

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
ESCUELA DE PSICOLOGÍA

PRÁCTICA DIRIGIDA PARA OPTAR AL GRADO DE
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

**“Atención psicológica individual y grupal a población con VIH/sida y sus
familiares”**

Sustentante:

Bach. Ana Silvia Salas Jiménez - B15939

Comité Asesor:

Directora: Licda. Alicia Sandoval Poveda.

Lectora: Licda. Arianna Ortiz Solano.

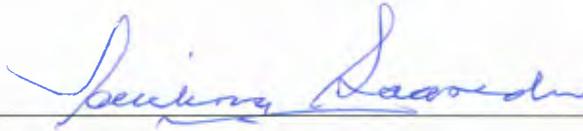
Lectora: Dra. Ana María Jurado Solórzano.

Asesora Técnica: Licda. Cindy Luna López.

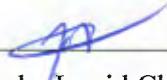
CIUDAD UNIVERSITARIA RODRIGO FACIO

2017

TRIBUNAL EXAMINADOR



Licda. Paulina Saavedra Quiroga
Presidente del tribunal



Licda. Ingrid Chacón Medrano
Profesora invitada



Licda. Alicia Sandoval Poveda
Directora



Licda. Arianna Ortiz Solano.
Lectora

Dra. Ana María Jurado Solórzano
Lectora



Bach. Ana Silvia Salas Jiménez
Sustentante

RESUMEN

La presente práctica dirigida tuvo como objetivo principal adquirir competencias profesionales en la atención psicológica a la población con VIH, así como a sus familiares, para ello, se trabajó bajo tres modalidades de intervención: atención psicoterapéutica individual, talleres grupales y atención a familiares. Las labores desempeñadas se enmarcaron desde el área de Psicología de la Salud y el modelo cognitivo conductual. Los principales ejes temáticos abordados fueron las estrategias de afrontamiento al VIH, la adherencia al tratamiento, la psicoeducación, el acompañamiento emocional y el desarrollo personal.

En el presente documento se encuentra una contextualización del Hogar Nuestra Señora de la Esperanza, organización no gubernamental en la cual se ejecutaron los 6 meses de la práctica dirigida. Además se exponen antecedentes nacionales e internacionales sobre la intervención profesional con población con VIH/sida.

Con respecto al trabajo desempeñado en el Hogar, se realizaron 8 procesos psicoterapéuticos individuales y se dio acompañamiento en situaciones de crisis a 9 personas. Los motivos de consulta fueron muy variados, a pesar de que la gran mayoría se encontraban asociados al diagnóstico. Por su parte, se realizaron 2 talleres grupales; en los cuales fue fundamental la psicoeducación y el acompañamiento emocional. En uno de estos talleres se trabajó la adherencia al tratamiento y a los estilos de vida saludables y las estrategias de afrontamiento al VIH; en el otro taller se abordó el desarrollo personal, orientado por 3 ejes: el autocuidado, la lucha por el bienestar y la asertividad.

En relación con la atención a familiares, se trabajó la psicoeducación, el acompañamiento emocional, así como varias estrategias cognitivo conductuales en situaciones particulares como la planificación de actividades placenteras. Es importante mencionar que una familia fue atendida mediante visitas domiciliarias, debido a sus condiciones de salud y económicas.

Las principales técnicas empleadas en los distintos abordajes fueron la reestructuración cognitiva y la estrategia de afrontamiento más significativa para los beneficiarios fue la lucha por el bienestar. Los procesos se evaluaron mediante distintos instrumentos aplicados pre y post tratamiento, así como unidades subjetivas de bienestar, observación y exámenes de laboratorio para conocer la cantidad de CD4 en sangre correlacionando con la adherencia al tratamiento.

Los resultados evidencian que los beneficiarios (tanto los que viven con VIH, como sus familiares) lograron conocer más acerca de la condición de salud, así como erradicar mitos asociados a éste. Se disminuyó el malestar emocional desencadenado por el diagnóstico y los sentimientos de culpa. Se validaron las estrategias de afrontamiento empleadas por ellos y ellas hasta el momento y se fortalecieron con otras, de modo que, fueron un insumo para afrontar su condición, evidenciaron cambios conductuales, cognitivos y emocionales.

