontrará el desarrollo de una investigación de tipo cualitativo, que atendiendo al objetivo de analizar esta problemática se quiere comprender desde un estudio de caso el fenómeno, mediante datos e información adquiridos por descripciones y análisis extensivos de las vivencias y/o la cotidianidad, las relaciones y existencia de vínculos familiares que se presentan antes y después en la dinámica familiar de una persona diagnosticada con VIH. De esta forma determinar las relaciones de acuerdo a las categorías establecidas en la presente investigación en el contexto en que viven y conocer la participación de la familia en este proceso, para ello se contará con una familia en la que uno de sus miembros está diagnosticado con VIH. Se trabajará sobre el enfoque hermenéutico, usando la etnometodología como método de investigación, se aplicará la técnica entrevista a profundidad de tipo semiestructurada, todo con el fin de comprender si existe una transformación en las relaciones antes y después del diagnóstico.

1. Descripción del problema

La epidemia del VIH ha causado innumerables cambios en las relaciones en el entorno social, donde uno de los sistemas más afectados es el familiar, el cual incluye fragilidad de este, donde no discrimina condición social, económica o cultural, produciendo repercusiones biológicas, sociales, económicas, psicológicas y familiares. Sabiendo que el VIH no solo afecta al paciente sino también a su entorno familiar, es probable que se den distintos tipos de emociones y sentimientos, tanto por parte del paciente, como de la familia. Teniendo en cuenta que la familia es la principal institución que le permite al ser humano desarrollarse a nivel físico, cognitivo, afectivo, cultural y social. Se quiere indagar sobre: ¿Qué es lo que está ocurriendo al interior de la familia cuando un integrante es diagnosticado con VIH?, ¿Cómo son las relaciones que se presentan en la dinámica familiar de las personas que viven con VIH?

De igual manera es importante identificar si se componen nuevos esquemas en las relaciones al interior de la familia cuando un integrante es diagnosticado con VIH y como estas relaciones no solo afectan a éste sino a todo el núcleo familiar.

1.1 Otras preguntas de Investigación

¿Cómo se identifican las relaciones de poder en la dinámica familiar a partir del diagnóstico de VIH?

¿Cómo han influido las relaciones emocionales y/o afectivas luego de conocer el diagnóstico de VIH en la dinámica familiar?

¿Qué tipo de relaciones se identifican en la dinámica familiar tras el diagnóstico de VIH en un integrante de la misma?

¿Cómo se comprende la transición de la comunicación en la dinámica familiar cuando se conoce el diagnóstico de VIH de uno de sus miembros?

2. Justificación

Según lo indica la OMS (s.f), VIH es uno de los agentes infecciosos más mortíferos del mundo, que en los últimos 30 años ha cobrado más de 25 millones de vidas. En 2011 había alrededor de 34,2 millones de personas afectadas por el virus, más del 60% de las cuales vivían en el África subsahariana.

Así mismo desde el año 1988, por iniciativa de una Cumbre de Ministerios de Salud, cada 01 de Diciembre se recuerda la necesidad de ser Solidarios en la lucha contra el mayor flagelo de todos los tiempos, la pandemia por el VIH/SIDA, que afecta a millones de personas en todo el mundo y que ha contribuido a la mayor pérdida en capital social, en términos de vidas humanas, desde su descubrimiento a inicios de los años 80 del siglo XX.

Por otra parte en 2011, en los países de ingresos bajos o medios había más de 8 millones de personas infectadas por el VIH que recibían terapia antirretrovírica, pero es necesario hacer llegar el tratamiento a otros 7 millones para alcanzar la meta de proporcionar ese tratamiento a 15 millones de personas para 2015.

Según cifras de Onusida América Latina, en Colombia 120.000 personas, aproximadamente, viven con VIH, de los cuales 4.700 mueren a causa del sida.

Colombia tiene el propósito de cumplir las metas internacionales; para conseguirlas, se pretende tener un trabajo en conjunto con las entidades gubernamentales, un alto empoderamiento de los pacientes frente a su enfermedad y un seguimiento profundo y exhaustivo por parte del personal médico donde se genere el diagnóstico temprano, con base al cual se dé un rápido inicio con la terapia retroviral y se logre adherencia al tratamiento, Organización Panamericana de la Salud (2015).

Para lograr una mayor adherencia al tratamiento y mantener a los pacientes en la atención continua, será necesario brindar una atención en niveles más descentralizados de salud y

donde la interacción con las comunidades pueda ser más efectiva de lo que es en la actualidad.

Teniendo en cuenta lo anterior y con el fin de hablar de la enfermedad y su manejo, de las políticas nacionales y gubernamentales que regirán para el control de la epidemia en el país y de buscar la manera de alcanzar las tres metas fijadas para el año 2020; y en el marco del día mundial de la lucha contra el sida, que se conmemora el primero de diciembre.

Así pues la pandemia del VIH ha producido, grandes alteraciones dentro del ámbito familiar, teniendo en cuenta que dicha estructura es la principal institución que le permite al ser humano desarrollarse en todas sus dimensiones. Teniendo en cuenta lo anterior es oportuno el siguiente cuestionamiento: ¿Qué pasa con las relaciones de padres e hijos cuando alguno de estos últimos es diagnosticado con VIH?, ¿Existen cambios en las funciones, relaciones y comportamientos de sus integrantes?

Cabe destacar lo que se indica la OMS(s.f) el vivir con personas que tienen el virus del VIH implica tener el conocimiento oportuno para ayudar al integrante a asumir adecuadamente su condición de vida de forma integral, dado que el virus no tiene cura existen tratamientos efectivos que prolongan la vida y son más efectivos si las personas conviven en un ambiente solidario, es decir, que el ambiente familiar sea agradable y adecuado para poder sobrellevar la carga emocional que la enfermedad implica.

3. Objetivos

3.1 Objetivo General

Comprender las posibles transformaciones que se dan en las relaciones que se presentan en la dinámica familiar de las personas que viven con VIH.

3.2 Objetivos Específicos

- Identificar las relaciones de poder en la estructura familiar (funciones) a partir el diagnóstico de VIH.
- Describir las construcciones de las relaciones primarias (familia) en un grupo de personas con VIH.
- Analizar la transición de las relaciones de comunicación en el sistema familiar luego de ser diagnosticado de VIH, en uno de sus integrantes
- Evidenciar las relaciones emocionales y/o afectivas en la historia de vida de las personas diagnosticadas de VIH.

4. Estado de la cuestión.

Las investigaciones abordadas en este compendio conceptual, son producto de la selección y delimitación del fenómeno VIH y familia, con lo cual se quiere indagar si hay investigaciones previas sobre las relaciones que se presentan en la dinámica familiar de las personas que viven con VIH. En primer lugar se encontraron investigaciones sobre conocimientos, atención, prevención y actitudes frente al VIH, posteriormente se identifican las poblaciones más vulnerables al contagio de la enfermedad, así mismo sujetos que se niegan a recibir tratamiento antirretroviral y finalmente la influencia del apoyo familiar y social en la adherencia al tratamiento y a la calidad de vida del sujeto. Se muestran diversos escenarios como son: familia, ubicación geográfica, la importancia de la prevención, tratamiento, adhesión terapéutica y variables psicológicas y como se presentan las relaciones en cada uno de estos escenarios.

Cabe destacar que las 19 investigaciones que se tomaron como muestra conceptual y teórica para el propósito de la investigación, son tomadas de buscadores científicos y del área de la salud, todas estas fuentes investigativas se encuentran en un periodo no mayor a diez años, en los cuales se destacarán las conclusiones de cada uno de ellos:

- **conocimientos, atención, prevención y actitudes frente al VIH**

Orcasita, Uribe y Valderrama (2013) realizaron una investigación en Cali, Armenia y Pasto (Colombia), titulada "Conocimientos y Actitudes frente al VIH/sida en Padres de Familia de Adolescentes Colombianos". Con la cual concluyeron que los padres tienen conocimientos sobre algunas formas de contagio de VIH, pero no tiene claros conceptos, debido a que presentan contradicciones en las subescalas de conocimientos correctos y erróneos. También se evidencia que en los padres existen tabús y mitos que serán transmitidos a hijos sobre VIH. Adicional a ello se encontró que los padres obtienen información sobre VIH de sitios no confidenciales como son televisión y artículos de revista. Se sugiere además de adquirir

conocimiento sobre VIH, desarrollar habilidades que permitan a los padres acercarse a Sus hijos y poder hablar sobre la enfermedad.

En la investigación realizada por Torres, Reynaldos, Lozano y Aranzazú (2010) sobre *“concepciones culturales del VIH/Sida de adolescentes de Bolivia, Chile y México”* se concluyó que para los estudiantes – adolescentes el VIH es producto de prácticas sexuales y consumo de sustancia psicoactivas que implican daño, dolor y muerte. Los programas de prevención deben guiarse por información sobre el tema en bases científicas y no centrarse solo en la carga emocional y social que causa la enfermedad.

- **Las poblaciones vulnerables y condiciones de vida.**

Galindo et al. (2011) en su investigación titulada *“VIH y vulnerabilidad: una comparación de tres grupos en Cali, Colombia”*, concluyeron que hay una alta prevalencia del VIH en el grupo 1 conformado por personas de bajo nivel socioeconómico, baja escolaridad y alto desempleo. Hay escasos conocimientos sobre de las ETS y VIH, de lo cual se destaca la necesidad de fortalecer más campañas de prevención y tamizaje a este grupo de personas.

Otra investigación relacionada con anterior es la de Berbesi, Agudelo, Segura, Montoya (2012) quienes realizaron una investigación llamada *“VIH en habitantes de la calle en Medellín”*, donde concluyeron que la población en situación de calle constituye un grupo vulnerable al VIH por sus condiciones de vida ligadas a carencias económicas, a falta de servicios médicos, información. Los habitantes de calle se organizan y tienen prácticas de intercambio que generan conductas de riesgo, o sea que en cuanto a su sexualidad no tienen en cuenta los mecanismos de prevención. Se requiere acciones dirigidas a grupos vulnerables.

La investigación de García et al. (2010), titulada *“Transversalización de la prevención del VIH/Sida en proyectos de desarrollo alternativo en Colombia”*, concluyó que las familias guardabosques tienen menos conocimientos sobre el virus y hay menor uso de condón en

comparación con otras investigaciones que trabajaron con población vulnerable que viven en contextos urbanos.

- **Calidad de vida en pacientes con VIH**

Según la investigación de Sordo et al.(2008) “*Pacientes que rehúsan el tratamiento antirretroviral en el medio penitenciario*”, se evidencia una población en riesgo tanto para la salud como para la comunidad, personas que no siguen indicaciones médicas y que pueden poner en riesgo la vida de otras personas. La mayoría de reclusos que se rehúsan al tratamiento consumen drogas y han estado varias veces en la cárcel.

Trejos, Mosquera y Tuesca (2009) realizaron una investigación llamada “*Niñez afectada con VIH/SIDA: Calidad de vida, funcionalidad familiar y apoyo social en cinco ciudades colombianas*”, de la cual concluyeron que los padres de niños afectados por VIH, no divulgan a estos su diagnóstico, esperando a que tengan una mayoría de edad, entonces se requiere que los centros de atención médica brinden apoyo a estos padres para que puedan divulgar a sus hijos el diagnóstico.

En la investigación realizada por Carrasco et al. (2013), Estaba dirigida a “*cómo entender la experiencia de personas que viven con VIH: implicaciones para la clínica y la investigación*”, de la cual se pudo concluir que el personal médico debe estar capacitado para guiar, orientar y apoyar durante todo el proceso de afrontamiento del núcleo primario y de esta forma mitigar el costo social que implica el abandono de la familia cuando se conoce el diagnóstico.

En la investigación de Chapa y Flores (2014) se concluyó que hacen falta más campañas de prevención, debido a que la mayoría de mujeres de la muestra fueron diagnosticadas de forma tardía. Las categorías que encontraron en esta muestra para la construcción de representación social fueron: muerte, sexualidad ilícita y cronicidad que fue lo que más relato cada mujer diagnosticada con VIH.

- **Adherencia y afrontamiento**

Estrada, Martínez y Abadía (2008), realizaron una investigación sobre adherencia al tratamiento de antirretrovirales, concluyendo que de las categorías planteadas por la investigación, las que más influyen en la adherencia al tratamiento son vida de calidad y heteropercepción y autopercepción, ya que en este sentido la persona se ve a sí mismas y ve a los otros. Por otro lado el estado de ánimo y lo social afecta a la adherencia positiva o negativamente. Adicional a ello hay que trabajar para modificar la percepción de que tomar medicamentos, al insinuar que es solo para personas enfermas, en el caso de personas con enfermedades crónicas es un obstáculo para la adherencia al tratamiento por sus efectos colaterales. También se sugiere hacer talleres con familiares del paciente y explicarles todo sobre el virus, incluso invitar a personas que hayan pasado por un tratamiento similar.

La investigación de Villa, Vinaccia (2006) fue una revisión de literatura, basada en investigaciones realizadas sobre la adherencia al tratamiento y la importancia del mismo. Concluyendo que es necesario que la psicología aborde el VIH y trabaje inter y transdisciplinariamente el tratamiento. Y que se asuma el VIH desde una perspectiva biopsicosocial, como un sistema en que una modificación del mismo lo altera, para poder entender mejor la enfermedad.

Según la investigación de Piña, Corrales, Mungaray y Valencia sobre “*instrumento para medir variables psicológicas y comportamientos de adhesión al tratamiento en personas seropositivas frente al VIH (VPAD-24)*”, concluyeron que según los resultados alcanzados, el instrumento tiene una confiabilidad óptima. La prueba evalúa cuatro factores: comportamientos de adhesión presentes y tratamiento; motivos que subyacen a los comportamientos de adhesión o falta de adhesión; bienestar psicológico y competencias sociales y comportamientos de adhesión pasados.

En la tesis doctoral de Fuster (2011), titulada “*La percepción del estigma en las personas con VIH: sus efectos y formas de afrontamiento*”. Corroboro que el estigma y la discriminación tiene consecuencias negativas en la calidad de vida de las personas con VIH, que son un problema central en sus vidas y que estas víctimas del estigma son causadas por grupos mayoritarios quienes los discriminan por medio de sentimientos, pensamientos y conductas resultado de creencias negativas de la sociedad, pero no todo es negativo ya que producto del rechazo de grupos mayoritarios, las personas con VIH, crean un vínculo más cercano con sus iguales y de esta forma logran estrategias de afrontamiento más activas y adaptativas.

Según la tesis doctoral de Alcántara (2012) donde investigó sobre “*Vivir con el VIH: Influencia de la vía de transmisión en el afrontamiento a la enfermedad*”, se pudo concluir que la vía de transmisión es una característica fundamental para tener en cuenta la conducta de la persona diagnóstica, ya que esto influye en su estrategia de afrontamiento que ejecuta después de conocer el diagnóstico. La percepción de apoyo o rechazo también influye respecto a la autocrítica (responsabilidad y sentimiento de culpa) y conductas de evitación en como la comunidad los apoya o rechaza.

- **VIH y familia**

Este tema presenta mayor relevancia en el proceso de la investigación ya que aborda la diferentes manifestaciones que involucran la familia y el sujeto diagnosticado con la enfermedad, a través de la indagación de las experiencias de la familia en el contexto del VIH, y las representaciones sociales de la familia de estos pacientes y su actitud frente a la enfermedad, en la búsqueda de alternativas que permitan inhibir el impacto que causa el enfrentarse a conocer que un miembro de la familia sea diagnosticado de VIH

Según la investigación de Flores, Almanza y Gómez (2008) titulada “*análisis del Impacto del VIH/SIDA en la Familia: Una Aproximación a su Representación Social*”, se

concluye que durante la primera etapa se experimenta incredulidad, temor, tristeza, ira o se provocan alteraciones del estado de ánimo en la familia por el diagnóstico, luego al vivir con la enfermedad se establecen o generan nuevos procesos de adaptación en el ámbito social como el silencio, estrategia de protección ante el estigma y la normalización de la enfermedad. En esta investigación se evidencia el impacto que la familia tiene, reaccionando en un primer momento negativamente, con el paso del tiempo sus reacciones se van adaptando y se va realizando un proceso de aceptación, pero también se observa la influencia que tiene la sociedad en la familia, por los estigmas existentes entonces como estrategia deciden el ocultar la enfermedad. La familia se adapta finalmente a vivir con la persona diagnosticada.

La investigación de Ontivero, López y Cabrera (2010), *Influencia en pacientes de las representaciones sociales sobre el VIH y SIDA de los familiares*, concluyo que la representación social que tienen familiares y el sujeto diagnosticado con VIH es muy similar, denotando aspectos negativos para la enfermedad, que influyen en la percepción del paciente y de su familia frente al virus. Cabe destacar que estos aspectos negativos provienen de elementos cognitivos asociados a vivencias y conceptos negativos.

En la tesis de Criollo (2012) indagan sobre “*capacidad adaptativa familiar de pacientes seropositivos para V.I.H.*” concluyendo que la característica de las familias para adaptarse a la enfermedad era mantener oculta la enfermedad. El apoyo médico, psicológico y espiritual ayuda mucho a las familias a fortalecerse y a seguir en el anonimato. El impacto del diagnóstico genera en la familia dolor y desesperanza, pero cabe resaltar que el apoyo de la familia es fundamental para la recuperación del sujeto.

Chong et al. (2014) realiza una investigación sobre “*estrategias familiares de hombres y mujeres con VIH que buscan atender necesidades materiales en la región del Soconusco, Chiapas*”, concluyendo que el apoyo familiar es importante para que prevalezca vida del

paciente. Ya que en muchas ocasiones hay limitaciones laborales y culturales, debido a esto no pueden suplir sus gastos por sí mismos, es cuando la familia se une y se equilibran gastos.

De la anterior base bibliográfica se puede destacar la influencia de la familia y de la sociedad en cuanto al afrontamiento y adhesión al tratamiento del sujeto diagnosticado con VIH de esta manera se evidencia que la familia se ve involucrada desde que conoce el diagnóstico de su familiar con VIH, se ve enfrentada a un rechazo social y por seguridad se presenta un silencio de la enfermedad, según como va avanzado el caso y el tipo de familia (estrato social bajo y alto) y con recursos psicológicos diferentes. Debido a que en varias investigaciones encontradas se ve como la familia juega un papel importante durante el tratamiento de la enfermedad, son los que motivan y alientan al paciente, pero en otros casos cuando hay rechazo por parte de la familia muchos de los diagnosticados con VIH desertan del tratamiento. Entonces para la presente investigación se pretende comprender qué sucede dentro de la familia con las relaciones de los mismo, ¿cómo se dan?, ¿qué lugar ocupa cada miembro para que se de este tipo de relación?, ¿han modificado las relaciones familiares a causa de la enfermedad?, ¿qué tipo de relaciones afectivas se fortalece más?.

En cuanto a las relaciones familiares, no se evidencio en ninguna de las investigaciones que se haya tocado nuestra pregunta de investigación la comprensión de las relaciones familiares cuando un integrante de la misma es diagnosticado con VIH este es uno de los motivos que nos impulsa a continuar con nuestra investigación, queremos saber qué ocurre con las relaciones al interior de esta familia, ya que como lo observamos en la anteriores investigaciones el tema VIH se ha abordado de diversas formas, en varios contextos, incluso el rol de la familia en la adherencia al tratamiento, pero no en su dinámica familiar y comprensiva de las relaciones familiares, aun no se sabe cómo funcionan y cómo siguen sus hábitos diarios conociendo el diagnóstico de uno de sus miembros.

5. Marco teórico

Es de gran importancia poder delimitar, conocer los diferentes conceptos, procesos, ideas y definiciones que pretenden dar respuesta a la pregunta de investigación, la cual presenta una relevancia e influencia en el desarrollo del análisis de caso a presentar en la investigación.

Se pretende entender la incidencia del material estudiado frente a las aplicaciones que se puedan ubicar en la práctica, de manera que el objetivo es tener claros los conceptos e ideas que son determinantes dentro del desarrollo de los sistemas y como empiezan a percibir la afectación los diferentes ámbitos de la vida cotidiana.

5.1.1 Familia

Es un grupo natural que en el curso del tiempo ha elaborado pautas de interacción, a su vez estas constituyen la estructura familiar que rigen el funcionamiento de los miembros de la familia, define su gama de conductas y facilita su interacción recíproca, la familia necesita de una estructura viable para desempeñar sus tareas esenciales, a saber, apoyar la individuación al tiempo que proporciona un sentimiento de pertenencia. (Sánchez y Valencia, 2007, p.80)

5.1.2 la familia como sistema

De acuerdo a lo manifestado por Minuchin (1977) La estructura familiar se refiere al conjunto de “demandas funcionales” (funciones, roles, relaciones) que permiten establecer organización a los modos de interacción entre los miembros del sistema familiar. Cada familia presenta patrones de interacción diferentes, por lo tanto cada sistema familiar será diferente a otros en cuanto al establecimiento de necesidades a satisfacer (cultura) aunque siempre manejen características semejantes y generales como lo es el establecimiento de

normas, la definición de roles y funciones y así mismo la forma de relacionarse entre subsistemas (conyugal, parental, fraterno).

Por otra parte Quintero (2006) La cultura de familia que se establezca con el ejercicio de las prácticas mencionadas anteriormente permite crear en los individuos que integran el sistema un sentido de pertenencia en donde existen leyes aplicables en cualquier contexto de desarrollo de los individuos.

5.1.3 Funciones de la familia

Isidro (1973), Retoma el aporte de Parsons mencionando que existen dos funciones básicas de la familia moderna y éstas son: La función socializadora del niño de la cual recae la responsabilidad sobre los padres (o cuidadores) y las pautas de crianza que hayan adoptado, pues ésta primer enseñanza será definitoria en la actitud del futuro adulto frente a la sociedad en la que se desenvuelva. La función estabilizadora emocional del adulto que servirá como amortiguador y filtro de posibles falencias de la función socializadora en la infancia. Dentro de la segunda categoría también seleccionan todas las situaciones de la vida cotidiana de los individuos que componen el sistema que sean causantes de desequilibrio en cada uno de ellos, es decir afectan el funcionamiento individual y que a la larga si no supera dicha situación problemática, el desequilibrio se extenderá hasta el funcionamiento del sistema familiar.

5.1.4 Tipologías familiares

Quintero (1997), afirma que con el transcurso del tiempo y por lo tanto, los cambios sociales que permean la dinámica de los sistemas familiares (desplazamiento, cambio de perspectiva frente a la sexualidad, incremento en posibilidades de mejorar perfiles académicos, etc.) se ha presentado también adaptación de las tipologías familiares según las demandas de la situación.