En relación con la adherencia al tratamiento, se obtuvo muy buenos resultados con los beneficiarios con los que se trabajó esta temática, exceptuando un caso particular que requirió de un acompañamiento especial debido a sus condiciones sociales. Asimismo, en los casos en los que se trabajó la estrategia de afrontamiento asociada a las conductas de riesgo, fue necesario realizar una referencia a la clínica de cesación de tabaco del hospital Max Peralta.

Se concluye que es fundamental el trabajo interdisciplinario, la intervención sensible y responsable, considerando las necesidades particulares de cada beneficiario y respondiendo a la realidad social que experimenta la población que vive con VIH. El trabajo con las estrategias de afrontamiento, la psicoeducación, la adherencia al tratamiento, y a los estilos de vida saludables, son pilares de la intervención así como el acompañamiento emocional, incluyendo la escucha y validación. El trabajo con familiares también es imprescindible y el enfoque cognitivo conductual y la Psicología de la Salud resulta muy oportuno para el trabajo con esta población.

DEDICATORIA

A mi papá y mi mamá: por tanto amor, su fiel entrega, su constante apoyo y su ejemplo de soñar y persistir.

A Tita: por sus sacrificios, su diaria valentía y su sonrisa.

A mis abuelitos, Carlos, Gonzalo y Josefa, a su memoria y su amor infinito.

A la población beneficiaria del Hogar Nuestra Señora de la Esperanza, por darme el honor de compartir y crecer profesional y personalmente junto a ustedes. Por sus muestras de cariño, por su confianza, su fortaleza, sus vidas, sus sueños y su lucha, gracias por enseñarme lo que es la vida, en letra mayúscula, ¡Por enseñarme tanto!

AGRADECIMIENTOS

Con gran nostalgia, cierro nuevamente un capítulo hermoso de mi vida, con muchos recuerdos, experiencias, pero sobre todo, con un corazón agradecido.

A Dios, quien en su amor y dulzura, me ha permitido llegar hasta acá, con tantas bendiciones que no alcanzo a mencionar. Gracias por tantos dones y su amor constante en cada circunstancia, así como por tanta gente linda que ha hecho coincidir conmigo.

A mis padres, por ofrecerme siempre su apoyo, amor y calidez. A mis hermanos: Edwin, por su fiel amistad, su confianza, su compañía desde siempre y enseñarme con su admirable vocación, la perseverancia y el amor a los demás. A Luis y Juan, por su gran cariño, amistad, complicidad, sus carismas, por creer en mí y estar siempre que los necesito, ¡Gracias por portar conmigo un lazo rojo el primero de diciembre e involucrarse con mis proyectos!

A mi padrino Alex, mi madrina Yolanda y a Tita, por estar como ángeles velando por mí, mi bienestar, mis sueños. Gracias por sus consejos, sus atenciones, su amor y compañía.

A la Familia Salazar Mora por su hospitalidad, por abrirme las puertas de su casa durante tantos años de preparación académica, por el acompañamiento y su preocupación desinteresada en mí. Gracias por tanto apoyo, las traspasadas, por hacerme sentir en casa y por recibirme con tanto cariño, ¡Gracias infinitas por su nobleza!

Gracias a mi equipo asesor, a mi directora Alicia Sandoval Poveda, a mis lectoras Arianna Ortiz Solano y Ana María Jurado Solórzano, por su interés y compromiso tanto conmigo como con la población. Gracias por todos sus aportes, intervenciones, su apoyo y compañía en este proceso.

Gracias a todos mis profesores y profesoras, que a lo largo de estos años han procurado mi crecimiento profesional, en especial a los profesores Mariano Rosabal Coto, Gustavo Garita

Sánchez y Carlos Garita Arce, gracias por su confianza, por creer en mí y por acompañarme a descubrir esta profesión hermosa.

A Esteban Valerio, por su cordialidad, disposición y colaboración en tantas ocasiones que estuvo ahí para ayudarme, ¡mil gracias en serio!

A los beneficiarios y beneficiarias del Hogar, por recordarme que creo fielmente en la capacidad de resiliencia y por mantener mi esperanza en las personas. ¡Gracias por compartirme tanto de sus vidas!, de verdad, no tengo palabras para agradecerles, ni para describir la profunda admiración que siento por cada uno y cada una de ustedes.

A mi asesora técnica Cindy Luna López, por enseñarme en el día a día que la psicología es más que lo que aprendí en la U. Gracias por tu esfuerzo, tus enseñanzas, tu constante deseo y lucha por mejorar y aprender para responder a las exigencias de la población. Gracias por tu carisma, tu confianza y apoyo. A Joselin Quesada Kung, compañera y amiga de trabajo social, gracias por tu sensibilidad, tu profesionalismo y tu apoyo.

A todo el personal del hogar, tanto administrativo, como al equipo interdisciplinario y las voluntarias. Gracias por acogerme como un miembro más, por su calidez, su confianza, su soporte, los buenos ratos. Gracias por ese clima laboral envidiable, por su compromiso con la población y por permitirme descubrir que, además de grandes profesionales, son grandes personas: Carlos Arias, Silvia Castro, Angie Cerdas, Randall Rodríguez, Moni Gamboa, Glori Morales, Xinia Portugués, Tita Molina, Esmeralda Loaiza, Olguita Orozco, Julita Romero, Jonathan Casorla, Lucy Araya, María Vega, Fressy Navarro y Cris Masis, ¡Muchas gracias!

A la Junta Directiva, en especial a Doña Anita Garro y a Doña Sandra Rivera, por su dedicación, su entrega, su amor e interés por la población. ¡Muchas gracias por su ejemplo!

A Mauricio Morales, por involucrarte también con el Hogar, por tu apoyo y tu cariño por llevar tus carismas a los beneficiarios y beneficiarias. A Serio Mora, por tus aportes, paciencia y compañía en la elaboración de este documento final.

A mis amigos de carrera, Sofi Valerio, Kev Alvarado y Gaby Montero. ¡Gracias por tanto tiempo de amistad!, por su apoyo incondicional y por compartir incontables buenos momentos y no tan buenos, ¡porque la amistad y la salud, es lo que realmente vale!, y sin ustedes, mi vida universitaria jamás hubiese sido tan maravillosa. ¡Gracias también a sus familias por tantas atenciones y cariños durante estos 7 años!

A Lau Mesén y a Ruty Badilla, por sus consejos oportunos, su humor, su fe, su apoyo y su amistad sincera. A Danny González, por enseñarme de la ética y el compromiso con la población con que trabajamos, por acompañarme en este proceso hermoso y los proyectos venideros. A Cali Leitón y a Alejo Arias, por estar ahí, por su cariño, por soportar mis quejas y creer desde siempre en mí.

A Josué López y a Mario Ramírez, por enseñarme a valorar en este período, esas cosas pequeñas, maravillosas y gratuitas de la vida, incluyendo su amistad. Gracias por buscar mi desarrollo personal y por impulsarme a soñar en grande y a crecer.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
MARCO REFERENCIAL.....	4
1. SITUACIÓN PROBLEMA.....	4
2. ANTECEDENTES.....	7
2.1. <i>Antecedentes internacionales.....</i>	<i>7</i>
2.2. <i>Antecedentes nacionales.....</i>	<i>10</i>
3. CONTEXTUALIZACIÓN DE LA INSTITUCIÓN.....	13
4. MARCO CONCEPTUAL.....	15
4.1. <i>VIH/sida.....</i>	<i>16</i>
4.2. <i>Adherencia al tratamiento.....</i>	<i>19</i>
4.3. <i>Estrategias de Afrontamiento.....</i>	<i>19</i>
4.4. <i>Manejo emocional.....</i>	<i>24</i>
4.5. <i>Psicoeducación.....</i>	<i>25</i>
4.5. <i>Intervención en crisis.....</i>	<i>25</i>
4.6. <i>Psicología de la Salud.....</i>	<i>26</i>
4.7. <i>Modelo Cognitivo Conductual.....</i>	<i>26</i>
OBJETIVOS.....	29
1. OBJETIVOS GENERALES.....	29
2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	29
3. OBJETIVOS EXTERNOS.....	30
METODOLOGÍA.....	31
1. POBLACIÓN META, BENEFICIARIOS DIRECTOS E INDIRECTOS.....	31
2. ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN.....	31