Las tipologías pueden clasificarse como tradicionales y son:

1. Nuclear: conformada por dos generaciones que son los padres y los hijos.
2. Extensa o conjunta: conformada por una pareja y sus parientes consanguíneos que pueden ser ascendentes, descendentes o colaterales.
3. Ampliada: conformada por personas sin vínculo de consanguinidad (vecinos, colegas, paisanos, compadres)

Son otras tipologías de nuevo tipo:

1. Familia simultánea: constituida por pareja en donde uno de los dos o los dos, vienen de disolver un anterior vínculo marital.
2. Familias monoparentales: Se presenta cuando en los casos de separación abandono, divorcio, muerte o ausencia por motivos forzosos (trabajo, cárcel, secuestro) de uno de los padres, el otro se hace cargo de los hijos.
3. Familias homosexuales: Se refiere a una relación estable entre dos personas del mismo sexo.

Existen formas de convivencia que no se refieren específicamente al concepto de familia:

1. Díadas conyugales o pareja: Se presenta cuando dos personas que deciden convivir sin presencia de hijos ya sea por opción voluntaria o por imposibilidad biológica de reproducción.
2. Estructura unipersonal: Esta tipología se dirige a personas que no cohabitan con alguien más.
3. Hogar o unidad doméstica: Resulta ser una estrategia de sobrevivencia donde las personas están unidas voluntariamente para aumentar el número de perceptores económicos y lograr economías de escala. No hay claridad en el tipo de relaciones media entre sus miembros, y en cada caso se establece por concertación. Pueden o no incluir vínculos sentimentales, de

autoridad, de solidaridad, poder o sólo presentarse una de ellas; lo imprescindible es la relación económica de sus componentes.

4. La familia de origen: constituida por la familia nuclear (padres biológicos o sustitutos y hermanos) del ego, o miembro índice, o persona que demanda atención profesional. Pese a los procesos de composición y recomposición y al aislamiento geográfico y/o funcional, la familia de origen será siempre la misma.

5.2.1 VIH

Según la OMS, (s.f) El VIH o Virus de la Inmunodeficiencia Humana es un microorganismo que ataca al Sistema Inmune de las personas, debilitándose y haciéndoles vulnerables ante una serie de infecciones, algunas de las cuáles pueden poner en peligro la vida.

OMS (s.f), el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) infecta a las células del sistema inmunitario, alterando o anulando su función. La infección produce un deterioro progresivo del sistema inmunitario, con la consiguiente "inmunodeficiencia". Se considera que el sistema inmunitario es deficiente cuando deja de poder cumplir su función de lucha contra las infecciones y enfermedades.

De tal modo el VIH puede transmitirse por las relaciones sexuales vaginales, anales u orales con una persona infectada, la transfusión de sangre contaminada o el uso compartido de agujas, jeringuillas u otros instrumentos punzantes. Asimismo, puede transmitirse de la madre al hijo durante el embarazo, el parto y la lactancia.

OMS (s.f), El VIH/SIDA sigue siendo uno de los más graves problemas de salud pública del mundo, especialmente en los países de ingresos bajos o medios.

Así mismo gracias a los adelantos recientes en el acceso al tratamiento con antirretrovíricos, las personas VIH-positivas pueden ahora vivir más tiempo y en mejor

estado de salud. Además, se ha confirmado que el tratamiento con antirretrovíricos evita la transmisión del VIH de una persona infectada a su pareja sexual.

Hasta el final de 2012, cerca de 10 millones de personas estaban recibiendo terapia antirretrovírica en países de ingresos bajos y medianos. No obstante, más de 16 millones de personas que reúnen las condiciones para recibir esta terapia en virtud de las nuevas directrices de 2013, no tienen acceso a los medicamentos antirretrovirales.

La OMS (s.f) ha dado a conocer un conjunto de directrices y brinda apoyo a los países para que formulen y apliquen políticas y programas para mejorar y ampliar la escala de los servicios de prevención, tratamiento, asistencia y apoyo a todas las personas infectadas por el VIH, Pero se han logrado progresos. En 2011, el 56% de las embarazadas infectadas con el VIH recibía los tratamientos más eficaces (recomendados por la OMS) para prevenir la transmisión del VIH de la madre al niño.

5.2.2 Historia del VIH

Miranda & Nàpoles (2009) La primera vez que se habló oficialmente de la enfermedad fue el 5 de junio de 1981, cuando Gottlieb, Siegal y Masur, de la Facultad de Medicina de la Universidad de California, publicaron en el reporte semanal de morbilidad y mortalidad del Centro para el Control de Enfermedades de Atlanta, se emitió el comunicado en el cual se reportaron 5 casos de jóvenes homosexuales atendidos en 3 hospitales diferentes de Los Ángeles, que mostraban síntomas de neumonía por *Pneumocystis carinii*. El sistema inmunológico de estos jóvenes estaba debilitado o casi desaparecido y no había ninguna razón que lo justificara. No se frecuentaban entre ellos, no tenían amigos comunes y no tenían conocimiento de enfermedades similares entre sus compañeros sexuales. Los autores del trabajo asociaron estas manifestaciones con una modificación celular adquirida no descrita hasta el momento y lo sustentaron al determinar una vital ausencia de la población de linfocitos T.

Miranda & Nàpoles (2009), refiere que el hecho de que hubieran sido hombres homosexuales los primeros casos reportados de la enfermedad en los Estados Unidos, a pesar de que ya se habían identificado casos entre mujeres, niños y la población heterosexual, llevó a pensar que el estilo de vida homosexual se relacionaba directamente con la enfermedad. Es por eso que la primera denominación que se le da a esta es Gay Cáncer, o síndrome Gay; también se le llamó Peste Rosa, Peste Gay, posteriormente la rebautizaron inmunodeficiencia relacionada a homosexuales (GRID gay-related immune deficiency).

5.2.3 Fases

Infección aguda por el VIH: La infección aguda es la fase inicial de infección por el VIH. Suele manifestarse de 2 a 4 semanas después de que una persona ha contraído la infección por ese virus. Durante esta fase, muchas personas tienen síntomas similares a los de la influenza (gripe), como fiebre, dolor de cabeza y erupción cutánea. En esta fase, el VIH se reproduce rápidamente y se propaga por todo el organismo. El virus ataca y destruye una clase de glóbulos blancos (linfocitos CD4) del sistema inmunitario que luchan contra la infección. El VIH se puede transmitir durante cualquier fase de infección, pero el riesgo es mayor durante la fase aguda. OMS (s.f).

La OMS (s.f) define **Infección crónica por el VIH:** La segunda fase es la infección crónica por el VIH (también llamada infección asintomática por el VIH o fase de latencia clínica.) Durante esta fase de la enfermedad, el VIH sigue reproduciéndose en el cuerpo pero en concentraciones muy bajas. Aunque muchas personas con infección crónica por el VIH no tienen ningún síntoma relacionado con la misma, pueden propagar el virus a otras. Sin tratamiento con medicamentos antirretrovirales, la infección crónica evoluciona al SIDA en un lapso de 10 a 12 años.

Según OMS (s.f) El Sida es la fase final de la infección por el VIH. Puesto que el virus ha destruido el sistema inmunitario, el cuerpo no puede luchar contra las infecciones

oportunistas y el cáncer. (La neumonía y la tuberculosis son ejemplos de infecciones oportunistas.) Aplicado a los estadios más avanzados de la infección por VIH y se define por la presencia de alguna de las más de 20 infecciones oportunistas o de cánceres relacionados con el VIH, así mismo se diagnostica el SIDA cuando una persona con el VIH tiene un recuento de linfocitos CD4 inferior a 200/mm³ o una o más infecciones oportunistas o ambas cosas. Sin tratamiento, por lo general, las personas con SIDA sobreviven unos 3 años.

La OMS (s.f) determina que el VIH se puede transmitir por medio de relaciones sexuales (vaginales o anales) o contacto bucogenital con una persona infectada sin protección, transfusiones de sangre contaminada, intercambio de agujas, jeringas u otros objetos punzocortantes contaminados, transmisión de la madre al hijo durante el embarazo, el parto o el amamantamiento, así mismo el tratamiento con una combinación de antirretrovíricos evita que el VIH se multiplique en el organismo Teniendo en cuenta que si se detiene la reproducción del virus, las células del sistema inmunitario pueden vivir más tiempo y proteger al organismo de las infecciones así mismo si una persona VIH-positiva está bajo tratamiento con antirretrovíricos, la posibilidad de transmisión del virus a su pareja sexual VIH-negativa disminuye extraordinariamente.

Hay varias formas de prevenir la transmisión del VIH, no correr riesgos al mantener relaciones sexuales, por ejemplo utilizando preservativo, someterse a las pruebas de detección y al tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual, en particular la infección por el VIH, no inyectarse drogas en las venas o, en caso de hacerlo, usar siempre agujas y jeringas desechables nuevas además cerciorarse de que toda sangre o producto sanguíneo que se necesite haya pasado por pruebas de detección del VIH. OMS (s.f)

5.3.1 Relaciones de poder

Gergen, (1996) Afirma que las relaciones satisfactorias no requieren ni personas con estadios morales en su cabeza ni instituciones sociales con credos morales, las relaciones de

poder en la familia influyen en los afectos de cada uno de sus miembros los cuales se generan a partir de los roles socioculturalmente enmarcados, así como sus mecanismos, causas y efectos en la salud mental, para asegurar los vínculos sociales.

Gergen cita a Michel Foucault (1978, 1979) Para Foucault, existe una íntima relación entre lenguaje (incluyendo todas las formas de texto) y proceso social (concebido en términos de relaciones de poder). En particular, a medida que las diversas profesiones (como el gobierno, la religión, las disciplinas académicas) desarrollan lenguajes que a la vez justifican su existencia y articulan el mundo social, y a medida que estos lenguajes se ponen en práctica así mismo las relaciones humanas están mediadas por factores altamente determinantes como lo pueden ser la toma de decisiones, la dominancia, la influencias, generadas por la voluntad y habilidad de quien posee un carácter de autoridad en el medio que se desenvuelva, en este caso la familia.

5.3.2 Relaciones familiares

Morandé (1999) “Las relaciones de parentesco en las sociedades, está constituida por 3 relaciones distintas, aunque mutuamente relacionadas: filiación, consanguinidad y alianza. Ellas forman la base de la familia” estas relaciones se dan principalmente entre los subsistemas conyugal, fraternal, y parental, debido a que estos permanecen en constante convivencia y tiene en común tal grado de consanguinidad, la alianza y filiación dependerá de la solidez de sus relaciones.

El sistema formado por este conjunto de relaciones constituye una de las más importantes estructuras de mediación que se establecen entre la naturaleza y la cultura, por ser estructura de mediación las relaciones al interior de la familia toman un papel importante frente a una problemática, ya que depende de la solidez de las mismas la forma en que se afronten y solucionen, De Lourdes (2003) cita a Gergen el cual refiere: *“Las relaciones pueden ser descritas en términos de una cadena infinita de expresión-suplemento; mientras*

estamos en relación permanecemos respondiendo a los otros y generando significados para nuestras acciones forma conjunta.” lo que se menciona anteriormente da una explicación a la forma como se determinan las relaciones en la familia entendiendo esto como la reciprocidad que debe ser recibida frente a una expresión, que dependerá de la situación específica que tenga cada sistema familiar, lo que es preciso es que cada expresión tendrá un suplemento para que se convierta en una relación.

5.3.3 Relaciones comunicativas

Según Watzlawick (1985) “la comunicación implica un compromiso y por ende una relación, define los diferentes tipos de relación. Entonces se dice que la comunicación no solo transmite información sino que, al mismo tiempo impone conductas”. Dentro de la comunicación hay dos aspectos que la definen, uno son los referenciales: que es la información y/o contenido del mensaje y el segundo es el aspecto conativo: el tipo de mensaje el cual debe entenderse que es, siendo este la relación entre los comunicantes. Lo anterior se refiere a que el proceso de la comunicación no solo debe entenderse y basarse solo en transmitir información, no, es como se dice y como este mensaje lo recibe la otra persona para formar la relación, no es lo mismo esta es una orden o sólo estoy bromeando. Por tal motivo la comunicación también puede expresarse en forma no verbal gritando o sonriendo o de muchas otras maneras. La relación puede entenderse según el contexto en el que se dé la comunicación.

5.3.4 Relaciones afectivas

Dentro del grupo familiar se generan vínculos afectivos muy arraigados, entre cada uno de sus integrantes, a través de los cuales estos miembros se forman y desarrollan como personas, (López, 1993) Manifiesta que el apego o vínculo son sentimientos positivos asociados de forma estable con alguien y acompañados de interacciones privilegiadas; estas relaciones afectivas se generan por medio de un componente emocional que se emite a través de

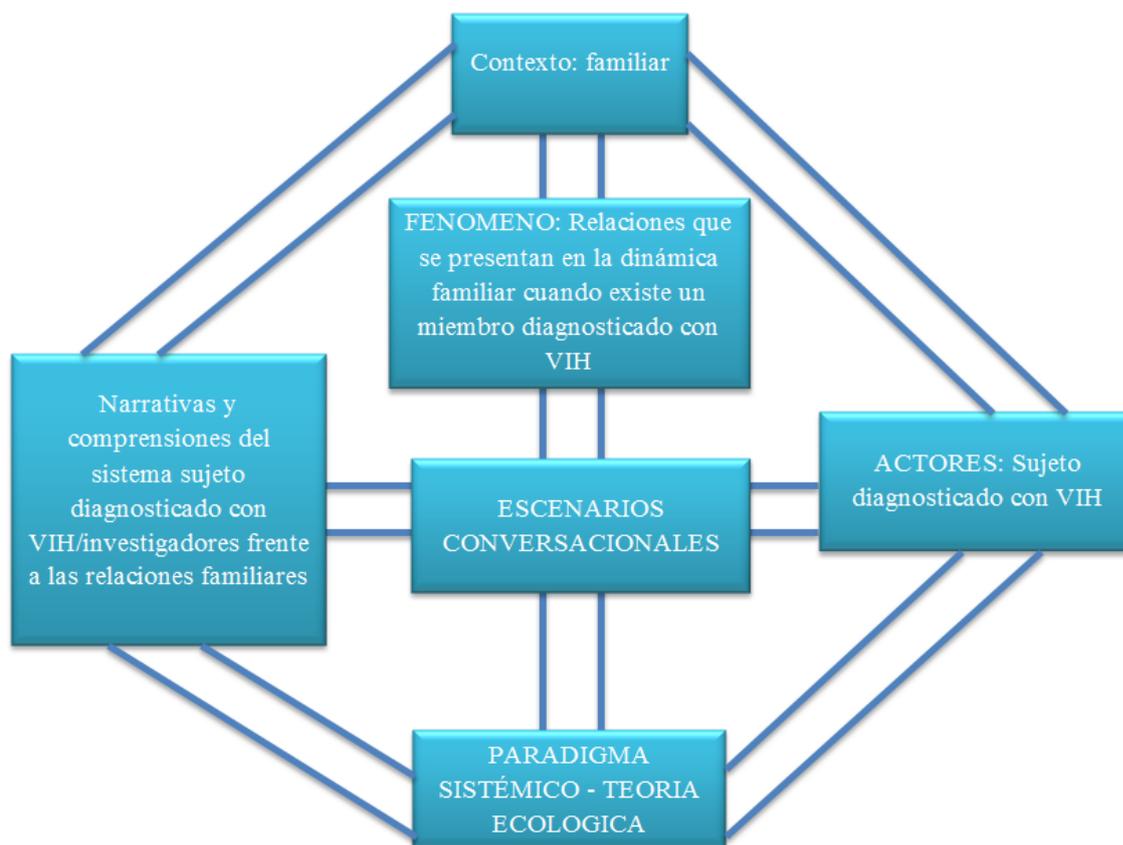
diferentes sentimientos, que manifiesta cada uno de los miembros del grupo familiar, como resultado de sus relaciones.

Zanden (1990) Manifiesta que todo grupo humano se compone de personas que interactúan y que esas interacciones pueden ser de distinto tipo. Cuando las interacciones sociales se extienden en el tiempo, las personas quedan atadas por un grupo de posibilidades mutuas indicando que entre ellas existe una relación.

6. Diseño Metodológico

Desde el enfoque sistémico que se abordó la investigación de tipo cualitativo, se trabajó con un sujeto diagnosticado con VIH. Se construyó el mapa categorial, para delimitar la problemática de las relaciones en la dinámica familiar. Para la recopilación de la información se aplicó la técnica de entrevista profundidad de tipo semiestructurada, para comprender después de sus narrativas las relaciones que se han presentado en la dinámica familiar, antes y después del diagnóstico, todo esto desde diferentes teorías que sirven para la posterior interpretación, resultados y conclusiones en el proceso de investigación.

Gráfico N° 1 Planteamiento del proyecto



— Procesos dialógicos

■ Apertura en el flujo de información en el proceso de investigación/intervención

El gráfico muestra el planteamiento del proyecto desde el contexto investigativo en el cual se tendrán como actor un sujeto diagnosticado con VIH en su contexto familiar, comprendiendo las dinámicas familiares en el escenario, conversacional. La finalidad es tener dos entrevistas de tipo semiestructurada profundidad en las cuales se intercambien las diferentes narrativas y describen los tipos de relaciones que se dan en el contexto familiar de la persona que vive con VIH, e identificar la participación de la familia en este proceso ,abordado desde el paradigma sistémico, retomando la teoría ecológica , donde a partir de procesos dialógicos, se construye un argumento central a través del intercambio de conocimientos, representados en líneas de relaciones familiares que se generan a partir del diagnóstico de VIH.

6.1.1 Epistemología de la investigación

El objetivo del presente trabajo es entender o identificar el fenómeno como una delimitación del problema que cursa el individuo y su familia, analizando las formas de construcción de las narrativas, para reflexionar sobre las implicaciones que se derivan desde afrontamiento de algún tipo de situación que rompa o fragmente las relaciones en las dinámicas familiares.

El enfoque sistémico se caracteriza por abordar todo objeto y fenómeno como un sistema o componente de un sistema, comprendiendo el concepto de sistema como una agrupación de elementos entre los que se constituye alguna forma de interacción que las una, para que tengan una relación integral así mismo este fundamento aplica a las cosas concretas o ideas como a las materiales.

El enfoque sistémico admite la necesidad de estudiar los componentes de un sistema, pero no se limita a ello. Reconoce que los sistemas poseen características de las que carecen sus partes, pero aspira a entender esas propiedades sistémicas en función de las partes del sistema y de sus interacciones, así como en función de circunstancias ambientales. Es decir que el

enfoque sistémico invita a estudiar la composición, el entorno y la estructura de los sistemas de interés. (Bunge, 1995, p.6). Dentro del marco de la visión sistémica, por medio del cual se pretende desarrollar dicho proceso de investigación, permitiendo tener una comprensión, un conocimiento de la complejidad de las situaciones que se generan en el desarrollo de las interacciones y experiencias en el entorno familiar el cual es constituido a través del lenguaje y las diferentes tipos de relaciones en las dinámicas familiares para tener una auto referenciación y poder establecerse como sujetos sociales, esto facilita la comunicación y la comprensión por medio de herramientas visuales y contextuales para entender las diferentes situaciones dinámicas y complejas del entorno sociocultural en que se encuentra inmerso cada sujeto.

El abordaje de esta investigación se entiende no solamente como un compendio de información acerca del sistema familiar en el que como investigadores se observa desde una posición; para entender la dinámica e interacciones que se presentan en el transcurrir del proceso investigativo, donde dicha investigación e intervención se alimentan mutua y circularmente para tener una construcción del reconocimiento científico, y sus respectivos presupuestos teóricos.

Según Vélez (2006) Las características o rasgos personales que se manifiestan desde la diversidad de las relaciones, en la complejidad de las experiencias de los sujetos o en los grandes cambios sociales que se están originando de acuerdo al contexto en el que está inmerso, las complicaciones se podrían evidenciar en la dificultad de acceder en las situaciones que experimentan en su vida actual.

Por medio de la entrevista se tiene la posibilidad de acceder al mundo de las representaciones de los sujetos, evidenciándose a través de las narraciones al ser continuas y asociativas forjando conocimientos adecuados de la naturaleza contextual, involucrando el lenguaje representativo sobre su versión del mundo y su realidad de forma compleja,

permitiendo una construcción en sus representaciones sociales, por medio de la representación de su discurso, evidenciando el conocimiento de determinados roles en la sociedad en que se encuentran introducidos.

6.2.2 Teoría general de los sistemas

El objetivo principal de la Teoría General de los Sistemas es descubrir las similitudes con el fin de con el fin de mejorar las construcciones teóricas de las diferentes disciplinas Bertoglio, (1997) de esta forma se puede definir Sistema como un conjunto de elementos en interacción, para este proceso de investigación se puede denotar como un grupo de individuos con una historia, tradiciones narraciones y reglas, que persiguen un fin común el cual está formado de unos aspectos estructurales; términos, características sistémicas, red de comunicaciones e informaciones y un aspecto funcional en la estructura familiar.

(Bertalanffy, 1968)

La Teoría General de Sistemas tiene diferentes niveles de complejidad los cuales son:

1. Sistema: totalidad coherente, por ejemplo una familia.
2. Suprasistema: medio que rodea al sistema; amigos, vecindad, familia extensa.
3. Subsistemas: los componentes del sistema; individuos.

6.2.3 Teoría ecológica de Bronfenbrenner

Bronfenbrenner (1987) muestra una nueva visión teórica para la investigación en el desarrollo de la persona. En su momento fue nueva porque ofrecía una concepción del desarrollo humano, del medio, y en particular de la interacción de los dos. Explica el desarrollo como un cambio que se prolonga en el tiempo de esta forma la persona percibe de su ambiente y se vincula con él. Por otro lado define el ambiente ecológico como un conjunto de formas o estructuras seriadas, donde cada una de ella cabe dentro de las siguientes.

Indica Bronfenbrenner (1987) que él Quiere después de conocer ese entorno conocido pasar al siguiente paso y saber que hay más allá. El segundo nivel sería el colegio, la

universidad, el trabajo. Ahora bien a este autor le interesa mirar cada entorno por separado, a las relaciones que existen entre ellos, mostrando como resultado que esas interconexiones pueden ser definitivas para el desarrollo como lo que ocurre en cada entorno, por ejemplo a la hora de que el niño sea capaz de aprender a leer es importante identificar la relación que hace el sujeto de la familia y de la escuela.

Ahora se describirán cada uno de los niveles que conforman la teoría ecológica de Bronfenbrenner (1987), empezaremos con el nivel más interno del esquema ecológico, el microsistema que es que se da en el ambiente cercano de sujeto, como lo es por ejemplo: familia, es decir entornos conocidos, este se da en la vida diaria de la persona e influencia en la conducta y desarrollo del sujeto. Los tres elementos que conforman el microsistema son las actividades, relaciones y los roles con los cuales el sujeto construye su realidad y la demuestra por medio del lenguaje verbal y no verbal.

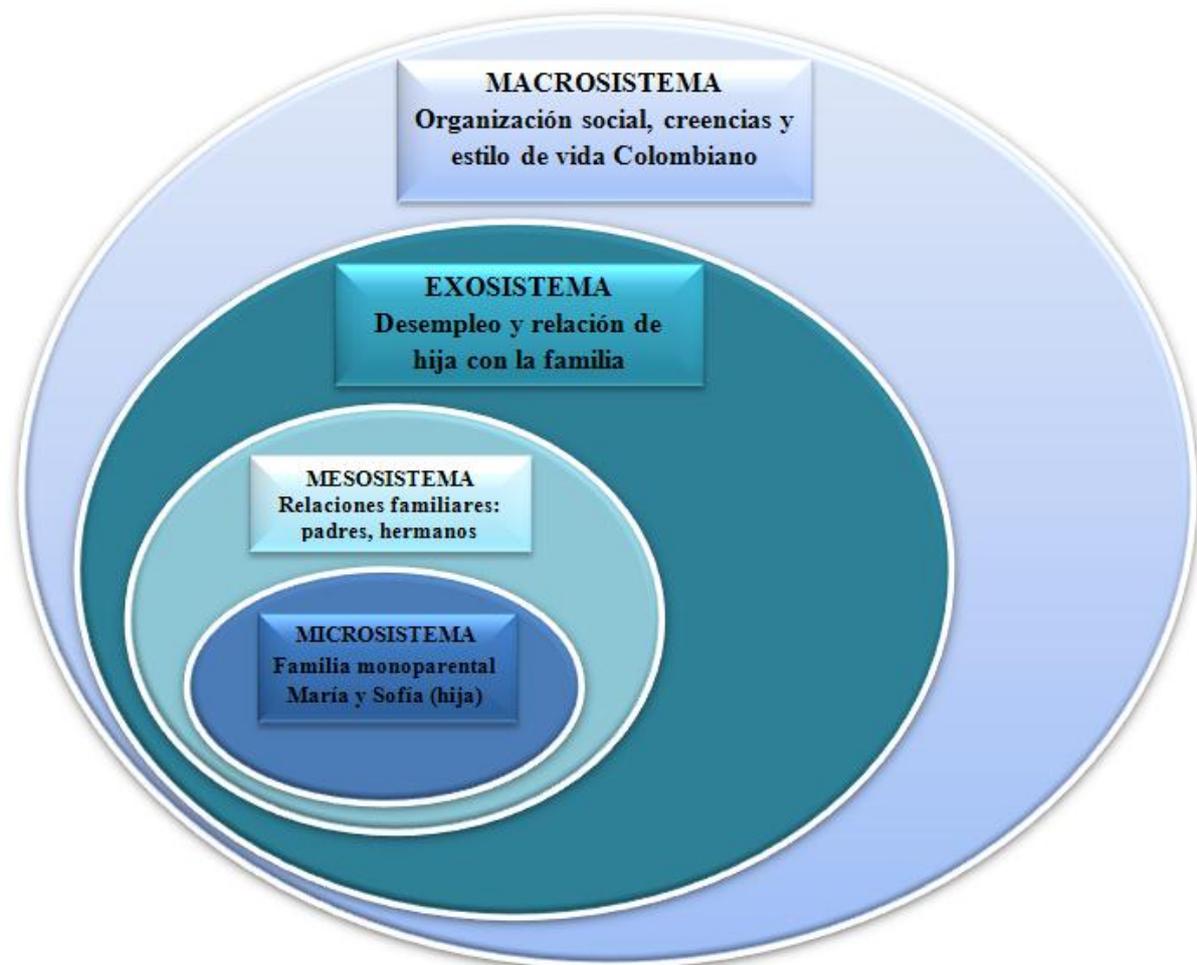
Mesosistemas: son dos o más entornos en los que la persona en desarrollo participa activamente, es un sistema con varios microsistemas, por ejemplo las relaciones familiares, del colegio, de amigos del barrio. De esta manera la persona se forma o amplía su desarrollo cuando está en un nuevo ambiente.

Exosistemas: uno o más entornos en los que el sujeto en desarrollo no es un participante activo, pero que afecta el ambiente inmediato. Es decir por ejemplo en un niño, el trabajo de sus padres, el círculo de amigos de los padres.

Macrosistemas: sistemas seriado e interconectados como una manifestación de la organización social de la cultura. Es decir que depende de cada país y que se rige según sus costumbres, no es lo mismo un jardín de Colombia a uno Europeo. Es como si cada país se rigiera por un mismo esquema pero la forma de abordarlo es otra. Es un fenómeno que incluye todos los niveles, y es la cultura, pero en cada cultura y subcultura se definen unos parámetros para cada ambiente y si se alteran producirán secuelas en un futuro para cada

persona que se haya visto involucrada. Este ambiente en la orientación ecológica se analiza en términos de sistemas.

Gráfico N° 2 Explicación ecológica Bronfenbrenner aplicada al contexto de la investigación.



El gráfico muestra la conformación de los sistemas según la teoría de Bronfenbrenner en el modelo de la investigación que se llevó a cabo, el primer sistema es microsistema donde encontramos que María tiene una relación estrecha y de dependencia hacia su hija, en el cual comparten la gran parte de su tiempo. El siguiente sistema es el mesosistema influyendo en María, donde los padres tienen una relación distante con ella en cuanto a sus hermanos hay un contacto mínimo que se limita a favores y encuentro por eventos familiares. En el siguiente sistema que es el Exosistema se encuentra la falta de empleo y la relación que tiene

la hija de María con sus abuelos aunque en estos contextos María no participa activamente afectan su vida, en primer lugar el desempleo hace que ella este todo el día en la casa y citas médicas, la relación del abuelo y la niña de forma indirecta se ve reflejada en la vida diaria de María, por último en el Macrosistema se evidencia su organización social, su estilo vida y en lo que cree.

6.2.4 Narrativas.

Coffey y Atkinson (2003) citan a Denzin cuando describe que la narrativa como el relato de una secuencia de acontecimientos que tiene importancia para el narrador y su público. El relato (como ocurre en todos los buenos cuentos) tiene un comienzo, una mitad y un final, así como una lógica que (al menos) para el narrador, tiene sentido. También sugiere que las narrativas son temporales y lógicas.

6.2.5 Interpretarismo.

Pacman (1996) Cita a Maturana donde propone dos tipos o modos fundamentales de escuchar explicaciones que un observador puede adoptar, según pida o no una explicación biológica de sus capacidades cognitivas.

El primero es el camino de la objetividad sin paréntesis (o el camino de las ontologías trascendentales). Aquí el observador acepta que las cosas existen independientemente de que el las conozca o no y que puede llegar a conocerlas por medio de la razón, usando alguna entidad como la materia, energía, mente, ciencia, para validar y aceptar una praxis del vivir; Este camino es ciego (sordo) a la participación.

El segundo camino es el de la objetividad entre paréntesis (o el camino de las ontologías constitutivas), la existencia de las cosas depende de las operaciones de distinción del observador. No hay una búsqueda de una única explicación fundamental para todo.

6.2.6 Investigación cualitativa

Vera (2008) La investigación cualitativa es aquella donde se estudia la calidad de las actividades, relaciones, asuntos, medios, materiales o instrumentos en una determinada situación o problema. La misma procura por lograr una descripción holística, esto es, que intenta analizar exhaustivamente, con sumo detalle, un asunto o actividad en particular, igualmente como se evidencia en el texto de (Sandoval, 2002) en las investigaciones cualitativas se abordan las problemáticas sustantivas, entendiéndose por problemática sustantiva aquella que emerge del análisis definido de un fracción de la realidad social o cultural tal cual ella se manifiesta en la práctica, la clasificación de los temas de investigación y la conceptualización de ellos, únicamente se puede concebir por medio del contacto directo de una manifestación específica de una realidad humana, o socio cultural.

De igual modo, en la investigación cualitativa, se trata la investigación sobre la vida de las personas, las experiencias vividas, los sentimientos, las emociones, los fenómenos culturales, el investigador recopila información acerca del fenómeno que va a estudiar, es por esto que es necesario, organizar los datos, hacer la transcripción y/o registro de las grabaciones, las observaciones participantes, las planillas empleándose para ir sintetizando conceptualmente las categorías que van surgiendo al efectuar el estudio de la información obtenida en la duración del proceso de investigación.

Quintana (2006), En el marco de la investigación cualitativa son más pertinentes las preguntas por lo subjetivo, lo cultural, el proceso social o el significado individual y colectivo de realidades de diferente naturaleza. Todas estas preguntas tienen como eje la indagación desde la lógica interna de los fenómenos y realidades analizadas. Para lo cual, el investigador requiere adoptar un pensamiento orientado más hacia el descubrimiento que hacía la comprobación, tratando de abordar un sector de la realidad humana y no documentado.

Es pertinente definir el corte de la investigación desde una perspectiva global del presente estudio el cual se considera cualitativo ya que a través de este se busca identificar, y comprender las relaciones que se presentan en la dinámica familiar de las personas que viven con VIH, y así dar a conocer la perspectiva y forma de ayuda en los espacios existentes en el hogar y/o instituciones relacionadas.

6.2.7 Interaccionismo simbólico

El objetivo principal de esta corriente del pensamiento según Blúmer (1982), se genera a partir de un proceso en el cual las personas interactúan por medio de símbolos para construir o crear significados, mediante ellos se adquieren información e ideas, entendido desde la propias experiencias del individuo, los fundamentos principales de este proceso se refieren a que las personas actúan hacia los objetos en base a los significados que estos tienen para ellos, estos significados surgen en la interacción social y los significados se modifican a través de un constante proceso de interpretación.

En otras palabras las personas intervienen sobre los objetos e interactúa con otros sujetos desde el significado que tiene determinado objeto desde de los símbolos.

6.2.8 Histórico hermenéutico

Vasco, (1990) cita a Habermas el cual menciona que hay una nueva ciencia que no intenta predecir y controlar, si no que su foco está dado a ubicar la práctica personal y social dentro del contexto histórico que se vive, la cual también tiene un interés científico, serio y disciplinado como las ciencias positivas, buscando comprender más profundamente las situaciones para orientar la práctica social, personal y ubicarla dentro del proceso histórico.

Vasco (1990) refiere que la disciplina histórico-hermenéutica tiene dos aspectos:

1. Trabajan la historia como eje: donde No hay que entender la historia como solo reconstruir el pasado, sino que quiere dar a entender que histórico es este momento como el tiempo pasado. Lo histórico significa hacer parte también de la historia en este momento. Por eso

trata de situar y direccionar la práctica actual de los grupos y las personas dentro de esta historia que vivimos haciendo y empezando a hacer, y de la que todavía somos más víctimas que actores.

2. El aspecto hermenéutico, lo define como el deseo de interpretar la situación. Es decir quiere dar una interpretación global a un hecho, de comprenderlo, de darle el sentido que tiene para el grupo que está comprometido en esa praxis social. Pero en este estilo ya no predomina la parte razonable en el sentido de tratar de dividir un sistema y de dejarlo separado para poderlo ver mejor. La historia y la hermenéutica tratan precisamente de reconstruir todas esas partes aisladas que aparecen en los diversos los hechos, en las diversas versiones, en los diversos hallazgos arqueológicos, literarios, para recapturar un todo con sentido. Siendo este más un estilo sintético. Este estilo de hacer ciencia está directamente ligado con la interacción social y en particular con el lenguaje y la comunicación.

Para esta investigación se pretende utilizar el estilo histórico - hermenéutico, ya que queremos saber cómo ha sido la historia de los sujetos con VIH y de sus familias antes y después del diagnóstico, y con ello saber cómo se han formado las relaciones en estos grupos familiares y posteriormente comprender su historia actual. Se desea ver el hecho “diagnostico VIH” como un todo, el cual involucra al sujeto, a su núcleo familiar, al tratamiento, a sus relaciones sociales y a todo lo que le rodea.

6.2.9 Etnometodología

Según Firth (2010) el término Etnometodología lo nombro por primera vez el sociólogo norteamericano Harold Garfinkel, al investigar acerca de la deliberación de unos miembros de un jurado, interesándose por los procesos de razonamiento a los que llamo métodos y a través de los cuales fueron tomadas las decisiones de forma colectiva. Estos métodos no se basan en conocimientos lógicos sino en el sentido común, es un método que la gente posee igualmente los etnométodos son: los métodos propios de las personas (no de los científicos).

Para cumplir a cabalidad y exhibir tales fenómenos; las personas son, como lo indica Turner citado por Firth son miembros de las prácticas de producción.

Firth (2010) cita a Garfinkel quien refiere que la etnometodología está interesada por la cuestión del cómo, sobre el curso temporal de las vivencias reales. Conociendo la sociedad solamente desde adentro, los miembros producen actividades y prácticas estables, esto quiere decir las estructuras sociales son las actividades diarias. De la misma forma (Caballero, 1991) manifiesta que la etnometodología tiene 5 perspectivas sobre la naturaleza de la realidad social:

- 1) La realidad como actividad reflexiva. Cada sujeto crea sus métodos de pensar y actuar, y muchas veces no es consciente de ello, es por esta razón que en al etnometodología hace investigaciones disruptivas.
- 2) La realidad como cuerpo coherente de conocimientos: las personas organizan y hacen parte de su cotidianidad de una forma en particular, al igual que los sociólogos plantean una coherencia de sus realidades, trayendo consigo subjetividades que en la etnometodología en su estudio de reflexividad tratan de evitar.
- 3) La realidad como actividad interactiva: La realidad social no está sólo ahí afuera, en ella hace parte las interacciones continuas y construcción social de las realidades de los participantes.
- 4) La fragilidad de las realidades: Las realidades sociales no son sólidas sino que se pueden romper en algún momento. El etnometodologo puede causar estos quebrantamientos por su modo de investigar disruptivamente.
- 5) La permeabilidad de las realidades: Las personas se mueven en una u otra realidad, pudiendo así hacer cosas permitidas en una sociedad y que en otras sociedades está prohibido hacer.

Los conceptos que han desarrollado los etnometodólogos según (Caballero, 1991) son:

- 1) Explicaciones: Es un proceso mediante el cual las personas proporcionan sentido al mundo. es la forma como los actores hacen las cosas describir, analizar, criticar e idealizar situaciones específicas. El etnometodologo dedica mucho tiempo al análisis de las explicaciones de los sujetos y al modo como las explican. Es una de las razones por las que les interesa el análisis conversacional.
- 2) Indicialidad: Desde el campo de la lingüística son frases que tienen diferente significado en diversos contextos. Es decir que los etnometodólogos no imponen sus visiones del mundo a los actores sino que consideran que las explicaciones se deben dar en un contexto específico.
- 3) Acción e interacción reflexivas: La mayor parte de las relaciones son reflexivas, el humano es capaz de interpretar señales, información suministrada de otro ser humano de modo que se vea una visión de realidad. Entonces la etnometodología se ocupa de cómo se produce la interacción reflexiva (es decir: de qué conceptos y principios pueden desarrollarse para explicar las condiciones bajo las cuales es probable que ocurran distintas acciones reflexivas entre partes interactuantes).
- 4) Principio etcétera: En las interacciones hay muchas cosas que no se dicen. Para ello los actores Prefieren ir llenando los huecos que se vayan produciendo o esperar a que llegue tal información, y este principio se usa para hacer la vida social más fluida, sin interrumpir al otro sino que se espera a recibir la información.

Método documental: Es buscar la pauta subyacente para la presente investigación se usara la etnometodología como método de investigación, ya que nos aporta información del sentido común, de cómo las personas reflexionan, construyen acciones y pensamientos, para nuestro caso se quiere comprender las relaciones familiares antes y después del diagnóstico de uno de sus miembros con VIH, se podrá con este método también indagar sobre cómo se forma la comunicación y el rol de cada miembro de la familia.

6.2.10 Procesamiento de la Información.

Según (Cáceres, 2003) Los procedimientos cualitativos van creciendo al pasar los días y fortaleciéndose, ello también depende del conocimiento de los investigadores y como estos sustentan sus teorías, uno de los procedimientos más usados es el análisis de contenido cualitativo, (Cáceres, 2003) cita a Mayring donde afirma que es usado como una técnica aplicable a la reelaboración y reducción de datos, que beneficia el enfoque de la investigación cualitativa.

1. Sus objetivos según (Cáceres, 2003) son: denotar el contenido latente y manifiesto de los datos analizados.

Reelaborar datos brutos, con el fin de que se justifique la agrupación de datos o interpretar datos a interpretaciones o abstracciones dependiendo el objetivo del investigador, ya sea de relaciones o inferencias con teoría previa.

Reflexión y retroalimentación constante respecto a lo que significa la investigación desde la práctica.

Generar información válida y confiable, comprensible intersubjetivamente, que permita comparar los resultados con otras investigaciones.

2. Pasos del procedimiento según (Cáceres, 2003): Selección del objeto de análisis dentro de un modelo de comunicación: Antes de empezar a trabajar en cualquier contenido se debe tener una postura teórica sobre el mismo.

El desarrollo del pre análisis: Es donde se da indicios de cómo se va a organizar la información. Es un periodo dominado por la intuición pero que tiene como fin brindar una forma de hacer las cosas con respecto al contenido a analizar. Tiene tres objetivos: coleccionar los documentos o corpus de contenidos, formular guías al trabajo de análisis y establecer indicadores que den cuenta de temas presentes en el material analizado. Cáceres, 2003 cita a Bardin, quien indica que estos deben ser flexibles para que no para no obstruir la emergencia

de los temas desde el corpus de información seleccionada. Cabe resaltar que antes de trabajar en los documentos se debe crear un formato similar, que facilite su lectura y permita hacer observación sobre los mismos.

3.La definición de las unidades de análisis: Cáceres, 2003 cita a Hernández quien postula que las unidades de análisis representan los segmentos del contenido de los mensajes que son caracterizados e individualizados para posteriormente categorizarlos, relacionarlos y establecer inferencias a partir de ellos.

Hay dos tipos de unidades de análisis: Las que son de base gramatical, propias de la comunicación verbal o escrita, siendo estas las más comunes, la segunda las frases, el párrafo o tema: No es un grupo de palabras reunidas gramaticalmente, no tienen valor por si solas sino son un conjunto que lo constituyen no obstante tener en cuenta los que los separadores sean visibles en las unidades.

Las unidades de base no gramatical: como lo son el tiempo, el espacio y cantidad.

Documentos íntegros: Es un documento completo por ejemplo un libro, una revista, un periódico, etc. Todo aquello que constituya un bloque de información cuya individualización depende de rasgos no verbales de la unidad. Facilita una visión sumaria, pero global, del contenido

El espacio: El material o documento que se desea analizar se divide en segmentos a partir de cantidades de espacio de igual dimensión, lo que constituirá las unidades de análisis.

El tiempo: algunos tópicos no pueden ser abordados en el espacio físico, como conversaciones en vivo, música, transmisiones de televisión, es cuando se usa los análisis temporales: minutos, horas, meses, semanas.

Los caracteres: Es poco común, es cuando el investigador quiere indagar sobre personajes o rasgos del carácter de personajes o personalidades.

El ítem: Se define como la unidad total empleada por los productores de material y por último lo simbólico que depende del interés del investigador sobre lo que considere el material simbólico, pueden hacerse libros, párrafos o cuestionarios.

Cabe mencionar que en una investigación se puede usar más de una unidad de análisis, el ítem requieren menos tiempo de codificación y clasificación, las unidades de palabras, frases o párrafos son más complejas de analizar por su significado, el tema y el ítem son más fáciles para para análisis de los significados y las relaciones entre éstos

4. Establecimiento de reglas de análisis y códigos de clasificación: Para determinar la validez y confiabilidad del análisis de contenido es necesario determinar las reglas de análisis, estas indican al investigador y su colaboradores cuales son las condiciones para codificar y eventualmente categorizar un determinado material, y como es de tipo cualitativo deben ser flexibles.

Una vez que se establece cuál será la unidad de análisis, se procede a separar el material contenido en virtud de dicha unidad, de tal forma que todo aquel que parezca guardar relación, la suficiente como para ser considerada similar, mientras que otros conjuntos de datos conforman otros grupos Cáceres (2003) cita a Morris, luego de que los datos han sido divididos y agrupados conforme a las reglas de análisis, se tiene que brindar un identificador a cada grupo. Estos identificadores reciben el nombre de códigos, y pueden ser un concepto conocido, una palabra o símbolo alfanumérico cualquiera de carácter distintivo. Los códigos resumen el conjunto de datos reunidos en una clase, un código debe tener: un código, definición breve, definición completa, cuando se usa, cuando no se usa por lo tanto hay que agrupar todo lo que se relacione con cada código y separar todo lo que no se parezca para así construir cada código.

Existen dos tipo de códigos: los códigos descriptivos: que son los que identifican las características. Y los códigos explicativos: son los identificadores de temas que el

investigador denota como recurrentes o con igual significado, dependiendo de su grado de abstracción, pueden dar lugar a la enunciación de categorías con un fuerte componente interpretativo.

5. Desarrollo de categorías Las categorías son cajones o casillas donde el contenido se ha codificado previamente, donde se ordena y clasifica de forma fija. Estas dependen en primera medida del investigador y de lo que quiera indagar o si solo simplemente es una investigación descriptiva pondrá los mismos códigos a las categorías.

Tiene dos finalidades características el desarrollo categorial:

1. La agrupación por género (analogía)- o la relación, de aquel material segmentado por medio de los códigos. Considerar la agrupación de más de un conjunto de datos más de un código que da lugar a una categoría que agrupa o relaciona dependiendo si la categoría tiende a lo descriptivo o a lo interpretativo dicha información.

2. Denotar el contenido latente a través de la interpretación, que necesariamente implica relacionar (no sólo agrupar) conjuntos de datos codificados previamente, que se obtiene bajo una base teórica

5. Integración final de hallazgos

6. observaciones sobre la validez y confiabilidad de la técnica

Se utilizará un sistema categorial para el procesamiento de la información y para importar la transcripción de cada entrevista (documentos primarios).