3. DEFINICIÓN DE ACTIVIDADES, FUNCIONES, TAREAS BÁSICAS Y PRODUCTOS.....	35
4. DEFINICIÓN DE LAS RELACIONES INTERDISCIPLINARIAS.....	37
5. DEFINICIÓN DEL SISTEMA DE SUPERVISIÓN.....	38
6. PROCESO DE EVALUACIÓN.....	38
7. PRECAUCIONES Y CONSIDERACIONES ÉTICAS Y LEGALES.....	40
RESULTADOS.....	42
1. ABORDAJES PSICOTERAPÉUTICOS INDIVIDUALES.....	42
2. ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN POBLACIÓN CON VIH.....	47
3. ADHERENCIA AL TRATAMIENTO.....	51
4. GRUPO DE CRECIMIENTO PERSONAL.....	57
5. ACOMPAÑAMIENTO A FAMILIARES.....	62
6. OTRAS LABORES DESEMPEÑADAS.....	66
7. RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN REALIZADA POR LA ASESORA TÉCNICA.....	72
DISCUSIÓN.....	75
1. ANÁLISIS SEGÚN TEMÁTICA.....	75
2. ANÁLISIS SEGÚN MODALIDAD.....	82
3. ANÁLISIS INTEGRATIVO.....	87
LIMITACIONES.....	90
1. PROBLEMAS ASOCIADOS A LA INSTITUCIONALIZACIÓN.....	91
2. PROBLEMAS DE CONVIVENCIA.....	91
3. PROBLEMAS ASOCIADOS AL CONSUMO DE SUSTANCIAS.....	92
4. LIMITACIONES ECONÓMICAS.....	93
CONCLUSIONES.....	94

RECOMENDACIONES.....	98
1. AL HOGAR NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA.....	98
2. A LA ESCUELA DE PSICOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD DE COSTA RICA...	99
3. A LOS ESTUDIANTES DE PSICOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD DE COSTA RICA.....	99
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	101
ANEXOS.....	109

Índice de abreviaturas

AIESEC.....	Association Internationale des Etudiants en Sciences Economiques et Commerciales
CCSS	Caja Costarricense del Seguro Social
CONASIDA	Consejo Nacional para la Prevención y el Control del VIH/sida
ECO 2	Epistemología de la Complejidad y Ética Comunitaria
ELISA	Enzyme Linked Immuno Sorbent Test Assay
GeSIDA	Grupo de estudio de SIDA
HAART	Highly active antiretroviral treatment
ONG	Organización no gubernamental
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PNS.....	Plan Nacional sobre el Sida
SEFH.....	Sociedad Española de Farmacéuticos de Hospital
SEIMC	Sociedad Española de enfermedades infecciosas y microbiología clínica
Sida	Síndrome de inmunodeficiencia humana
UCR	Universidad de Costa Rica
VIH	Virus de inmunodeficiencia humana

INTRODUCCIÓN

Con el pasar de los años, el VIH/sida ha sido reconceptualizado en distintos momentos, por tanto, la premisa de que ésta es una enfermedad terminal ya no está vigente, y por el contrario, la Terapia Antirretroviral Altamente Activa (HAART, por sus siglas en inglés), así como las mejoras en el estilo de vida, ha consolidado al sida como una enfermedad crónica (Tobón y Vinaccia, 2003; Ballester, 2005, Brannon y Feist, 2013).

De igual modo, las infecciones por VIH se mantienen e incluso aumentan (Ministerio de Salud, 2016), mientras que, en el área de la psicología, son pocos los estudios realizados y según Chacón y Sandoval (2012), se pueden realizar muchos aportes desde esta disciplina. Igualmente, más allá de las labores de la prevención, es primordial enfocarse en quienes viven con esta enfermedad, tanto por el impacto en aspectos económicos y de salud pública; así como por el estigma, la discriminación y los efectos físicos, psicológicos y sociales, que conlleva tanto la infección como del tratamiento (Chacón y Sandoval, 2012).

Diversas organizaciones no gubernamentales se han interesado en esta población y así en el 2003 surge el Hogar Nuestra Señora de la Esperanza, cuya finalidad es ofrecer una atención integral a la población con VIH brindando servicios de alimentación, hospedaje, apoyo para la adherencia al tratamiento antirretroviral, atención médica en coordinación con la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS), atención psicológica y espiritual, así como cursos de formación educativa. Actualmente esta organización beneficia a 55 personas, de las cuales 19 se encuentran albergadas en el hogar y 36 se encuentran en sus respectivas viviendas.