El sistema categorial consiste en la utilización de casillas donde se parte de un sistema de categorías elaboradas en las que el investigador distribuye los elementos de acuerdo a los criterios establecidos para ayudar a perfilar las definiciones de las categorías creadas, se tiene en cuenta los requisitos básicos a los que deben ajustarse las mismas: fiabilidad, validez, homogeneidad, inclusión, utilidad y exclusión mutua Cáceres (2003) cito a Pérez.

6.3 Categorías, definiciones y normas de las relaciones.

Para la definición de categorías se usaron los códigos: poder, primarias/familia, emocionales/afectivas y comunicación, dada la importancia de conocer las dinámicas familiares de un núcleo familiar conformado por una persona diagnosticada con VIH.

Ahora enunciamos como quedo conformada cada categoría, indicando su definición breve, su definición completa, también se indicará cuando se usa y cuando no.

Empezaremos por la primera categoría que se denomina dinámica familiar en relaciones de poder: la cual determina que las relaciones humanas están mediadas por factores altamente determinantes como lo pueden ser la toma de decisiones, la dominancia, la influencias, generadas por la voluntad y habilidad de quien posee un carácter de autoridad en el medio que se desenvuelva, en este caso la familia. Gergen, (1996). Esta categoría se usa en todos aquellos textos o enunciaciones que hablen de la familia, de la red con la familia o discursos en donde un enunciado evidencie que hay autoridad, sumisión, manejo de poder y no se usa cuando hay manifestación de agresión/violencia.

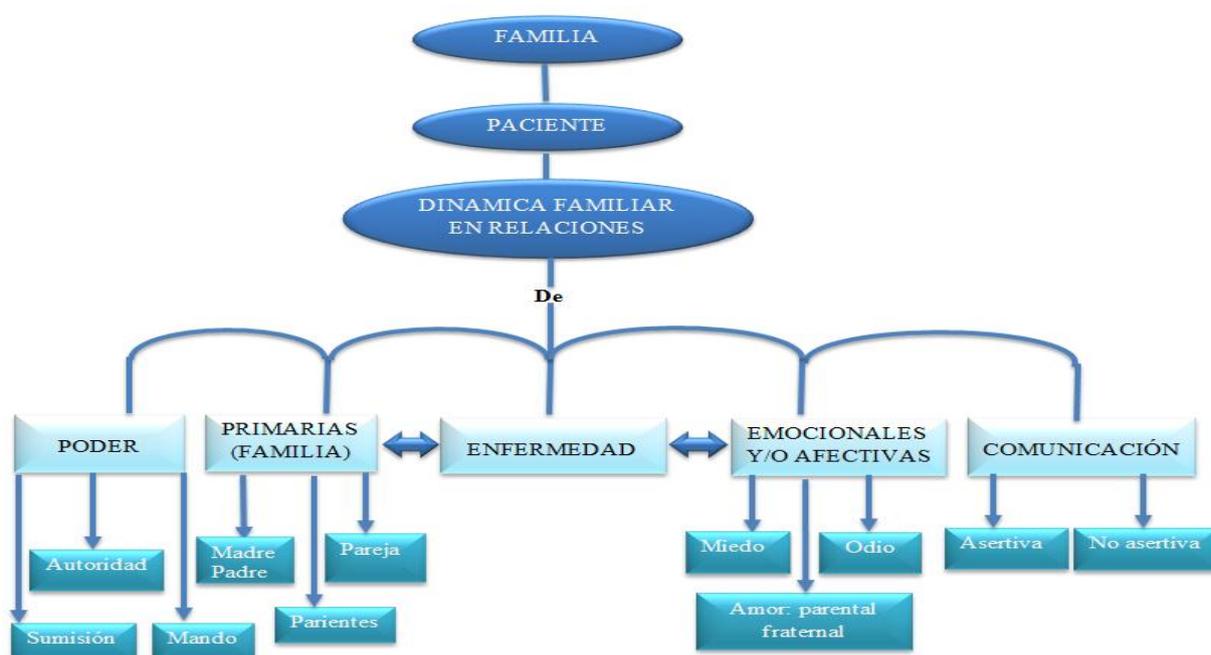
La segunda categoría es dinámica familiar en relaciones primarias/familiares el grado de consanguinidad, la alianza y filiación dependerá de la solidez de sus relaciones entendiendo esto como la reciprocidad que debe ser tomada frente a una expresión, que dependerá de la situación específica que tenga cada sistema familiar, lo que es preciso es que cada expresión tendrá un suplemento para que se convierta en una relación Morante (1999). La anterior categoría se usa cuando haya enunciados que hablen de la red familiar primaria que comprenden nivel de filiación, consanguinidad o alianza y no se usa cuando hay contacto con personas que no pertenecen al núcleo familiar.

La tercera categoría es dinámica familiar en relaciones emocionales y/o afectivas que se expresa dentro del grupo familiar que generan vínculos afectivos muy arraigados, entre cada uno de sus integrantes, a través de los cuales estos miembros se forman y desarrollan como

personas, de la misma forma cuando las interacciones sociales se extienden en el tiempo, las personas quedan atadas por un grupo de posibilidades mutuas indicando que entre ellas existe una relación. Zanden, (1990). Esta categoría se usa cuando se evidencian enunciados de vínculos familiares que ayudan al crecimiento personal de sus integrantes y no se usan cuando encontramos en el relato del participante que no construyó un vínculo afectivo, cercano con algún miembro de su familia, por cualquier tipo de situación ya sea porque no lo conoce o porque no convivió con esa persona.

La cuarta categoría es dinámica familiar en relaciones de comunicación la cual implica un compromiso y por ende una relación, define los diferentes tipos de correspondencia. Entonces se dice que la comunicación no solo transmite información sino que, al mismo tiempo impone conductas luego la relación puede entenderse según el contexto en el que se dé la comunicación Watzlawick (1985). Esta categoría se usa al evidenciar interacciones en la transmisión de información y a su vez los efectos que causa al interior de la familia. Tipos de comunicación y no se usa cuando haya expresión de comunicación ni verbal ni física con los miembros de la familia.

Gráfico N° 3 Mapa categorial

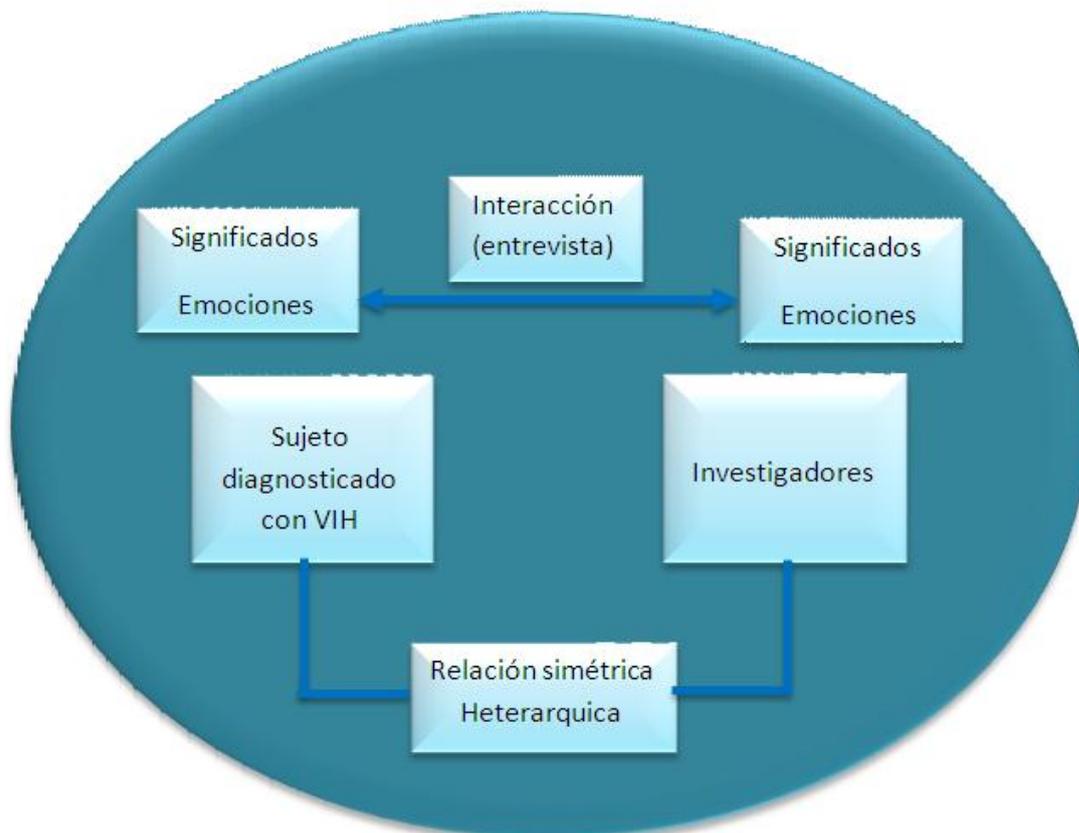


6.4 Sujetos o Actores

Como lo define Parra & Toro (2010) teóricamente se precisa población como el conjunto de elementos a los cuales se refiere la investigación. Es el conjunto de todas las unidades de muestreo o de individuos a quienes se les aplicará los instrumentos diseñados y a partir de ello se obtendrá el resultado. Como condición principal debe ser un grupo de individuos que tengan características similares con sujetos voluntarios de acuerdo a las circunstancias.

En este estudio de caso en el cual se desarrollara la investigación se compone por una familia, (padre y madre) y un miembro diagnosticado con VIH con una edad de 35 años, todos ellos heterosexuales, cada uno con empleos formales, los cuales han compartido el diagnóstico VIH positivo en tratamiento desde hace seis años aproximadamente con pleno conocimiento de la familia, los cuales cumplen con las condiciones necesarias para llevar a cabo la presente investigación.

Grafico N° 4 Propuesta de la relación entre los actores de la investigación



En este gráfico la propuesta metodológica intenta comprender cómo son las relaciones y dinámicas familiares que se presentan al interior de una familia, (padre y madre) y un miembro diagnosticado con VIH con una edad de 35 años, donde los 2 investigadores que intervienen, uno será el que induce a la coordinación de acciones e interviene cuando lo considere pertinente durante la narración y el otro se hará cargo del diario de campo y registro de observación. En todo momento deberá haber una relación simétrica o heterárquica la cual permite una comunicación e interacción abierta y en igualdad de condiciones entre los investigadores y el sujeto diagnosticado con VIH, mostrando sus emociones y significados que sean entendibles entre ellos sin demostrar superioridad o autoridad frente al otro.

6.5 Entrevista a profundidad

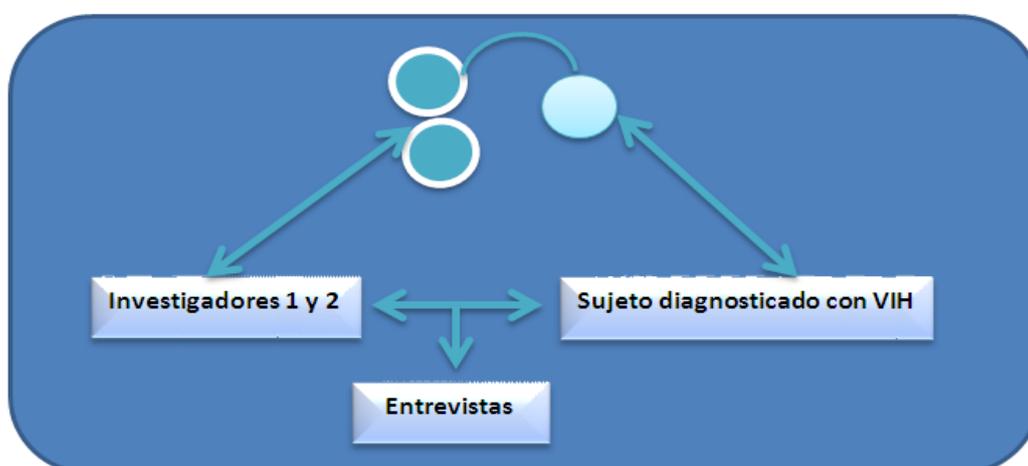
Según (Robles, 2011) La entrevista a profundidad es una técnica cualitativa, pero antes de iniciar la entrevista a profundidad se deben crear perfiles como nombre, edad, género, formación educativa, para tener claras las características de las personas que serán entrevistadas y de esta manera buscar y diseñar la estrategia más adecuada.

La entrevista a profundidad se basó en un guion de entrevista, en el que se plasmó todo lo que se quería abordar durante la entrevista, por este motivo previo a la sesión se destacaron los temas a abordar, los cuales fueron las categorías propuestas: relaciones de poder, relaciones familiares, relaciones de comunicación y relaciones afectivas, con el objetivo de controlar tiempo y evitar dispersiones por parte del entrevistado. Se hizo el esquema de la entrevista con la hipótesis, objetivos concretos de la investigación, introducción donde el entrevistador informo al entrevistado el propósito de la entrevista, también se notificó que toda la información que aporte la entrevista será analizada minuciosamente y se contará con una confidencialidad de datos.

En atención a lo expuesto (Robles, 2011) manifiesta que las preguntas propuestas por el entrevistador deben ser abiertas, para que el entrevistado pueda expresar y definir su manera de pensar, si el entrevistado manifiesta que está bloqueado se deben buscar estrategias para realizar la entrevista, motivándolo por ejemplo: ayudar a ordenar ideas, esclarecer dudas, entre otras. Se recomienda grabaciones en audio y video para la realización de análisis.

La estrategia que se utilizó en nuestra investigación es la entrevista a profundidad de tipo semiestructurada, el objetivo fue comprender las relaciones familiares cuando un miembro es diagnosticado con VIH. Profundizar cómo se desarrollan estas relaciones al interior de la familia, antes y después de conocer el diagnóstico, evidenciando los roles que se dan y esto se evidenciará por medio de las narrativas a través de la entrevista del sujeto diagnosticado. Se ejecutaron dos entrevistas a profundidad de tipo semiestructurado, las dos se aplicaron al sujeto diagnosticado con VIH, se realizaron en un espacio en el que el sujeto se sintiera cómodo, con el fin de que fueran entrevistas libres, espontáneas y de esta manera disminuir la posibilidad de que omita aspectos de sus relaciones familiares, también se pretendía conocer lo que nos aportaran sus pensamientos acerca de las relaciones familiares, roles de cada integrante de la familia. Previamente se construyó una entrevista de tipo semiestructurada para indagar estos aspectos.

Gráfico N° 5 Gráfico entrevista a profundidad



El objetivo de la entrevista a profundidad es conversar sobre las cuatro categorías de la investigación, relaciones de poder, primarias o de familia, emocionales o afectivas y de comunicación, para ello se realizaran dos entrevistas con el sujeto diagnosticado con VIH. En la primera entrevista estarán presentes los dos investigadores y el sujeto diagnosticado, todos en un mismo espacio, evidenciando la narrativa del sujeto y la construcción de su realidad y la segunda entrevista se realizará con el fin de analizar, consolidar y afianzar la información obtenida anteriormente, para ello se contará con un mismo espacio donde investigadores y sujeto con VIH, conversaran sobre las cuatro categorías de la presente investigación

7. Análisis de la información

La presente investigación surge por las diferentes inquietudes en el saber interdisciplinario de la psicología, al evidenciar la falta de acompañamiento tanto para el sujeto diagnosticado como para su familia., así mismo evidenciar como se presentan las relaciones en la dinámica familiar existentes a partir del conocimiento del diagnóstico, lo que representa para el sujeto y su entorno , en gran medida las personas que se hallan en esta situación de enfermedad y la compleja problemática en que se encuentran inmersos, son componentes que obligatoriamente llaman nuestra atención como psicólogos y nos motiva a la exploración de medidas y soluciones eficaces que ayuden a que este ambiente, como indica Sanz y Bild (1985), “una etapa natural de la vida y no la prolongación de una agonía.” Desde esta perspectiva se pretende que el sujeto tenga una mejor calidad de vida comenzando con el núcleo primario (la familia).

A partir de estas consideraciones se evidencia una gran deficiencia, donde todas las áreas de la salud están más interesadas en la enfermedad y no en el bienestar psicológico de la persona y de su familia. Es importante mencionar que en la gran mayoría de los casos y dependiendo la forma de adquirir la infección estas personas son abandonados, rechazados o discriminados al interior de sus familias, de allí la relevancia de la investigación de comprender qué pasa con las relaciones familiares cuando un miembro de la familia es diagnosticado con VIH. La pregunta es ¿existen transformaciones? ¿Habrán un antes y un después dentro de la dinámica familiar de esta persona?

Como todo proceso investigativo se tuvieron problemas al momento de precisar la población, por lo tanto lo que inicialmente en el proceso de definición de la persona a entrevistar con unas características familiares particulares se tuvo que cambiar por otra con unas características diferentes en su esquema familiar . Una vez obtenida la información se realizó la recopilación de datos de las entrevistas y se efectuó el análisis de resultados para

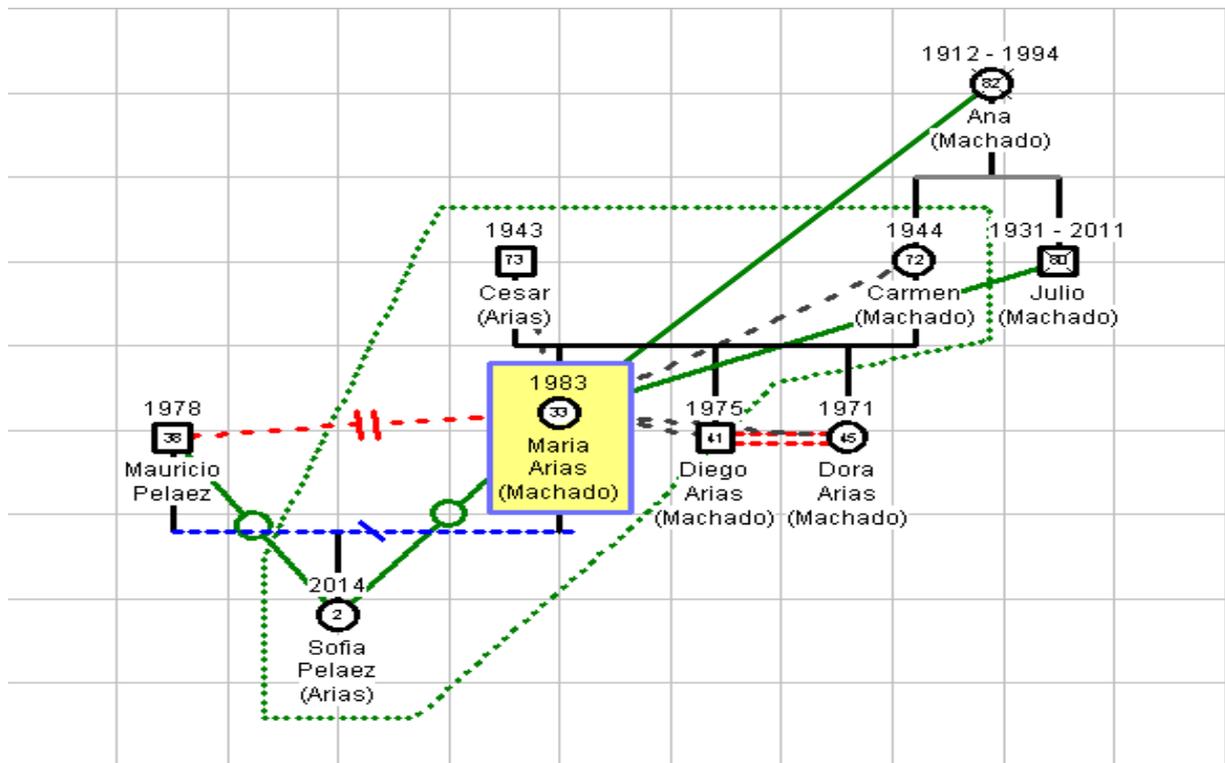
retomar las categorías establecidas previamente (marco teórico). La información obtenida durante las primeras entrevistas la información suministrada por el sujeto se ha ido alimentando y transformado con puntos de vista más amplios, transformo las preguntas y consolido el proceso de definición de esta forma se podrá analizar una mayor cantidad de perspectivas del problema planteado para investigación.

El análisis de los resultados de la investigación realizada se hizo haciendo hincapié en una técnica de recolección de datos, que como vimos anteriormente es la entrevista a profundidad de tipo semiestructurada, la cual se asumió comprendiendo que hay muchos temas emergentes, con el fin de entender cómo han sido las relaciones en la dinámica familiar antes y después del diagnóstico de VIH. Con referencia al tema en mención se configuraron cuatro categorías: dinámica familiar en relaciones de poder, de familia/primarias, emocionales/afectivas y de comunicación, definidas anteriormente (ver Gráfico N° 5), las cuales han sido desarrolladas e indagadas tomando como referencia diferentes autores, relacionándolos con la narrativa del sujeto diagnosticado, de la cual se tomaron los aspectos más relevantes encontrados en esta investigación. En el proceso de análisis de la información obtenida, se denota una nueva categoría emergente en las narrativas del sujeto, la cual fue la construcción simbólica que este realiza en torno a lo relacionado con la enfermedad, la cual se evidencia a partir de sus experiencias en el entorno familiar, la enfermedad se presenta como una característica fundamental para que su familia se una en pos de esta y la atención que recibe este miembro de la familia es de apoyo y fortaleza para afrontar esa situación, pero cabe destacar que no se presta la misma atención y cuidado al sujeto diagnosticado con VIH, quien manifiesta el desinterés por parte de los integrantes de su familia, llegando a buscar ese apoyo en la red externa como lo son los compañeros de trabajo.

A continuación se presenta el análisis de la información surgida de las entrevistas, teniendo en cuenta la ordenación que nos permite cada una de las categorías, para efectos de

proteger la identidad del sujeto y su familia se usaron nombres ficticios en el análisis de resultados, también se pueden evidenciar para mayor entendimiento en el genograma que realizó en el marco de la investigación:

Gráfico N° 6 Genograma



Dinámicas familiares en las relaciones de poder: Como se mencionó anteriormente entendemos las dinámicas familiares en relaciones de poder a partir de los conceptos de diferentes autores como lo evidencia Gergen (1996), las relaciones de poder en la familia influyen en los afectos de cada uno de sus miembros los cuales se generan a partir de los roles socioculturalmente enmarcados en el entorno familiar, al mismo tiempo dentro de la investigación se considera oportuno realizar búsqueda respecto a las relaciones de poder que se generan al interior de la familia, de normas existentes dentro del sistema familiar para identificar si se presenta sumisión, mando o autoridad, si el diagnóstico ha sido detonador de invención o reafirmación de normas incluyentes o excluyentes hacia la persona que vive con

el VIH, dentro de las preguntas establecidas están: ¿Cómo se generan las reglas y la toma las decisiones en su familia? ¿Quién las impone o genera? ¿Cómo es su relación con esta persona? de las cuales las respuestas surgieron en la narrativa del sujeto que se enuncia como diagnosticado: “mi papá siempre ha llevado el liderazgo en la casa”.

Se encuentra una figura paterna que genera unas dinámicas de autoridad, que denota una estructuración normativa y rígida la cual hace que los relatos generados por María denotan cierto temor a esa autoridad y por lo tanto a su padre, miremos lo siguiente “siempre le hice caso a mi papá así no viviera con él”, lo interesante de la frase anterior implica que aun sin la presencia física del padre hay en su estructuración emocional un temor que hace que se obedezca así no esté presente, por miedo a una represalia o castigo ya que se generaron unos estándares en cuanto al tipo de castigo que ejercía el padre sobre sus hijos como se identifica en este enunciado expresado por María: “a cada uno nos tenía una correa de cuero para reprimarnos”.

La ausencia de autoridad en el sentido de construcción de la norma se cambia por una construcción violenta y agresiva de una manera tan significativa que a cada uno de sus hijos les tiene una correa diferente para reprimarlos, de esta forma se evidencia que la autoridad del padre es la que opera, donde todos debían obedecer sus reglas y seguirlas a cabalidad, funcionando así la dinámica familiar en el que la madre no toma un papel de autoridad frente a su núcleo familiar, para concluir como factor determinante se denota la toma de decisiones, la dominancia, la influencia, generadas por la voluntad y habilidad de quien posee un carácter de autoridad en el medio que se desenvuelva, en este caso la familia.

Desde el postulado de Gergen, (1996), se evidencia cuando una persona posee unas características rígidas o autoritarias puede lograr que el resto de individuos acceda a sus normas y se adapte a las mismas. “mi papá siempre fue el que me corrigió” se muestra que la autoridad materna no se manifiesta, por el contrario denota que la madre tiene una conducta

de quedarse callada ante lo que los demás digan y resta importancia a lo que se desea o piensa, también optando por esta acción de sumisión con la finalidad de evitar dificultades o discusiones con los hijos y con su esposo.

Cuando se le pregunta al sujeto diagnosticado sobre si han existido transformaciones en estas relaciones de poder posterior al diagnóstico refiere: “no! mis padres siempre fueron así en la casa”...evade la pregunta e intenta cambiar el tema de conversación manifestando lo siguiente:” aunque desde que mi hermana mayor empezó a manejar el tema de dinero, ella también empezó a tomar decisiones y establecer reglas”. Por otra parte en la dinámica familiar del sujeto diagnosticado con VIH, cuando los padres estaban fuera de casa refiere: “Dora (hermana mayor) ella era la que a veces cocinaba, digamos si ellos tenían que salir a hacer una vuelta no sé a dónde, digamos Dora era la que quedaba a cargo y tenía que hacer de comer, la que nos ponía a hacer el oficio, cosas así, ella era fuerte con nosotros, nos castigaba si no hacíamos caso”. De este relato se puede apreciar que la hermana mayor de María en algunas ocasiones toma el rol de los padres, influyendo esto en la relación con sus hermanos, que ya no era de hermanos con los cuales jugar y compartir, generando un distanciamiento entre ellos, ya que no es lo mismo ver a una persona como su hermana, tomando el rol de los padres o figura de mando por lo cual se evidencia que se establecen nuevas reglas por parte de la hermana, al ser impuestas en el quehacer diario ya sea representando el papel de madre en la labores del hogar o en la imposición de reglas y castigos como lo hace el padre.

Las relaciones de mando en las que se asignan funciones y generan la obtención de resultados a través de las acciones se representa en diversas posturas que manifiesta María: “mi papá era un hombre muy duro, cuando estaba en la casa había que tener mucho silencio” en este apartado se ve como la familia tradicional sigue enmarcada en ese contexto donde el hombre es quien lleva el mando del hogar mientras que la mujer es dominada, evidenciando en esta dinámica familiar el poder por sumisión cuando refiere María:” mi mama es una

mujer sumisa”. Adicional a ello manifiesta: “a mi mama la gritábamos le hablábamos feo y ella no decía nada. Nos aprovechamos de esa nobleza. De grandes empezamos a cambiar con ella.” En estas expresiones de María se identifica como las relaciones familiares, están determinadas por la dominancia de la figura paterna, la sumisión de la madre y el poco respeto de los hijos hacia la figura materna, funcionando así la dinámica familiar. “Cuando mi papá estaba en la casa no podíamos hacer ningún ruido” esta frase nos muestra que el padre autoritario se comunica muy poco con sus hijos, no escucha, no los tiene en cuenta y en cada instante les exige obediencia y sumisión, incluso llegando a formar en ellos un pensamiento hacia el castigo el cual los hace más fuertes para enfrentar la vida. Es el padre quien habla, piensa y decide. Por ello con frecuencia asume posturas arbitrarias con tal de mostrar que él es quien manda en el hogar y en este caso se observa también como los hijos en un principio aprovechan esta situación y desvalorizan a su madre, quitándole el rol y la posición de las funciones maternas, pero refiere María: “ya de grandes cuando cada uno empezó a trabajar y a conseguir cosas y eso ya todos empezamos a cambiar con ella”, denotando en estas líneas que hubo un cambio a través del tiempo, cuando se generó un proceso de comprensión objetiva sobre la forma en que se establecen las relaciones con la madre y hubo una estabilidad económica en la que todos podían aportar a la casa, no solo la figura paterna, disminuyendo la carga que representaba para él padre ser el sostén de la familia. Las relaciones humanas median entre el poder, la sumisión y el mando, de esta manera denotan en el reconocimiento de la autoridad de otro individuo y el estar dispuesto a hacer la voluntad de quien tiene una jerarquía de autoridad.

Dinámicas familiares en las relaciones primarias: la familia nuclear, constituida por el padre, la madre y los hijos(Diego y Dora), que articula en torno suyo a una gama de tíos y abuelos, para este sistema familiar se han de comprender diferentes facetas que permiten identificar la dinámica sobre la cual se ejerce la vida de cada uno de los integrantes y que

además impacta de forma directa en menor o mayor grado a este sistema familiar, causando la necesidad de reajustes o cambios definitivos en la misma dinámica. Dentro de este marco se comprenderán los aspectos ligados a la estructura y los cambios existentes de la misma tras el diagnóstico y el hecho de convivencia en el que uno de los miembros de la familia está diagnosticado con VIH.

Teniendo en cuenta que la estructura familiar según Valdés (2007), es “el conjunto de pautas funcionales conscientes o inconscientes que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia”, se determinará la composición de la familia antes y después del diagnóstico, así mismo se considerará la evolución y cambios emergentes en la sociedad que crean la necesidad de identificar nuevas formas de composición dentro de esta dinámica por ende como lo indica Morante (1999), “Las relaciones de parentesco en las sociedades, está constituida por tres relaciones distintas, aunque mutuamente relacionadas: filiación, consanguinidad y alianza. Ellas forman la base de la familia”.

Para nuestra investigación se usaron las siguientes preguntas: ¿Con quién vive? ¿Cómo era su núcleo familiar antes de ser diagnosticado? De acuerdo a las narrativas de María se evidencia que sus primeras relaciones familiares están determinadas por su familia extensa (abuela, tío) con quienes convivió hasta los 10 años, refiriendo: “Viví en el campo con mi abuela y mi tío “también refiere: “yo me crié hasta los 13 años con mi abuela”. Se evidencia el acogimiento familiar por parte de la abuela y el tío, como una alternativa de convivencia, ya que los padres, según el relato de María no pudieron ejercer su rol de cuidadores por factores económicos, denotando así una crianza por parte de su abuela materna, quien en algún momento María refiere “esa señora era mi mamá”. Evidenciándose allí un cambio de roles, donde en primera instancia el rol de mamá es asumido por la abuela. Adicionalmente a esto la abuela influye para que la relación entre madre biológica e hija no desaparezca del todo.

Cabe destacar de esta situación que María es la menor de tres hermanos, es allí donde el investigador se pregunta, ¿era una hija deseada?, ¿Por qué las figuras paternas de María no asumieron esa responsabilidad?, y no fueron capaces de desarrollar su rol parental en ese momento de niñez de María. Todo este escenario cambió cuando María refiere: “Yo tenía 10 años cuando nos vinimos para Bogotá porque mi abuela se enfermó y ya vivía ahí en la casa con nosotros, eran mis padres y mis hermanos”. De esta forma se puede evidenciar el cambio reestructurador que tiene María dentro de la composición familiar, ya que pasa de un núcleo familiar anteriormente establecido y debe acoplarse a uno en el que no es totalmente ajeno pero que sus dinámicas y su estilo de vida se ven afectadas, otro factor influyente es el cambio de contexto (del campo a la ciudad).

También se observa una modificación de roles donde los padres de María asumen su papel como figuras paternas, que en un momento determinado designaron a la abuela y al tío. Por otro lado se evidencia que el padre fue el encargado de suministrar todos los beneficios económicos al hogar, mientras la madre era la encargada de los quehaceres del hogar, los hijos nunca tuvieron que aportar dinero al hogar, pero si refiere María: “nosotros trabajamos desde los 13 años, para comprarnos nuestras cosas, siempre hemos sido muy independientes”. Expresando que no querían depender de su figura paterna, quien suplió todos los gastos básicos del hogar, ellos querían cosas materiales y de entretenimiento, por lo cual siempre han trabajado para suplir sus gastos.

Ahora se destaca otra fase de la vida de María, es cuando conoce al padre de su hija, al cual menciona que se conocieron en el grupo de apoyo, “yo no quería quedar embarazada, estaba planificando, pero quede embarazada, en un inicio quería abortar y eso también me lo sugirieron los ginecólogos”. Aquí se puede reconocer una idea fija acerca de no tener hijos, María es una persona independiente, que no busca compañía aunque se evidencia esta falta de afecto en ella que si lo ha buscado en por medio de agentes externos a su núcleo familiar y

pensar en un embarazo es depender de otra persona, adicional a esto por su enfermedad existe un gran riesgo tanto para él bebe como para la María de morir. En un segundo momento María refiere: “Pero me soñé con una niña, entonces decidí tenerla”, es un tema que indica vida a pesar de las adversidades que se pudieran presentar durante el embarazo, incluso para el nacimiento había muchos riesgos, que María decidió afrontar.

Por consiguiente, de las relaciones familiares se puede apreciar una familia consolidada, que en un momento contó con el apoyo de su familia extensa, y que se ha logrado adaptarse a diferentes situaciones, por su vínculo de consanguinidad.

Dinámicas familiares en las relaciones afectivas: Al realizar la validación de las relaciones afectivas que se crean al interior de la familia, se evidencian enunciados en las narrativas de vínculos afectivos que ayudan al crecimiento personal de cada uno de sus integrantes generando cercanía o distanciamiento entre los diferentes miembros de la familia. Mostrando dentro de estas narrativas las subcategorías que componen este apartado: dinámicas familiares en relaciones afectivas de miedo, de odio y de amor fraternal y parental. Durante las narrativas del sujeto diagnosticado se evidencio en primera instancia su amor parental por su abuela y por su tío refiriendo: “mi abuela era mi mamá, yo adoraba esa mujer”, En este fragmento del relato se evidencia que hay gran admiración, respeto y cariño hacia su abuela, ya que ella representa para María su figura materna, esto se mantiene a través del tiempo.

Cabe destacar que María muestra un afecto triste al hablar de su abuela y expresa la falta que está le hace, ya que ella era su apoyo y quien le dio todo lo que necesitaba en su infancia. Posterior a esto María refiere: “mi tío me peinaba, me arreglaba y yo iba y me tiraba al arroyo, pero él siempre fue muy paciente conmigo, nunca me pegaron (abuela - tío) o castigaron, igual yo les hacía caso”. El tío es una figura importante en la vida de María ya que tiene muchas muestras de afecto hacia ella y también cuidaba su higiene y aspecto

personal, asumiendo un rol de cuidador y ejerciendo esa figura paternal para María, además María indica “incluso cuando nos vinimos con mi abuela para Bogotá, yo seguía visitando a mi tío en Junín, pero mi tío se casó y doña Beatriz no me quería”. En este segundo fragmento se evidencia cierta rivalidad entre la esposa del tío y María, se puede identificar en la forma como lo manifestó María que existía un odio por parte de la esposa del tío por el cariño que él le profesaba y la dedicación que tenía hacia María que no les permitía estar juntos siendo esto un determinante para que la relación con el tío se fuera alejando, claro está que sin acabarse ese afecto, María refiere “cuando mi tío estaba enfermo yo fui a visitarlo, y me dijo yo me acuerdo que eras muy traviesa, pero siempre te quise mucho” este apartado fortalece aún más la percepción de afecto de María hacia su tío. Luego refiere: “Cuando él murió yo también fui”. Esto demuestra que aunque hubo un alejamiento a causa de la esposa del tío, nunca se perdió el vínculo afectivo y el contacto. Por otro lado el amor paternal fue determinado por el tío y la abuela de María, aunque en la narrativa María infiere que ellos no querían que ella perdiera ese vínculo con sus padres, entonces María refiere “mi abuela y mi tío no quisieron una relación de odio, ni desapego hacia ellos (padres), entonces ellos llegaban y yo era feliz, y salíamos e íbamos a dar una vuelta, mi papa me recogía y yo le hacía caso en lo que él me decía” en este apartado también se evidencia que independientemente de que la abuela y el tío de María manifestaron cual era el rol de sus padres en la relación, ellos al tomar el rol de cuidadores hicieron que María generara una representación paternal en ellos más estructurada que en los propios padres ya que las visitas eran esporádicas y no le brindaban la protección y el cariño que si le ofrecieron sus cuidadores .

Posterior a ello María refiere: “mi papá nunca tuvo una muestra de afecto hacia nosotros”. Esto puede ser determinado por la poca expresión afectiva que su padre mostro hacia ello, en lo referente al contacto físico (abrazos, besos), lo cual es definido por María como nunca tuvo una muestra de afecto, pero este afecto era mostrado de otras formas, como el sustento

económico del padre hacia el hogar, María no piensa que esto pueda ser una muestra de afecto. Pero cuando nació la hija de Dora María refiere:” al nacer mi sobrina mi padre cambió mucho, la consiente, es muy expresivo con ella, incluso a nosotros nos toca el hombro y para nosotros es raro, debido a que él nunca nos dio una muestra de su cariño y a mi gusana la adora también”. Aquí se puede evidenciar como los procesos afectivos que para María no era manifestado como ella quería o como era su representación de cariño, empezó cambiar años después por el nacimiento de una nueva integrante a la familia, la cual despertó en el papá de María un afecto expresivo, con abrazos y caricias. Pero en cambio la mamá de María siempre dio muestras de afecto, como lo esperaba María, y refiere “mi mamá si siempre ha sido muy afectuosa con nosotros”. Mostrando ser una mujer entregada al hogar y brindando amor a sus hijos, lo cual ayuda mucho a que cuando tengan su mayoría de edad, establezcan un vínculo de filiación más cercano, María refiere: “cuando mi mamá se enferma todos corremos a ayudarla y estamos muy pendiente de ella”. Aquí se puede identificar el miedo de perder a un ser querido, que de acuerdo a lo relatos es quien ha brindado afecto en las dinámica familiar y el saber que una enfermedad lo ataca en algún momento, une a los hermanos de María, y se dedican a acompañar y animar para salir de la situación difícil.

En cuanto a la relación con sus hermanos María refiere: “con mi hermano (Diego) si tengo una buena relación, pero no compartimos con mi hermana (Dora), era muy fuerte y nos pegaba, Diego era muy casoso con Dora, pero nosotros (María y Diego) si éramos muy unidos, jugábamos y compartimos mucho tiempo juntos”, manifestando un estrecho vínculo fraternal entre el Diego y María, pero una relación distante con Dora. La relación con el hermano cambió cuando María refiere:” ahora mi relación con Diego es mala, el después de que se casó cambio, ya casi ni nos hablábamos, ni nos vemos”. Evidenciándose una transformación en el afecto de estos hermanos, que en un inicio era muy cercana y que a la llegada de nuevas personas a su vida, se produce un distanciamiento en la relación, al pasar el

tiempo la relación afectiva de hermanos se va debilitando tanto, hasta llegar a dejar de hablarse hasta por más de seis meses. En cuanto a la relación con Dora, María afirma: “ahora nos hablamos un día por semana, pero solo hablamos de cosas en concreto”. Es decir que la relación no ha cambiado mucho, pero si se reúnen en torno a algunas las cosas, como por ejemplo María refiere: “yo fui a cuidar a mi hermana cuando la operaron y le aplique las inyecciones”. Siendo esto una característica de María ayudar y brindar todo su conocimiento.

De otro modo María refiere: “a mi papá le gusta reunirnos para celebrar cumpleaños, navidades y fechas especiales, aunque todo siempre termina en discusiones, pero siempre vamos todos”. Este apartado sugiere que el padre de María quiere unir a su familia y compartir con ellos, ya que en un inicio por su trabajo no pudo. Es interesante ver como anué en un primer momento no quieren asistir a la reunión familiar van finalmente, mostrando esto, que quieren intentar ser una familia unida, a pesar de las dificultades.

Adicional a esto María cuenta: “entre nosotros no somos cariñosos, no nos hablamos con diminutivos, cada uno se llama a secas, no nos saludamos con un beso en la mejilla, no hay abrazos”. Esto evidencia un afecto plano, donde no hay muestras de afecto expresivas entre los integrantes de la familia, esto debido a su estilo de crianza por parte del padre autoritario y sin expresiones afectivas. Además María relata “con mi primer trabajo supe que era que alguien lo saludaba a uno de beso en la mejilla, y fue muy raro. Con mis compañeros de trabajo soy muy diferente, me dicen Mari... Y me consienten mucho”, esto puede evidenciar que el afecto que no recibió por parte de su familia nuclear (microsistema), fue suplido por sus compañeros de trabajo pasando a un mesosistema que si le ofrecía los recursos afectivos que María necesitaba y haciendo inferencias entre las relaciones afectivas familiares y relaciones afectivas laborales. Y prefiriendo estar más tiempo en el trabajo que en su casa.

Posterior a ello María refiere: “Ahora mi gusana (hija) es mi vida, cocino por ella, y me levanto cada mañana para darle lo mejor, pasó 24 horas del día con ella”. En esta narrativa se

observa como un nuevo integrante de la familia, hace que cambien sus percepciones y que se cree una nueva esperanza de vida. María a pesar de su enfermedad, manifiesta sus deseos de brindar cada uno de los momentos de vida a su hija, creando un vínculo de unión que le proporciona seguridad, alivio y satisfacción por la vida, esto es determinante para que María en medio de su enfermedad se mantenga firme y estable y no se sienta sola manifestado de esta forma: ” lo único que quiero que recuerde mi hija, es que estuve todo el tiempo con ella, quiero hacer lo máximo con ella, y si algún día no logró vencer la enfermedad que ella me recuerde como una mamá que dejó de trabajar por ella y que se dedicó solo a ella”. María sabe que su vida se puede ver afectada en cualquier momento por la enfermedad, pero su hija en ese elemento que le permite afrontarla y se convierte en la posibilidad del fortalecimiento emocional de la paciente y por ende quiere de vivir para que su hija pueda gozar de los beneficios que ella no pudo tener en su infancia, de la dinámica familiar que narra María, se evidencia un vínculo seguro de madre-hija, que suele confundirse con sobreprotección, pero que es lo que ayuda a que María decida vivir a pesar de su enfermedad.

En cuanto a sus padres son importantes en la vida de María pero no tiene una estrecha relación, lo único que puede unirlos son los momentos de celebraciones que comparten. En las relaciones afectivas de María se observa que no hay una estabilidad en las emociones al interior de la familia, ya que solo se centran en cada uno y por el tipo de crianza que se les dio tienen una afectividad plana y desinteresada entre ellos. Igualmente no demuestran su afecto entre ellos, los momentos de expresividad se relacionan con las nietas únicamente.

Dinámicas familiares en las relaciones comunicativas: Abordar el estudio de la dinámica familiar implica el análisis de diferentes aspectos, por este motivo se hace necesario el abordaje de la comunicación y cómo está tiene un papel fundamental al interior del sistema familiar partiendo de la premisa que ello obedecerá del tipo de relación que se dé en los diferentes sistemas que componen la familia. De este modo se puede definir que la

comunicación es: “toda transmisión de un mensaje entre individuos, sistemas y organismos utilizando para ello los elementos que tienen en común” Quintero (1997) esta comunicación puede ser verbal o no verbal.

La familia participante en esta investigación presenta características particulares ya que conforman tipologías familiares diferentes, sin embargo en cuanto a la pregunta formulada por los investigadores acerca de la forma de comunicación dentro del sistema, la entrevistada contesta que la comunicación es buena y hablan sobre temas relacionados con el trabajo y otros de carácter emocional, existe el respeto en cuanto al contacto físico, verbal y la libre expresión entre los miembros de la familia.

¿Quién o quienes la apoyaron en este proceso?

“Realmente siempre he sido muy independiente y cuando me diagnosticaron me dedique a trabajar y al voluntariado en la cruz roja”, María nos permite encontrar en este fragmento de su relato una característica derivada de las relaciones que mantuvo con los integrantes de su familia, caracterizados por una baja relación comunicativa. Sin embargo el diagnóstico le permite encontrar un nicho afectivo en otros escenarios por ejemplo en su trabajo, o con su compañeros en la cruz roja, llegando a tener muy buenos amigos, de los cuales si se siente apoyada como lo manifiesta: “cuando me sentía muy mal ellos eran los que me llevaban por urgencias y estaban conmigo hasta que me dieran de alta”. De esta manera se evidencia como intenta reestructurar sus vínculos familiares que de alguna manera no fueron muy fuertes en su historia familiar, lo cual implica para María fortalecer otras instancias incluso a estar como voluntaria, ya sea por la ayuda que podía brindar o por el entorno socio afectivo en que estaba inmersa y de alguna manera se sentía protegida.

María refiere: “yo llegaba tipo once de la noche y no tenía mucho contacto con mi familia igual para ellos fue normal, como si fuera una enfermedad más”, “no les interesa”. “siento que el apoyo fue más por parte de mis compañeros de trabajo”, “también era porque era

donde permanecía la mayoría de mi tiempo”. En lo anterior podemos ver un distanciamiento comunicativo entre María y sus familiares por motivos laborales. También se ha evidenciado el cambio tras el diagnóstico tendiente a conformación de tipos de convivencia diferentes al familiar, el unipersonal y el cambio de función y actitud frente a su situación como por ejemplo la independencia además de económica, también la emocional, ya que el miembro diagnosticado adopta posición de responsabilidad frente a sus decisiones personales e íntimas que en adelante tome, como lo indica Bronfenbrenner (1987) donde los cambios de roles o entorno personal, afectan su ambiente inmediato. Lo que se podría identificar por parte de María como un posible aislamiento reconociendo la vigencia de su diagnóstico, su estado físico y clínico se podría denominar claramente como una independencia toda vez que lo que ella busca es fortalecer sus vínculos.

Adicional a ello María refiere: “la única que sabe todo de los tres es mi mamá, quien a veces nos cuenta como está el otro”. Siendo la figura materna la que se encarga de transmitir la información de cada uno de sus hijos a los otros, sino hubiera este canal comunicativo, probablemente los tres hermanos nunca se enterarían en que están cada uno.

En sus narraciones María manifiesta: “Cuando hablamos de mi diagnóstico, nos preguntamos si muero con quién quedaría la niña”, “en primera instancia con el papá y sino con mi hermano”. Se puede decir que en esta familia existe una relación frecuente entre los sistemas paternal y fraternal manteniendo una comunicación más funcional y estableciendo alianzas de apoyo afectivos con su hija o con los hermanos.

Watzlawick (1985) afirma que los grupos interpersonales son circuitos de retroalimentación, ya que la conducta de cada persona afecta al grupo y el grupo afecta al individuo”. De esta manera en la dinámica familiar de María se puede encontrar que existe una retroalimentación entre ella y su familia, también por parte de los amigos y compañeros

que la rodean, manifiesta: “cuando hablo con mi hermana hablamos de la salud de ella de la mía, ¿cómo sigo?, ¿cómo va todo en la casa?... cosas así, también me pregunta por la niña, que si está bien, si está creciendo”, “con Zoraida normalmente nos hablamos una vez por semana”. La comunicación en el sistema familiar es un elemento muy importante ya que allí se logran consolidar lazos afectivos, redes de apoyo y relaciones entre los individuos que hacen parte de ese sistema. En este sentido afirma la tesis de Watzlawick (1985), que menciona la importancia de la información y retroalimentación de lo que se ha comunicado. En este caso la información sería el diagnóstico y cómo la familia recibe la noticia y la retroalimenta para generar un cambio, este puede ser de una forma asertiva o negativa dependiendo la manera como se transmite. Adicional a ello en lo que le indica el psiquiatra en una de las sesiones, refiere María: “eso me explicaba el psiquiatra, él me decía es algo que ellos están tomando como algo más y no les interesa”, “no les interesa! Se desgasta usted y peor va a estar”, de igual manera se debe tener en cuenta la ética profesional que pueda tener un miembro de salud en la que una frase puede llegar a afectar la dinámica de una persona en este caso el contexto familiar y así mismo influir en las decisiones que se puedan llegar a tener con respecto a algo tan trascendente e importante como lo es una enfermedad en este caso el VIH.

De acuerdo a lo que refiere María: “no es una mala relación, simplemente a ellos no les interesa lo toman como algo más que yo vaya a hacer”, “cuando yo les digo es que hoy me siento muy mal, ellos contestan a bueno” Se observa que han manejado una comunicación lejana y poco eficiente que da cuenta de una excesiva independencia y la falta de interés por mantener una comunicación más adecuada y asertiva, volviéndose algo normal y cotidiano. También se puede decir que en la narrativa de María y la manera como evidencia la poca relevancia que tuvo el diagnóstico para sus padres, hizo que se alejara de su entorno familiar y así obtener la atención que merece para ella la enfermedad en otros espacios de su vida.

Categorías emergentes: Finalmente después de las narrativas del sujeto se evidencio el surgimiento de unas categorías las cuales no se tenían previstas en la investigación, pero que hacen parte fundamental de la dinámica familiar de María, de acuerdo a esto se enuncian las siguientes categorías emergentes de las cuales se destacan: la enfermedad fuente de unión familiar, el papel que desempeña la hija de María dentro la estructura familiar, la construcción de sí mismo en relación con el otro.

De éstas llama la atención la **categoría de enfermedad** debido a que en toda la vida de María ha estado presente y sus familiares, incluso ella se han reunido entorno a la enfermedad, cuando María refirió:” nosotros nos tuvimos que venir porque mi abuela se enfermó, yo tenía 10 años, nos vinimos para Bogotá y ella vivía ahí en la casa con nosotros.”. Esta situación permitió que María regresará a su hogar paterno y así generar la conformación de un nuevo núcleo familiar y acoplamiento a la vida en la ciudad después de estar en el campo, pero si no hubiera existido esta situación probablemente María nunca hubiera regresado con sus padres.

Adicional a ello María refiere: “Al interior de la familia somos así, somos muy fríos entre nosotros mismos, somos poco afectivos, si alguno está muy muy enfermo vamos lo llamamos, estamos pendientes”. De acuerdo a estas apreciaciones a pesar de contar con una historia de una relación de los vínculos afectivos escasos la enfermedad permite entender algunos elementos de fortalecimiento de las relaciones afectivas al interior de la familia, también enmarcado en este apartado que indica María “cuando mi mama tuvo lo del vértigo, se fracturó un brazo, yo era la que la cuidaba, estaba muy pendiente de ella, mis hermanos también estaban muy pendientes”. Se evidencia que la paciente a pesar de su enfermedad y de la falta de afectividad, cuida a su mamá y manifiesta su solidaridad hacia los demás miembros de familia proporcionándoles los cuidados necesarios para la recuperación.

También refiere María:” Mi hermana cuando yo estuve más enferma ella estuvo muy alejada de mí, ella estaba casada y tenía sus cosas que hacer. Pero en esa época mi hermano sí

estuvo más unido a mí, estaba aún soltero”. En este fragmento se puede evidenciar como la llegada de una persona a la vida de sus hermanos afecta, incluso cuando hay más unión y comprensión como lo es la enfermedad.” Después de eso, de la cirugía de mi hermana, estuve cuatro o tres días a la semana con ella. La primera semana larga estuve con ella, tocaba colocarle la heparina, entonces obviamente en ese tiempo si estuvimos cercanas.” Es importante mencionar que en este fragmento se repite la unión entorno a la enfermedad, ya que si bien no tiene una relación muy cercana con su hermana en ese momento la ayudo y la acompaño hasta su recuperación.

Se determina que el sujeto todo el tiempo desea ayudar a los demás ya sea en su rol como enfermera, como voluntaria, brindando sus capacidades de ayuda a aquel que necesite desde el ámbito hospitalario que es en el que se desempeña. Todas narrativas y conceptos que denota María da herramientas suficientes para que emerja esta categoría, esto lo podemos evidenciar en el siguiente relato. “Cuando mi mamá se enfermó todos estuvimos pendientes de ella” al saber esto toda la familia se preocupa entorno a la enfermedad, con el fin de que la persona enferma vuelva a restablecer su funcionamiento y sigan sus vidas.

Así mismo toma relevancia en la dinámica familiar de María, **el papel que desempeña la hija de María dentro la estructura familiar** el nacimiento de su hija y el puesto fundamental que empieza a representar en la forma de percibir la vida tanto de María como de su entorno familiar. Como se evidencio en la categoría de dinámicas familiares en relaciones afectivas, María ve a su hija como la motivación de esperanza de vida, dentro de sus planes no estaba previsto quedar embarazada, al punto de pensar en abortar por su enfermedad y los riesgos que podría correr al tener a su hija, nunca pensó en tener hijos, pero cuando quedo embarazada surgió una nueva esperanza, la cual se vio reflejada en el nacimiento de su hija, una vida que cambiaría muchas cosas, como sus hábitos, relaciones sociales, familiares. Ahora vive por su hija y se dedicó en un 100% a ella, dejó su trabajo para cuidarla

y según sus relatos aportarle todo lo que una madre puede dejarle a un hijo, en cuanto a la relación de la niña con los abuelos es muy significativa ya que aportan mucho cariño, al mismo tiempo en esta categoría muestra como María cambia sus relaciones afectivas es decir sus compañeros de trabajo por su hija, mostrando mayor importancia y cuidados a su hija que a ella misma.

Con respecto a otra categoría encontrada es la importancia de personas externas al grupo familiar que le ofrecen apoyo y le permiten la aceptación al diagnóstico, esto lo manifiesta por medio de los sentimientos expresados hacia sus compañeros de trabajo, provocados por la reciprocidad hacia el aprecio y afecto que recibe por parte de ellos.

8. Resultados

Es importante destacar que los resultados arrojados por el presente estudio pueden permitir a la línea de investigación en familia y relaciones, desde el ámbito psicosocial, ampliar la perspectiva frente a una problemática que es posible que cada día se acreciente y por medio de estudios más profundos se pueda establecer innovación de técnicas y metodologías, o en su defecto la combinación específica pero eficiente entre ellas, garantizando un trabajo satisfactorio desde la intervención la cual finalmente beneficie esta población de estudio, el núcleo familiar y a la sociedad en general.

Según las narrativas de María a partir de diagnóstico no se generaron nuevas relaciones de poder, a partir de este resultado se genera una pregunta en el contexto de la investigación ¿Por qué el padre al ser una persona autoritaria no cuestiona a su hija al conocer el diagnóstico de VIH?

Aunque se evidencia en las relaciones afectivas cambios por motivo del nacimiento de sus nietas en el padre, se demuestra que se está cumpliendo el ciclo vital en él, ya que los padres autoritarios bajan esas dosis de autoridad en las siguientes generaciones, su madre como mujer sumisa perteneciente a una familia tradicional, en la cual la mujer se dedica al hogar y al cuidado de sus hijos, pero se genera un cambio al empezar trabajar su hija mayor y aportar económicamente a la casa, y fue que la madre dejó de cocinar los domingos. Cuando se enteró del diagnóstico manifestó un sentimiento de tristeza, hubo llanto por largos días al saber sobre el estado de su hija, con el tiempo asimiló las cosas y siguió adelante.

Se denota en el análisis categorial que el núcleo familiar está enmarcado por una serie de características, en donde consideramos que de acuerdo a los relatos y la observación establecidas a partir de las categorías, que la enfermedad hizo variar las construcciones que se generaron dentro de esta dinámica familiar, ya que están enmarcadas en el apoyo cuando uno de sus integrantes está enfermo, también se generaron una nuevas alianzas entre los

miembros de la familia de acuerdo a las circunstancias que se estuvieran viviendo en el momento.

La transición de las relaciones de comunicación en el sistema familiar luego de ser diagnosticado de VIH, en un integrante debe ser asertiva tanto para el paciente como los integrantes de su núcleo familiar para así poder tener una buena adherencia al tratamiento y un apoyo eficiente y firme por parte de su familia, lo cual no se generó en esta dinámica familiar.

Las categorías que emergieron dentro de la investigación constituyen un hecho importante ya que configuran situaciones significativas que influyen en las representaciones y decisiones de personas diagnosticadas con VIH, dentro de estas categorías se encuentran los pares de trabajo, quienes brindan afecto al sujeto diagnosticado y viceversa, esta reciprocidad, nos muestra **la construcción de sí mismo en relación con el otro.**

Otra categoría emergente importante es el lugar de la hija en esta dinámica familiar, es visto como unión, esperanza, amor y a este sujeto es a quien trasfiere su necesidad de vivir, en relación con el nuevo ser.

Como limitación podemos evidenciar, aunque el enfoque sistémico puede trabajar con una sola persona, para posteriores investigaciones se sugiere trabajar con más de una versión, con el fin de evitar sesgos y consolidar información más enriquecedora en el marco de las investigaciones.

9. Conclusiones

La psicología como rama de las ciencias de la salud plantea diversos retos a la hora de comprender la dinámica familiar de pacientes diagnosticados con VIH, como se observó en los resultados es de gran importancia e interés tener en cuenta aspectos relacionados con dinámicas familiares, para que al momento de haber cambios con alguno de sus integrantes, se logre abordar de una forma más pertinente y de esta manera ampliar la línea de investigación frente a esta problemática.

El papel de psicólogo en estos casos es fundamental tanto para el sujeto diagnosticado como para su familia, porque es un momento donde hay desorientación sobre el futuro, hay sentimientos de tristeza y confusión por ver a un miembro de la familia diagnosticado con VIH, cabe resaltar que es un virus no aceptado socialmente. Por este motivo, como psicólogos debemos ser el soporte emocional y orientador para reconstruir o continuar con sus vidas, aceptando su condición y teniendo una buena calidad de vida. Así mismo la familia es el primer ente socializador con el cual se enfrenta el paciente y ellos son los que deben asimilarlo por el resto de la vida, son los primeros que apoyaran o que se alejaran de este, por ello la importancia en esta investigación de contar con la familia. Como se veía en el estado de la cuestión cuando las familias apoyan a estos sujetos con VIH, se pueden adherir más fácilmente al tratamiento y tener una mejor calidad de vida.

Adicionalmente en nuestro rol como psicólogos se debe realizar una preparación para un eventual progreso de la enfermedad o muerte, también prevenir la estigmatización y la discriminación dentro de la familia. A nivel interdisciplinar hay que trabajar con profesionales como el psiquiatra que marco a María, para que no se siga brindando diagnósticos o suposiciones que afecten la calidad de vida de personas diagnosticadas con VIH.

Es importante destacar que los resultados arrojados por el presente estudio permiten e identifican que en el plano psicosocial no siempre existe comprensión hacia las personas que viven con VIH por la estigmatización que han generado (discriminación), con ello se presenta una serie de consecuencias como baja autoestima, exclusión y vida social limitada. No obstante, dentro de este apoyo se encuentra el sistema familiar en el cual se proyectan las relaciones de cada individuo y se permea de forma tal que puedan hacer una mejor adhesión al tratamiento y aceptación de la enfermedad.

La posibilidad de tener referentes afectivos y emocionales que le den estabilidad al paciente buscar un soporte que le permita afrontar la enfermedad de una manera apropiada es de suma importancia, en el caso de nuestra investigación encontramos que la hija de María representa ese vínculo que le permite vivir y afrontar la realidad que está viviendo de una manera objetiva.

Nos encontramos también como conclusión la necesidad de trabajar interdisciplinariamente al encontrar en la narrativa del sujeto los conceptos manejados por parte de psiquiatría, los cuales no se debieron plantear de esa forma, por ello la importancia de un acompañamiento más profundo tanto para María como para sus padres.

Finalmente se concluye tras la experiencia investigativa que existe un amplio campo de acción desde la psicología frente a la situación familiar, una vez se tiene conocimiento del diagnóstico del VIH en alguno de los integrantes del sistema familiar. Se sugiere para posteriores investigaciones sobre familia y VIH, ver el impacto de los hijos en este proceso. También se sugiere trabajar con poblaciones amplias con el fin de poder delimitar más factores de las dinámicas familiares que influyen sobre el sujeto diagnosticado con VIH, y de acuerdo a los resultados que se encuentren y se validen, se puedan generar procesos de intervención y técnicas terapéuticas a nivel familiar.

Además esta investigación nos dejó las siguientes preguntas: ¿Cuál es el lugar de la muerte para las personas con VIH? ¿Qué simboliza la sexualidad para las personas diagnosticadas con VIH?

10. Referencias

- American Psychological Association (2010). *Manual de Publicaciones de la American Psychological Association* (6 ed.). México, D.F.: Editorial El Manual Moderno.
- Alcántara, A. (2012). Vivir con el VIH: Influencia de la vía de transmisión en el afrontamiento a la enfermedad.
- Berbesi, D., Martínez A., Segura A., Montoya L. (2012). VIH en habitantes de calle de Medellín. *Revista facultad nacional de salud pública*, 30 (3), 310-314.
- Bertalanffy, V. (1968). *Teoría general de los sistemas*. Fondo de cultura económica.
- Bertoglio, J. (1997). *Introducción a la Teoría General de los Sistemas*. México DF: Limusa Noriega Editores.
- Blumer, H. (1982). *El Interaccionismo simbólico, perspectiva y método*. Barcelona: Hora Nova, S. A
- Bronfenbrenner, U. (1987). *La ecología del desarrollo humano*. Barcelona: Paidós.
- Bunge, M. (1995). *Sistemas sociales y filosofía*. Buenos Aires, Editorial Sudamericana
- Caballero, J. (1991). *Etometodología: una explicación de la construcción social de la realidad*. Madrid: Reis.
- Cáceres, P. (2003). Análisis cualitativo de contenido: una alternativa metodológica alcanzable. *Revista de la escuela de psicología facultad de filosofía y educación pontificia universidad católica de Valparaíso*, 53-82.
- Carrasco, P., Araya, A., Loayza, C., Ferrer, L., Trujillo, C., Fernández, A., & Pérez, C. (2013). Cómo entender la experiencia de personas que viven con VIH: implicaciones para la clínica y la investigación. *Aquichan*, 13(3).
- Chapa, A., & Flórez, F. (2014). Cambios y permanencias en la representación social del VIH en un grupo de mujeres portadoras. *Revista Internacional de Psicología*, 13(01).

- Chong, F., Fernández, C., Huicochea, L., Álvarez, G., & Leyva, R. (2014). Estrategias familiares de hombres y mujeres con VIH que buscan atender necesidades materiales en la región del Soconusco, Chiapas. *LiminaR*, 12(1), 177-192.
- Coffey, A., & Atkinson, P. (2003) *Encontrar el sentido a los datos cualitativos, estrategias complementarias de investigación*. Antioquia: Universidad de Antioquia
- Criollo, M. (2012). Capacidad adaptativa familiar de pacientes seropositivos para VIH.
- De Lourdes, L. (2003). *Dinámica familiar un enfoque psicológico sistémico*. México: Pax México
- Estrada, M., Martínez, P., & Abadía, B. (2008). Factores biosociales y percepciones de una vida con calidad: reto para la adherencia antirretroviral en pacientes con VIH. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 26(2), 134-142.
- Firth, A. (2010). Etnometodología. *Discurso y sociedad*. United Kingdom: Newcastle University.
- Flores, F., Almanza, M., & Gómez, A. (2008). Análisis del impacto del VIH/SIDA en la familia: Una aproximación a su Representación Social. *Psicología Iberoamericana en Bases de Datos Internacionales: Un Camino de Continuo 3 Crecimiento*, 6.16 (2), 6-13.
- Fuster, M. (2011). La percepción del estigma en las personas con VIH: sus efectos y formas de afrontamiento.
- Galindo, J., Tello I., Muses HF., Duque J., Posner G., & Moreno G (2011). VIH y vulnerabilidad: una comparación de tres grupos en Cali, Colombia. *Revista facultad nacional de salud pública*.29, 25-33
- García, R., Cortés, M., Rodríguez, A., & otros. (2010). Transversalización de la prevención del VIH/Sida en proyectos de desarrollo alternativo en Colombia. *Revista facultad nacional de salud pública*.9, 34-47.

- Gergen, K. (1996). *Realidades y relaciones: aproximaciones a la construcción social*. Barcelona: Paidós.
- Isidro, H. (1973). *Sociología de familia*. Madrid: Guadiana.
- López, F. (1993). *Teoría del apego y relaciones afectivas*. Bilbao: Universidad del país vasco.
- Minuchin, S. (1977). *Familias y Terapia Familiar*. Barcelona: Granica.
- Miranda, O., & Nápoles, M. (2009). Historia y teorías de la aparición del virus de la inmunodeficiencia humana. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 38(3-4), 0-0.
- Morandè, P. (1999). *Familia y sociedad: reflexiones sociológicas*. Santiago de Chile: Editorial Universitaria S.A.
- OMS, C. (s.f.). OMS | Colombia. Recuperado el 28 de 11 de 2015, de <http://www.who.int/campaigns/aids-day/2015/event/es/>.
- Ontivero, A., López, E., & Cabrera, J. (2010). Influencia en pacientes de las representaciones sociales sobre el VIH y SIDA de los familiares. *Rev. cienc. méd. La Habana (En línea)*.
- OPS, C (S,F) OPS Colombia. Recuperado el 25 de 10 de 2016, de <http://www.paho.org/col/>
- Orcasita, L., Uribe, A., & Valderrama, L. (2013). Conocimientos y Actitudes frente al VIH/sida en Padres de Familia de Adolescentes Colombianos. *Revista Colombiana de Psicología*.22, 59-73.
- Pacman, M. (1996). *Construcciones de la experiencia humana*. Barcelona: Gedisa, S.A.
- Parra, R., & Toro, I. (2010). *Fundamentos epistemológicos de la investigación y la metodología de la investigación cualitativa y cuantitativa*. Medellín: Universidad EAFIT.
- Pérez, G. (1984). *El análisis del contenido de la prensa. La imagen de la Universidad a Distancia*. Madrid: UNED.

- Piña, J., Corrales, A., Mungaray, K., & Valencia, M. (2006). Instrumento para medir variables psicológicas y comportamientos de adhesión al tratamiento en personas seropositivas frente al VIH (VPAD-24).
- Quintana, A. (2006). Metodología de Investigación Científica Cualitativa. *Psicología: Tópicos de actualidad*. 47-84.
- Quintero, Á. (1997). Trabajo Social y procesos familiares. *Humanitas*. 20-23.
- Quintero, Á. (1997). *Trabajo social y procesos familiares*. Buenos Aires: Lumen.
- Quintero, Á. (2006). El diccionario especializado en familia y género: Investigación terminológica y documental. *Revista Interamericana de Bibliotecología*. 29 (2), 61-78.
- Robles, B. (2011). La entrevista a profundidad: una Técnica útil dentro del campo antropofísico. *Revista Cucuilco*. 18, 39-49.
- Sánchez, M., & Valencia, S. (2007). *Lectura sistémica sobre familia y el patrón de la violencia*. Manizales: Universidad de Caldas.
- Sandoval, C. (2002). *Investigación cualitativa*. Bogotá: Arfo Editores e impresores Ltda.
- Sanz, J., & Bild, R. (1985). El paciente con enfermedad terminal. Los intocables de la Medicina. *Medicina Clínica*, (84), 691-693
- Sordo, L., Ruiz, I., Soto, J., Basanta, J., Girela, E., & Castro, J. (2008). Pacientes que rehúsan el tratamiento antirretroviral en el medio penitenciario. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 10(1), 03-09.
- Torres, T., Reynaldos, C., Lozano, A., & Aranzazú, J. (2010). Concepciones culturales del VIH/Sida de jóvenes que son parte de grupos culturales juveniles de Guadalajara, México. *CES Psicología*, 5(2), 119-133.

- Trejos, A., Mosquera, M., & Tuesca, R. (2009). Niñez afectada con VIH/SIDA: Calidad de vida, funcionalidad familiar y apoyo social en cinco ciudades colombianas. *Revista Salud Uninorte*, 25(1), 17-32.
- Valdés, A. (2007) *Familia y desarrollo: intervenciones en terapia familiar*. Cuauhtémoc, México: El Manual Moderno
- Vasco, C. (1990). Tres estilos de trabajo en las ciencias sociales. *CINEP Centro de Investigación y educación popular*, 1-18.
- Vélez, G. (2006). El cambio en las redes: una aproximación a las relaciones sociales desde el lenguaje, la representación y la institucionalización. *REDES: revista hispana para el análisis de las redes*, 10.
- Vera, L. (2008). *La investigación cualitativa*. Puerto Rico: Universidad interamericana.
- Villa, I., & Vinaccia, S. (2014). Adhesión terapéutica y variables psicológicas asociadas en pacientes con diagnóstico de VIH-sida. *Psicología y salud*, 16(1), 51-62.
- Watzlawick, P. (1985). *Teoría de la comunicación humana*. Barcelona: Herder.
- Zanden. V. (1990). *Las relaciones Sociales y la atracción interpersonal*. España. Paidós

Anexos

Guión de entrevista la a profundidad de tipo semiestructurada

Buenos días/tardes. Mi nombre es carolina Marentes / Jaime Gaitán y estamos realizando una investigación sobre las relaciones que se presentan en la dinámica familiar de las personas que viven con VIH.

La idea es comprender diferentes opiniones que permita aportar con el desarrollo e implementación de programas de promoción y prevención

De esta forma, siéntase libre de compartir sus opiniones en este espacio. Aquí no hay respuestas correctas o incorrectas, lo que importa es su opinión personal.

Cabe resaltar que la información que aquí se genera es para el trabajo de investigación, sus respuestas serán unidas a otras opiniones de forma anónima y en ningún momento se revelara qué dijo cada sujeto.

Para agilizar la toma de la información, nos resulta mucho más fácil grabar la conversación.

¿Existe algún inconveniente en que grabemos la conversación? el uso de la grabación es sólo con fines académicos

¡Agradecemos desde ya su tiempo!

Vamos a iniciar con algunas preguntas:

Quisiera que empezáramos por su infancia, como fue, como se comportaban sus padres con usted, que era lo que más disfrutaban hacer juntos, quién era el que decidía donde ir, cuál de sus padres era más cariñoso y cual imponía las reglas en su casa. Ahora pasaremos por su adolescencia cómo fue su etapa en el colegio, que hacían sus padres cuando había quejas del colegio o felicitaciones, sus padres visitaban por lo regular al coordinador, usted presentó a su novio en su casa, que dijeron sus padres de él, como lo trataban.

Que ocurrió después de que salió del colegio, sus padres la apoyaron para continuar sus estudios o tuvo que trabajar para ello, en los quehaceres del hogar ayudaba, quien mantenía el orden y aseo en su casa, sus padres siempre han trabajado, cómo se han dividido los gastos. Queremos que nos muestren varias fotos donde estén los 3 (papa, mama, hija), posterior a ello, relataran ese evento de la foto, donde estaban, con quien estaban, que hicieron, como planearon todo, que ocurrió en especial ese día.

Relaciones de poder (R-P), Relaciones primarias familia (R-F), Relaciones emocionales o afectivas(R-EA), Relaciones de comunicación (R-C)

¿Cómo es su nombre?

¿Qué edad tiene?

¿A qué se dedica?

R-F ¿Con quién vive? ¿Cómo era su núcleo familiar antes de ser dx?

R-EA ¿Hace cuánto conoce el diagnóstico?, ¿cómo se enteró de ello?

R-EA ¿cuál fue su reacción cuando se enteró? ¿Cómo vivió ese momento?

R-EA ¿cómo fue su proceso de toma de decisiones al ser diagnosticado? ¿Qué prácticas o actividades a tenido desde ese momento?

R-F, R-C, REA ¿En su familia cómo se enteraron? ¿Cuál fue la reacción al enterarse?

R-F, R-EA ¿Qué acciones se produjeron dentro de su familia al conocer su estado?

R-F, R-EA ¿cómo ha sido su convivencia con su familia después del diagnóstico?

R-F describa los integrantes de su familia y cómo se relacionan unos con otros?

R-F ¿con que miembro de la familia tiene el vínculo más cercano?

R-P ¿qué normas o reglas existen en la familia actualmente relacionadas con convivencia, respeto de espacios u opinión?

R-P ¿Cómo se imponen o generan las reglas y toma las decisiones en su familia? ¿Quién las impone o genera? ¿Cómo es su relación con esta persona?

R-F ¿qué es lo que más le agrada de sus vínculos familiares?

R-F ¿qué es lo que más le desagrada de su familia?

R-F ¿antes y después de diagnóstico, cómo lo describe a usted su familia?

R-F ¿Cómo son las relaciones afectivas con su familia?

R-F ¿quién o quienes lo apoyaron en este proceso?

R-EA como se ve en 5 años

R-EA ¿Tiene algo que resaltar después de ser dx? (+ o -)

R-EA ¿Aparte de su núcleo familiar cuenta con algún otro apoyo?

R-EA ¿Describa algunos momentos que frecuentemente pasan o comparten en familia?

R-C ¿De qué temas hablan en los momentos de compartir en familia?

¿Quién era usted en su familia antes de ser dx? ¿Ahora qué rol desempeña?

¿Cómo solucionan los conflictos?

¿En qué instancias situaciones o momentos cada uno de los miembros asume autoridad? ¿hay conflictos por el manejo de la autoridad? ¿En qué casos?

¿Cómo es la responsabilidad en la organización de la vida cotidiana del grupo familiar. ¿Es compartida?

¿Considera usted que el estilo comunicativo de su familia le ha ayudado a enfrentar mejor el diagnóstico positivo de VIH.

Artículos

<p>Artículo:</p> <p><i>“Análisis del Impacto del VIH/SIDA en la Familia: Una Aproximación a su Representación Social</i></p> <p>Autor: Flores Palacios, Fátima; Almanza Avendaño, Manuel; Gómez San Luis, Anel</p> <p>Editorial: Psicología Iberoamericana [en línea] 2008</p> <p>Edición: 16 No. 2, pp.6-13.</p> <p>ISSN 1405-0943 (Julio-Diciembre)</p> <p>Disponible en:</p> <p>http://www.redalyc.org/pdf/1339/133920328002.pdf</p>	<p><i>Flores. F, Almanza. M, Gómez. A</i> Realizaron en el 2008 en Distrito Federal, México, un estudio titulado <i>“Análisis del Impacto del VIH/SIDA en la Familia: Una Aproximación a su Representación Social”</i> consistió en explorar la experiencia de la familia en el contexto del VIH/SIDA, tratando de identificar distintos momentos psicosociales por los que atraviesan durante la enfermedad. Usando el método descriptivo correlacional ya que describe situaciones, eventos, costumbres y actitudes predominantes a través de la descripción exacta de las actividades, contó con una muestra de 11 personas, nueve mujeres y dos hombres, integrantes de las familias de seis personas que viven con VIH/SIDA y recibían atención médica en los Servicios de Salud del Estado de Morelos. El instrumento usado una guía de entrevista semiestructurada Los resultados fueron:</p> <p><i>“Los resultados indican que en un primer momento se genera un impacto (se experimenta incredulidad, miedo, tristeza, ira, desesperanza, o se manifiestan alteraciones del estado de ánimo) en la familia por el diagnóstico, y posteriormente, al vivir con la enfermedad en su contexto social, se</i></p>
--	--

	<p><i>desarrollan procesos de adaptación, como el silencio, estrategia de protección ante la estigmatización y la normalización de la enfermedad”</i></p>
<p>Tesis:</p> <p><i>” Capacidad adaptativa familiar de pacientes seropositivos para V.I.H”</i></p> <p>Autor: <i>Criollo Chiriboga, Marina Isabel</i></p> <p>Editorial: <i>Universidad de Guayaquil Facultad de Ciencias Psicológicas</i></p> <p>Edición: <i>2012</i></p> <p>URL En PDF:</p> <p><i>http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/6006</i></p>	<p>Criollo. M formuló en el 2012 en Guayaquil-Ecuador, su tesis titulada “Capacidad adaptativa familiar de pacientes seropositivos para V.I.H.” consistió</p> <p>Caracterizar la capacidad adaptativa familiar ante el impacto del diagnóstico de seropositividad para VIH de pacientes de 24 a 46 años de edad en el Centro de Salud N°1 “Segundo Machado Sánchez” de Guayaquil. Usando el método descriptivo correlacional, contó con una muestra de 6 familias de pacientes diagnosticados con VIH los cuales son atendidos en el Centro de Salud N°1 “Segundo Machado Sánchez” de Guayaquil. Los instrumentos utilizados fueron escalas de evaluación psicológica familiar y entrevistas semi-dirigidas (f-copes-r, escala de evaluación de comunicación familiar) algunas de las conclusiones fueron:</p> <p><i>“Todas las familias seleccionadas para el proceso de investigación demostraron que su Capacidad Adaptativa frente al diagnóstico positivo para VIH se</i></p>

	<p><i>caracteriza por mantener oculta la enfermedad.</i></p> <p><i>Los estilos comunicativos de las familias estudiadas pueden describirse en función de la apertura intrafamiliar y a la vez de la evitación con la que temas como la de ser portador de VIH prefieren no abordarse para disminuir el sufrimiento en el interior de la familia.</i></p> <p><i>El impacto del diagnóstico positivo para VIH moviliza en el interior de las familias sentimientos de dolor y desesperanza que llevan a cada miembro de la familia a sentir la enfermedad como una amenaza para cada uno”.</i></p>
<p>Artículo:</p> <p><i>"Conocimientos y Actitudes frente al VIH/sida en Padres de Familia de Adolescentes Colombianos"</i></p> <p>Autor: <i>Linda Teresa Orcasita</i> <i>Pineda, Ana Fernanda Uribe</i> <i>Rodríguez, Laura Juliana</i> <i>Valderrama Orbeozo</i></p> <p>Editorial: <i>Pontificia Universidad Javeriana Cali</i></p>	<p>Orcasita. L, Uribe. A, Valderrama. L en el 2013 realizaron una investigación en Cali, Armenia y Pasto (Colombia), titulada” <i>Conocimientos y Actitudes frente al VIH/sida en Padres de Familia de Adolescentes Colombianos”</i>. El objetivo de la investigación fue identificar los conocimientos y las actitudes frente al VIH/sida que tienen los padres de adolescentes que pertenecen a colegios públicos de las ciudades de Cali, Armenia y Pasto en Colombia. Usando un método de estudio descriptivo- transversal. Contó con una muestra no probabilística de 106 padres de adolescentes en tres ciudades de Colombia (Cali, Armenia y Pasto). Los padres de familia que</p>

<p>Edición: Rev. Colomb. Psicol.</p> <p>vol.22 no.1 Bogotá Jan./June 2013</p> <p>URL En PDF:</p> <p><u>http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0121-54692013000100005&script=sci_artrtext</u></p>	<p>participaron eran los acudientes legales de los jóvenes.</p> <p>Uso como instrumentos un Cuestionario General y la Escala VIH/sida-65. Algunas conclusiones fueron:</p> <p><i>“Es necesario formar a los padres en el tema de la sexualidad, pero además se sugiere que las intervenciones están orientadas al desarrollo de habilidades sociales para entablar comunicación con sus hijos de forma clara y abierta sobre los tópicos de la sexualidad, para lograr contrarrestar la realidad que se está presentando, donde los adolescentes no están recurriendo a sus padres como fuente de apoyo informacional de guía, orientación y consejo.”</i></p>
<p>Artículo:</p> <p><i>“Estrategias familiares de hombres y mujeres con VIH que buscan atender necesidades materiales en la región del Soconusco, Chiapas”</i></p> <p>Autor: Chong. F, Fernández. C, Laura. C, Gómez. H, Álvarez. G, Leyva. R</p> <p>Editorial: Universidad de ciencias y artes de Chiapas</p>	<p><i>Chong. F, Fernández. C, Laura. C, Gómez. H, Álvarez. G, Leyva. R, 2010 realizaron un estudio en San Cristóbal de las Casas, Chiapas en el titulado “Estrategias familiares de hombres y mujeres con VIH que buscan atender necesidades materiales en la región del Soconusco, Chiapas” el objetivo fue analizar el papel de las estrategias familiares para solventar necesidades de vivienda, alimentación y transporte de la situación económica precaria, concentrando la atención en las acciones realizan las personas que reciben atención médica en el Hospital General de Huixtla, conto con una muestra de 12 hombres, seis con orientación homosexual, seis,</i></p>

<p>Edición: <i>Revista Liminar. Estudios Sociales y Humanísticos, vol. XII, núm. 1, enero-junio de 2014, México, pp. 177-192. ISSN: 1665-8027.</i></p> <p>URL En PDF: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-80272014000100012</p>	<p>heterosexual— y siete mujeres. Se analizaron las estrategias familiares para cubrir necesidades de vivienda, alimentación y transporte en una situación económica precaria. Pese a que el estigma asociado al VIH y Síndrome de Inmunodeficiencia Humana (SIDA) está presente en su vida, se encontró que la familia extensa padres, hijos, abuelos, tíos, nietos, de aquellas personas, después de un proceso de readaptación al grupo, juega un papel importante para satisfacer las necesidades primarias y materiales de cada uno de los pacientes, se tuvo en cuenta el contexto socioeconómico del lugar de estudio, se basa en una investigación de campo que se llevó a cabo de abril a agosto de 2010. Se entrevistó a 12 hombres seis dijeron tener una orientación sexual homosexual, y seis, heterosexual, como resultados se puede evidenciar que a través de la capacidad agéntica, las personas con VIH que asisten al Hospital General de Huixtla, que viven inmersas en un contexto social con limitaciones para el desarrollo laboral y cultural, echan mano de la familia extensa, entendida ésta como un grupo unido por consanguinidad o afinidad.</p> <p>El análisis se realizó con el programa Atlas ti 5.0</p>
<p>Artículo:</p>	

<p>" Niñez afectada con VIH/SIDA: Calidad de vida, funcionalidad familiar y apoyo social en cinco ciudades colombianas"</p> <p>Autor: Ana María Trejos Herrera, Mario Mosquera Vásquez, Rafael Tuesca Molina</p> <p>Editorial: Uninorte</p> <p>Edición: Salud Uninorte. Barranquilla (Col.) 2009; 25, (1): 17-32</p> <p>URL En PDF: <u>http://www.sidastudi.org/resources/inmagic-img/DD9086.pdf</u></p>	<p>Objetivo: Describir calidad de vida, funcionalidad familiar y apoyo social en menores de 18 años afectados con VIH/sida y cuidadores residentes en Cali, Buenaventura, Barranquilla, Santa Marta y Cartagena. Se realizaron 286 encuestas personales realizadas a 11 menores que conocían su diagnóstico de seropositivos para VIH y 275, a cuidadores de menores que aún no conocían situación de afectación para VIH; se aplicaron en instituciones de salud tanto del sector estatal como del privado, aplicando los instrumentos EuroQol (EQ-5D), APGAR familiar y apoyo social MOS. Se realizó análisis descriptivo de los datos y tabulación en SPSS, versión 15, en español. Como resultados se evidencio que las razones para retrasar la entrega del diagnóstico que reportaron profesionales de salud y cuidadores de los menores afectados [96.2% (n=275)] se relacionan con evitar daño psicológico o estrés emocional al menor; temor a causar situaciones de estigmatización ante la revelación involuntaria a otros, y falta de capacitación respecto al procedimiento y edad para entregar esta información. Las dimensiones de calidad de vida indicaron que los menores presentan dolor/malestar y angustia/depresión entre moderado/severo</p>
<p>Tesis:</p>	<p>El objetivo principal de esta tesis es analizar los</p>

<p><i>“La percepción del estigma en las personas con VIH: sus efectos y formas de afrontamiento”.</i></p> <p><i>Autor: Fuster Ruiz de Apodaca, María José</i></p> <p><i>Editorial: Universidad Nacional de Educación a Distancia (España). Facultad de Psicología. Departamento de Psicobiología</i></p> <p><i>Edición: 2011-01-20</i></p> <p><i>URL En http://espacio.uned.es/fez/eserv.php?pid=tesisuned:Psicologia-MJfuster&dsID=Documento.pdf</i></p>	<p>efectos que dicho estigma tiene en la calidad de vida de las personas con VIH. Para ello la tesis se estructura en 10 capítulos. En el capítulo 1, 2 y 3 presentan el marco teórico de la infección por VIH, hablan sobre el origen y el descubrimiento del SIDA, historia natural de la infección, tratamiento de la infección, los prejuicios desde la perspectiva del estigma, el prejuicio desde la perspectiva de la víctima, el estigma físico, social y verbal y la discriminación social asociada al VIH de personas de España. En el capítulo 4 se evidencian los objetivos y diseño de la tesis, el cual es analizar los efectos del estigma y la discriminación en la calidad de vida de las personas con VIH. Como se encontró en los anteriores capítulos desde el momento que la persona percibe el estigma hasta que dicha percepción tiene efecto en su calidad influyen otras variables como autoeficacia, estrategia de afrontamiento, que también son objeto de la presente investigación.</p> <p>Se realizan 3 investigaciones. La primera se realiza con 40 personas con VIH de España, con edades de 28-59 años, que participan o no en la Organización No Gubernamental, el 50% son hombres y el 50% son mujeres. La segunda investigación es un estudio correlacional de las variables que influyen en la</p>
--	--

calidad de vida de las personas con VIH, donde se administró un cuestionario a 557 personas con VIH.

La tercera investigación sirvió de base para realizar la última investigación donde se puso en práctica la eficacia de una intervención dirigida a disminuir el impacto del estigma y capacitar a las persona con VIH para afrontarlo.

En el capítulo 5 se evidencian los resultados de la primera investigación indicando que el 82% de las personas entrevistadas afirman que el estigma y la discriminación son el principal problemas percibido, el 22% dicen que son las consecuencias psicológicas el otro problema percibido. 80% tienen experiencias de rechazo

En el capítulo 6 presenta los instrumentos usados

En el capítulo 7 informan sobre el papel grupal en la calidad de vida de personas con VIH.

En el capítulo 8 se analiza un modelo global de los efectos del estigma en la calidad de vida de personas con VIH contemplando la existencia de diversas variables mediadoras, método, participantes (segunda investigación)

capítulo 9 describe todo el proceso de la 3 investigación

capítulo 10 discusión y conclusiones

<p>Artículo:</p> <p><i>“Terapia Familiar con personas afectadas por el VIH/SIDA como parte de un modelo multidisciplinario”.</i></p> <p>Autor: <i>Mtro. Ismael F. Díaz Oropeza</i></p> <p>Editorial: <i>Instituto de la Familia Guatemala</i></p> <p>Edición: <i>Revista Internacional de Psicología ISSN 1818-1023</i></p> <p>URL En PDF:</p> <p><i>file:///C:/Users/Administrador/Downloads/20-72-1-PB%20(1).pdf</i></p>	<p>Esta investigación tiene un enfoque sistémico. La investigación se realizó a familias afectadas por el VIH/SIDA que no estaban siendo contempladas por los servicios de salud gubernamentales. El modelo de intervención multidisciplinario comprende la Terapia Familiar con personas que viven con VIH/SIDA y sus familias (donde se realiza una intervención terapéutica con las familias afectadas por el VIH/SIDA se aplica el paradigma propuesto por la Terapia Médica Familiar, esta propuesta integrando el modelo de sistemas y el enfoque biopsicosocial, se enfatiza en la relación del paciente con la enfermedad, con la familia, con los profesionales de la salud y el sistema médico). En la práctica clínica se combinan ideas de la terapia colaborativa, narrativa, de construcción de soluciones y el equipo reflexivo. Como resultados, se ha conseguido que las familias normalicen el impacto de la enfermedad, se generen posibilidades como el fortalecimiento de su capacidad para afrontar los problemas relativos a la enfermedad a través de la agencia, comunión, empoderamiento, normalización, el re encuadre y la movilización de recursos de la familia.</p>
<p>Artículo:</p>	<p>El objetivo de esta investigación fue conocer la representación social que un grupo de mujeres</p>

<p><i>“Cambios y permanencias en la representación social del VIH en un grupo de mujeres portadoras”</i></p> <p><i>Autor: Chapa. A, Fátima. F.</i></p> <p><i>Editorial: Universidad Nacional Autónoma de México</i></p> <p><i>Edición: Revista Internacional de Psicología ISSN 1818-1023.</i></p> <p><i>Instituto de la Familia Guatemala Enero 2014URL En PDF:</i></p> <p><i>http://www.revistapsicologia.org/index.php/revista/article/view/84/69</i></p>	<p>seropositivas ha elaborado sobre su condición de salud, ubicando los cambios y permanencias a partir de su diagnóstico y condición de género. Con una orientación metodológica cualitativa, descriptivo-interpretativo, teniendo como base la teoría del paradigma hermenéutico-interpretativo, el estudio se realizó con 12 mujeres mayores de edad, y diagnosticadas hace más de 3 meses, se llevaron a cabo entrevistas en profundidad con usuarias de dos centros de atención primaria especializados en VIH/SIDA, la Clínica Condesa y el Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención de VIH/SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual (CAPASITS), ambos ubicados en zonas urbanas de México, y el 50% de la muestra eran de zonas rurales, se realizó análisis de contenido por medio del software N Vivo. El análisis de las entrevistas arrojó 12 categorías (Deterioro corporal, Experimentación de la sintomatología, Miedo, Grupos de riesgo, Castigo, Mandatos de género, Atención en los servicios de salud, Diagnóstico tardío, Afrontamiento, Avances en la medicina, Contrarrestar el estigma, Una nueva oportunidad.)Que fueron agrupadas en tres meta categorías que develaron 2 tipos de contenidos representacionales en la muestra estudiada:</p>
--	---

	<p>hegemónicos (muerte, sexualidad ilícita) y emancipados (cronicidad). Se encontró en primer en la meta categoría muerte: una asociación de VIH igual a muerte en el discurso de todas las participantes (significado colectivamente compartido), lo que evidenció su carácter hegemónico. En sexualidad ilícita hay un contenido hegemónico de la representación social del VIH, dado que prevalecieron y fueron ampliamente compartidos por la muestra estudiada, aspectos de orden moral vinculados a la enfermedad cuyo carácter socialmente elaborado fue invisible y poco cuestionado. “creían que solo se transmite a homosexuales, drogadictos y prostitutas”. Cronicidad: se ubicarla como un contenido emancipado de la representación social del VIH, principalmente porque sólo estuvo presente en algunas mujeres que se encontraban en tratamiento antirretroviral.</p> <p>Finalmente se evidencia que en cuanto a la condición de género, en mujeres se debe hablar más de prevención y atención, ya que gran número de ellas son diagnosticadas de forma tardía.</p> <p>Recomiendan hacer investigaciones con mujeres de distintas clases sociales e ideologías.</p>
	El objetivo de la presente investigación es determinar

<p>Artículo:</p> <p><i>“Influencia en pacientes de las representaciones sociales sobre el VIH y sida de los familiares”</i></p> <p>Autor: <i>Arleen Ontivero Rodríguez, Elizabeth López Rodríguez, Julio A. Cabrera Rodríguez.</i></p> <p>Editorial: <i>Revista de Ciencias Médicas</i></p> <p>La Habana 2010</p> <p>Edición: <i>volumen 10/número 2</i></p> <p>Páginas: <i>versión html</i></p> <p>URL En PDF:</p> <p><i>http://revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/492/html</i></p>	<p>la relación que existe entre la representación social del VIH y sida que posee la familia de las personas con VIH, y la actitud que los pacientes tienen hacia la enfermedad.</p> <p>Usa métodos teóricos como el dialéctico, el histórico-lógico, el analítico-sintético y el inductivo-deductivo.</p> <p>Dentro de los empíricos se hace uso de la entrevista, la asociación libre, el dibujo de un símbolo y una escala Likert.</p> <p>Se usaron 19 personas que viven con VIH y sida, y 16 familiares que conviven con dichos pacientes.</p> <p>Para hacer un análisis más profundo de las entrevistas a pacientes se usaron las siguientes categorías son: las relaciones afectivas que mantiene el paciente con sus familiares, incluyendo si recibe apoyo o no por parte de ellos y cómo este comportamiento puede o no influir en las actitudes que tienen hacia la enfermedad; el conocimiento o la información que posee sobre el VIH y sida y la condición de persona viviendo con VIH.</p> <p>En las entrevistas a familiares se quería ver las actitudes y la información como dimensiones de la representación social, además de la percepción que tiene la familia sobre el VIH y sida, y cómo esto puede influir en su comportamiento con respecto al paciente.</p>
--	--

	<p>Es una investigación no experimental, de corte descriptivo en el cual se pretende determinar la relación que existe entre la representación social del VIH y sida que posee la familia de las personas con VIH, y la actitud que los pacientes tienen hacia la enfermedad. Los resultados alcanzados fueron la caracterización de la representación social de los familiares sobre la enfermedad (es una enfermedad que se puede evitar, mientras que las personas se cuiden no hay problema) y la actitud de los pacientes hacia ella (cuando una persona tiene preparación y conocimiento sobre el tema, puede afrontar mejor la situación), determinó la existencia de una relación coherente entre ambos aspectos; concluyó que la representación social del VIH y sida que tiene la familia cohabitacional presenta una actitud de dirección negativa e intensidad máxima, existe una relación coherente, de carácter negativo, entre los elementos que integran la representación social del VIH y sida que tienen los familiares y la actitud que asumen los pacientes hacia la enfermedad.</p>
<p><i>Tesis:</i></p> <p><i>“Vivir con el VIH: Influencia de la vía de transmisión en el</i></p>	<p>El interés de este artículo, desde la psicología clínica y social, se centra en conocer qué estrategias ponen en</p>

<p><i>afrontamiento a la enfermedad”</i></p> <p>Autor: Alcántara Tadeo, Antonio</p> <p>Editor: Universitat de Lleida.</p> <p>Departamento de Pedagogía y Psicología</p> <p><i>Psicología social. Año 2012, 367 p.</i></p> <p>URL En PDF:</p> <p><u>http://www.tdx.cat/handle/10803/81313</u></p>	<p>marcha las personas con VIH para adaptarse a los cambios que se derivan de la infección, siendo la pregunta de investigación cuál es la influencia de la vía de transmisión en el afrontamiento a la enfermedad.</p> <p>Esta investigación se realizó en el contexto geográfico de la Comunidad de Cataluña y durante los años 2008 y 2009 se realizaron 30 estudios de caso (combinando técnicas como el inventario CSI de Cano et al, 2007 y la entrevista semiestructurada) a participantes voluntarios que formaron 5 agrupaciones: Heterosexuales, Hombres que tienen sexo con hombres, Usuarios de drogas por vía parenteral, Transfusionales y Verticales. Los resultados indican que pese a que han pasado tres décadas, la estrategia más recurrida por el total de la muestra sigue siendo la de retirada social. También se aprecia que se presentaron patrones diferenciales entre los diferentes grupos, lo cual consideramos es una novedad que seguir siendo estudiada y que ha de facilitar la comprensión de la psicología de la persona que vive con el VIH, desde el modelo teórico sobre el concepto de afrontamiento. Se eligió el inventario de estrategias de afrontamiento CSI</p>
<p>Artículo:</p>	<p>El objetivo del siguiente artículo fue hacer una revisión</p>

<p><i>" Adhesión terapéutica y variables psicológicas asociadas en pacientes con diagnóstico de VIH-sida "</i></p> <p><i>Autor: Isabel Cristina Villa y Stefano Vinaccia</i></p> <p><i>Editorial: Universidad Veracruz</i></p> <p><i>Edición: Psicología y Salud, Vol. 16, Núm. 1: 51-62, enero-junio de 2006</i></p> <p><i>URL En PDF:</i> <i>http://revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/792/1436</i></p>	<p>de literatura sobre la adhesión terapéutica y las variables psicológicas asociadas en pacientes con diagnóstico de VIH-sida. Se evalúa el peso de las variables psicológicas que en numerosas investigaciones se han relacionado con la adherencia terapéutica: variables individuales y variables relacionadas con la enfermedad y con el tratamiento; por otro lado, se examina también el rol del apoyo social y familiar como factores protectores, así como el peso de las emociones negativas, como la ansiedad y la depresión, en la evolución física y emocional de la enfermedad.</p> <p>El artículo se enfatiza en el estudio de la adhesión terapéutica y VIH como intervención psicosocial de este tipo de pacientes, y los aspectos psicológicos y VIH, tomando el sida desde una perspectiva biopsicosocial.</p>
<p><i>Artículo:</i></p> <p><i>"Factores biosociales y percepciones de una vida con calidad: reto para la adherencia antirretroviral en pacientes con VIH".</i></p> <p><i>Autor: Estrada. J, Martínez. A,</i></p>	<p>Aunque la terapia antirretroviral ha contribuido a mejorar la calidad de vida de personas que viven con VIH, la no adherencia al tratamiento persiste como obstáculo fundamental para el éxito terapéutico. Para evaluar los aspectos biosociales que facilitan o dificultan la adherencia al tratamiento, se desarrolló un estudio cualitativo que combinó investigación</p>

<p>Abadía. C.</p> <p>Editorial: Universidad Nacional de Colombia (Bogotá),</p> <p>Edición: Rev. Fac Nac Salud Pública 2008; 26(2): 134-142</p> <p>URL En PDF:</p> <p>http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v26n2/v26n2a04.pdf</p>	<p>etnográfica, enfoque hermenéutico de narrativas y análisis situacional de las experiencias de vida de personas con VIH en Colombia. Se aplicaron dos categorías teóricas: vida con calidad, de Victoria Camps, y auto percepción y heteropercepción, de Saussure. Los diez participantes en el estudio eran de sexo masculino y frecuentaban un programa integral de salud oral. Entre los aspectos que dificultan la adherencia, se encontraron los siguientes: 1) los discursos de los equipos médicos, sobrecargados de terminología biomédica; 2) la dosis y los efectos colaterales de los medicamentos utilizados en Colombia; 3) las actitudes negativas relacionadas con autoimagen pobre, capital social bajo y baja autoestima; 4) expectativas bajas de calidad de vida con la terapia. Entre los factores que facilitan la adherencia se encontraron: 1) procesos de negociación intrapersonal e interpersonal basados en el estado serológico y el tratamiento; 2) el conocimiento de dichas negociaciones por parte de la familia, amigos, compañeros de trabajo y la pareja afectiva; 3) percepciones positivas sobre el mejoramiento en la calidad de vida relacionadas con la terapia; 4) expectativas de calidad de vida que dependen de la adherencia. Se encontró, sin embargo, que los factores</p>
---	---

	<p>que facilitan o dificultan la adherencia cambian rápidamente y van de la mano con alteraciones del estado de ánimo de las Personas.</p>
<p>Artículo:</p> <p>“Investigación -instrumento para medir variables psicológicas y comportamientos de adhesión al tratamiento en personas seropositivas frente al VIH 2006”</p> <p>Autor: Piña López JA, Corrales Rascón AE, Mungaray Padilla K, Valencia Vidrio MA</p> <p>Editorial: Revista Panam Salud Pública</p> <p>Edición: volumen 19</p> <p>Páginas: 217 – 228</p> <p>URL En PDF:</p> <p>http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v19n4/30330.pdf</p>	<p>La investigación se realizó porque algunas personas no se adhieren al tratamiento con medicamentos antirretrovirales, ya sea porque no consiguen los resultados esperados o por otras variables, como psicólogos estamos en el deber de disminuir el sufrimiento y procurar una mejor calidad de vida de estas personas, para ello se debe analizar qué personas podrían no adherirse al tratamiento y para ello se ha usado la prueba psicométrica a investigar y se quiere con la investigación ver su validez y fiabilidad.</p> <p>El objetivo de la presente investigación es Probar las propiedades psicométricas del instrumento (Encuesta para medir variables psicológicas y comportamientos de adhesión al tratamiento en personas VIH positivo (VPAD-30)) que mide variables psicológicas y comportamientos de adhesión al tratamiento en personas con VIH/sida. Se realizó un estudio transversal se usaron 68 participantes (46 eran hombres y 22 mujeres) seropositivas frente al virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) que en el momento del estudio recibían atención en una institución de</p>

	<p>salud de la ciudad de Hermosillo, México. Para el análisis de datos se usó la prueba t student.</p> <p>Los resultados obtenidos indican que el instrumento posee una confiabilidad óptima y validez en sus tres variantes: conceptual, concurrente y predictiva.</p>
<p>Artículo:</p> <p><i>“Cómo entender la experiencia de personas que viven con VIH: implicaciones para la clínica y la investigación”</i></p> <p><i>Autor Carrasco. Carrasco-Aldunate, P., Araya-Gutiérrez, A., Loayza Godoy, C., Ferrer-Lagunas, L., et al.</i></p> <p><i>Editor: AQUICHAN - ISSN 1657-5997</i></p> <p><i>Vol. 13, No. 3, 387-395.</i></p> <p><i>URL En PDF:</i></p>	<p>El objetivo del artículo es develar el significado de vivir con VIH en personas que fueron diagnosticadas en etapa de sida. Materiales y métodos: estudio cualitativo descriptivo en el que se realizaron entrevistas en profundidad a 15 personas que viven con VIH (PVVIH) en etapa de sida, con una edad media de 40 años, 12 eran hombres, que se atienden en el sistema público de salud chileno. Resultados: del análisis de contenido emergieron seis dimensiones del significado de vivir con la enfermedad: cambios personales posteriores al diagnóstico (tomar sus medicamentos en la horas indicadas, no consumen drogas y tienen una buena alimentación, antes no usaban preservativo y según ellos en el acto sexual todo iba bien, ahora no, tienen el deseo de seguir viviendo a pesar del diagnóstico); apoyo social (existe el apoyo de madre, padre y general de toda la familia, hijos y esposas) y acompañamiento, resignación a la adquisición del VIH (saben que cometieron un error y a</p>

<p>http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/2430/pdf</p>	<p>pesar de ello quieren salir adelante, cuando se enteraron del diagnóstico sintieron una pena muy grande y saben que cometieron un error el de no haberse cuidado); percepción de discriminación / rechazo(algunos profesionales de la salud los tratan mal y los rechazan); revelación del diagnóstico(alguno no saben cómo contarle a su familia su diagnóstico, otros por el contrario se sienten más aliviados de hacerlo, ellos piensan en el daño que esto puede causar a sus familias); cuidar a otros de la adquisición del VIH(unos cuentan a la segunda cita sobre su diagnóstico y otros se cuidan más para no contagiar a nadie). Conclusiones: los hallazgos orientan a los profesionales de la salud sobre las estrategias que se deben utilizar en la atención directa de las personas que viven con VIH con el fin de otorgar un cuidado integral considerando el apoyo para el desarrollo de estrategias de autocuidado y la revelación del diagnóstico a su núcleo cercano, para reducir los costos psicosociales asociados al hecho de ser una persona con VIH y favorecer la adherencia a la terapia antirretroviral.</p>
	<p>El objetivo de esta investigación es comprender las dimensiones culturales del VIH/Sida de estudiantes</p>

<p>Artículo:</p> <p><i>"Concepciones culturales del VIH/Sida de adolescentes de Bolivia, Chile y México"</i></p> <p>Autor: <i>Teresa Margarita Torres López, Carolina Reynaldos Quinteros, Aldo Favio Lozano González, Jazmín Aranzazú Munguía Cortés</i></p> <p>Editorial: <i>Artigos Originais</i></p> <p>Edición: <i>Rev. Saúde Pública</i> <i>2010;44(5):820-9</i></p> <p>Materia: <i>psicología</i></p> <p>URL En PDF: <i>http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v44n5/1639.pdf</i></p>	<p>adolescentes.</p> <p>Estudio antropológico cognitivo. Realizado en Cochabamba (Bolivia), Talca (Chile) y Guadalajara (México) entre 2007 y 2008. Un total de 184 jóvenes (de 14 y 19 años de edad) fueron seleccionados por muestreo propositivo en centros de estudios de educación media superior de cada país.</p> <p>Las diferencias entre los contextos fueron en el grado de consenso en relación al término de VIH/Sida, ya que fue mayor en Cochabamba. En Talca y Guadalajara los jóvenes mencionaron metáforas de lucha frente a la enfermedad, mientras en Cochabamba se refirieron a la ayuda, apoyo y amor que las personas infectadas deberían recibir. Las coincidencias entre las conceptualizaciones de los jóvenes de los tres países fueron: los riesgos (las prácticas sexuales desprotegidas y el contacto con algunos grupos poblacionales específicos), las consecuencias (muerte física y social, entendida ésta última como el rechazo de la sociedad hacia los enfermos) y la prevención. Se puede concluir que para los estudiantes adolescentes el VIH/Sida es una enfermedad causada por prácticas sexuales y consumo de drogas que implica daño, dolor y muerte. Los programas preventivos del VIH/Sida</p>
---	--

	<p>para los adolescentes deben promover la búsqueda de información sobre el tema con bases científicas, y no centrarse en las consecuencias emocionales y sociales de la enfermedad.</p>
<p>Artículo:</p> <p><i>"Pacientes que rehúsan el tratamiento antirretroviral en el medio penitenciario"</i></p> <p>Autor: <i>L Sordo, I Ruiz-Pérez, A Olry, JM Soto, JJ Antón, E Girela, JM Castro</i></p> <p>Editorial: <i>Talleres Editoriales Cometa, S.A.</i></p> <p>Edición: <i>Rev. Esp Sanid Penit 2008; 10: 3-10</i></p> <p>Materia: <i>psicología</i></p> <p>URL En PDF:</p> <p><i>http://scielo.isciii.es/pdf/sanipe/v10n1/02_original.pdf</i></p>	<p>Introducción: En los estudios existentes sobre pacientes VIH positivo la población a estudio ha sido tomada de manera homogénea, sin diferenciar aquella que cumple los requerimientos terapéuticos de la que no lo hace. Quizás por la dificultad en el acceso al grupo de pacientes que rehúsan el tratamiento antirretroviral. El medio penitenciario nos permite acceder a esta población, hasta hoy no estudiada. El objetivo de este estudio es describir el estado clínico y psicosocial de los reclusos seropositivos que rehúsan el TARV, comparándolo con el de aquellos que sí están en TARV o no se les indica tomarlo. Métodos: Estudio transversal con 585 reclusos VIH positivos ingresados en tres prisiones andaluzas entre mayo-julio de 2004. Como variable de agrupación se empleó rehusar el TARV, tomarlo o no hacerlo por no estar indicado. Como independientes se incluyeron sociodemográficas, psicosociales, clínicas y relacionadas con el medio penitenciario. Este estudio pretende ser un punto de inicio para considerar las características diferenciales del grupo</p>

	<p>que rehúsa el tratamiento los resultados de este estudio ponen de manifiesto las diferencias que existen entre poblaciones seropositivas según sigan o no las recomendaciones de sus médicos. Existe un grupo de pacientes, ignorado en la mayor parte de los estudios, que rechaza el tratamiento antirretroviral y al que podemos acceder en el medio penitenciario. Este grupo tiene características diferenciales, tales como una mayor prevalencia de coinfección por VHC, un mayor consumo intrapenitenciario de opiáceos o un menor trabajo como destino en prisión, y por tanto debemos ajustar las intervenciones que se realicen sobre ellos</p>
<p>Artículo:</p> <p><i>“VIH en habitantes de calle de Medellín”</i></p> <p>Autor: Dedsy Y. Berbesi, Alejandra Agudelo, Ángela Segura, Liliana P. Montoya</p> <p>Editor: Universidad CES</p>	<p>Objetivo: Determinar la prevalencia de VIH y las características socio-demográficas del habitante de calle en la ciudad de Medellín, con la finalidad de ampliar la comprensión de la problemática en este grupo vulnerable. Metodología: se realizó un estudio de corte transversal; se determinó la seroprevalencia de VIH y los comportamientos de riesgo, con personas de 18 a 65 años, en grupo también cabe resaltar el predominó el estado civil soltero (72,8 %), consumo de sustancias y que se dedican a ventas ambulantes, adicionalmente durante los últimos 6 meses los</p>

<p>Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2012; 30(3): 310-314</p> <p>URL En PDF: http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v30n3/v30n3a07.pdf</p>	<p>participantes participaron en actividad de prevención. Se realizó una entrevista a cada habitante de calle, y se tomó una muestra de sangre. El análisis estadístico se realizó mediante el software SPSS 8.0. Resultados: se encuestaron 230 habitantes de calle, de los cuales el 160 eran hombres y 70 mujeres, con promedio de edad de 38 (de 10,9) años; se identificó una prevalencia de VIH en 16 hombres y 2 mujeres, se observa que el 50% oscila en edades de 25 -35 años.</p> <p>Discusión: la prevalencia del 7,8 % muestra que la infección por VIH en Colombia está concentrada en poblaciones que se encuentran en condiciones de exclusión, estigma y discriminación.</p>
<p>Artículo: "VIH y vulnerabilidad: una comparación de tres grupos en Cali, Colombia"</p> <p>Autor: Galindo J, Tello IC, Mueses HF, Duque JE, Shor- Posner G, Moreno G</p> <p>Editorial: Facultad Nacional de Salud Pública</p>	<p>Para el año 2005, se reportaron 2.387 nuevos casos de infección por VIH en Colombia. la prevalencia nacional del VIH en población general (15 a 49 años)</p> <p>La investigación quiere determinar las características socio-demográficas, comportamientos de riesgo para VIH/Sida y presencia de VIH en tres grupos de participantes de diferentes grupos socio-económicos en Cali. Entre 2005 y 2007, Durante campañas de búsqueda activa focal integral de VIH, 4055 participantes dieron voluntariamente su consentimiento informado, respondieron un cuestionario estructurado, recibieron asesoría de VIH pre-prueba y post-prueba,</p>

<p>Edición: Rev. Fac. Nac. Salud Pública Vol. 29 N.º 1 enero-abril 2011</p> <p>URL En PDF: http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v29n1/v29n1a04.pdf</p>	<p>así como prueba para diagnóstico presuntivo de VIH.</p> <p>Los participantes fueron agrupados en tres categorías: personas de bajo nivel socioeconómico, baja escolaridad y alto desempleo (N1=1217); trabajadores empleados con escolaridad técnica-superior y de estrato medio-alto (N2=899); y estudiantes de universidades de carácter privado, de estrato medio-alto (N 3=1939). Se evidencia una alta prevalencia de VIH en el grupo N1 fue evidente, junto con una historia previa más frecuente de Enfermedad de Transmisión Sexual (ETS) y pobre autopercepción de conocimientos sobre VIH, destacando la necesidad de fortalecer las estrategias de prevención y tamizaje de ETS y VIH dirigidas a este grupo.</p> <p>Determinaron características socio-demográficas, comportamientos sexuales y autopercepción de conocimientos sobre VIH.</p> <p>las variables demográficas y de comportamientos de riesgo reveló diferencias significativas entre los grupos socio-económicos entre las que se encuentra que el grupo N1 son de mayor edad, que tienen más vida sexual que los otros grupos, que tienen menos protección en salud, tienen un mayor número de parejas en los últimos 2 años, presentan más antecedentes de ETS.</p>
--	---

<p>Artículo:</p> <p><i>"Transversalización de la prevención del VIH/Sida en proyectos de desarrollo alternativo en Colombia"</i></p> <p>Autor: <i>Ricardo García-Bernal, Mónica Cortés-Yepes, Adriana María Rodríguez, L., et al.</i></p> <p>Editorial: <i>Pontificia Universidad Javeriana</i></p> <p>Edición: <i>Rev. Gerenc. Polit. Salud vol.9 no.18 Bogotá Jan./June 2010</i></p> <p>URL En PDF:</p> <p><i>http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-70272010000100003</i></p>	<p>Este artículo describe la primera fase de una intervención preventiva incorporada en las acciones de monitoreo y evaluación de un proyecto de desarrollo alternativo para población rural de regiones afectadas por cultivos ilícitos y/o presencia de grupos armados irregulares. Presenta el análisis de una encuesta de conocimientos, actitudes y prácticas sexuales, cuyos resultados evidencian la persistencia de conceptos erróneos, actitudes negativas hacia personas con Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y baja frecuencia de prácticas sexuales protegidas. El nivel de conocimientos y el uso del condón son mucho menores en este grupo poblacional que en otros grupos de alta vulnerabilidad que viven en contextos urbanos. Esta intervención constituye la primera experiencia exitosa de transversalización de la prevención del VIH en proyectos de desarrollo apoyados por el Sistema de Naciones Unidas (UN) en Colombia.</p> <p>El instrumento consta de 17 preguntas, centrándose particularmente las relacionadas con prácticas sexuales, fue contestada voluntariamente por integrantes de las familias guardabosques y como resultados se evidencio que existen grandes vacíos en materia de educación sexual entre la población encuestada. Dando como resultados la posibilidad de</p>
--	--

	<p>articular esfuerzos entre las diferentes agencias de este sistema para sensibilizar la población y disminuir los riesgos de contagio del VIH.</p>
--	--