A pesar de que el personal a cargo y las personas voluntarias realizan grandes esfuerzos para beneficiar a la mayor cantidad de personas, el presupuesto no les permite abordar a toda la población que necesita de dichas atenciones, generando una sobredemanda que impide

realizar una labor eficaz y que lamentablemente excluye a muchos beneficiarios/as que requieren propiamente de una intervención psicológica.

Asimismo, es fundamental mencionar que además de vivir con VIH/sida, muchas personas beneficiarias del Hogar estuvieron en condición de calle, por lo que, es fundamental un abordaje más especializado considerando los aspectos biopsicosociales de quienes se encuentran sin hogar, puesto que regularmente sufren múltiples manifestaciones de violencia, discriminación, desafiliación y exclusión social (Bachiller, 2010).

Por otra parte, algunas personas beneficiarias cuentan con una red familiar, quienes se ven afectados por la enfermedad y no poseen un espacio de psicoeducación, ni de contención emocional, surgiendo también esta tarea como uno de los pendientes con estas personas que ciertamente, se encuentran involucradas con el proceso de enfermedad de su familiar. Como afirman Flores, Almanza y Gómez (2008), suelen surgir muchos sentimientos de ambivalencia, sobreprotección, vergüenza, así como aislamiento y estrés en las familias con un miembro portador de VIH/sida.

Ante esta contextualización y conociendo la realidad que enfrenta esta población, se realizó durante seis meses a tiempo completo, una práctica dirigida en el Hogar Nuestra Señora de la Esperanza, con la finalidad de responder a sus necesidades y bajo el objetivo de brindar atención psicológica individual y grupal desde el área de la Psicología de la Salud y el marco cognitivo conductual a la población beneficiaria, así como a sus familiares, ofreciendo desde luego, una atención integral, profesional y ética.

Se trabajó desde el marco de Psicología de la Salud puesto que, de acuerdo con Brannon, Feist y Updegraff (2013) esta disciplina involucra la aplicación de principios psicológicos a áreas relacionadas con la salud física, entre ellas, la moderación de comportamientos de riesgo, la disminución del estrés, la adherencia a comportamientos saludables y el tratamiento de enfermedades crónicas, tal como el VIH/sida.

Por su parte el modelo cognitivo conductual, ha evidenciado su eficacia en la intervención con esta población (Caballo, 1998; Tobón y Vinaccia, 2003, Chacón y Sandoval, 2012) por tanto, fue fundamental en la ejecución de la presente práctica. De acuerdo con Ramírez (2003) este modelo ofrece una diversidad de técnicas validadas de manera práctica, las cuales interactúan mutua y equitativamente entre los pensamientos, las emociones y las conductas; teniendo como finalidad ofrecer a las personas habilidades para su autocontrol y su desarrollo personal.

En cuanto a la presentación del trabajo se describe inicialmente las necesidades detectadas en el hogar, seguido por diversos antecedentes que orientaron el desarrollo de esta práctica dirigida, así como los principales referentes teóricos. Después se encuentran los objetivos y los lineamientos metodológicos que guiaron la intervención y posteriormente los apartados referentes a los resultados, el análisis, las conclusiones, las recomendaciones y limitaciones evidenciadas en el desarrollo de este Trabajo Final de Graduación.

MARCO DE REFERENCIA

En primer lugar se describe la situación problema identificada en la institución donde se desarrolló la práctica dirigida. Se expone seguidamente los antecedentes de este trabajo, abarcando distintas intervenciones realizadas tanto a nivel internacional como nacional con la población con VIH/sida. Se realiza una contextualización del Hogar Nuestra Señora de la Esperanza, para conocer de su estructura, sus objetivos y funcionamiento y finalmente se encuentra el marco conceptual, el cual contempla los principales términos empleados en el desarrollo de este Trabajo Final de Graduación.

1. Situación problema

A pesar de todos los esfuerzos realizados para detener la expansión del VIH/sida, las estadísticas reflejan que en nuestro país, muchas infecciones siguen ocurriendo, por lo que, surge como una tarea fundamental velar por el bienestar de quienes ya viven con esta enfermedad, procurando tanto una adherencia óptima al tratamiento como un acompañamiento psicoeducativo y emocional.

Según el Ministerio de Salud (2016), en el 2015, se identificaron 84 casos nuevos con sida en el país, así como, 875 casos con VIH y se asociaron 154 muertes a esta enfermedad. Cartago es en efecto, una de las provincias más afectadas, constituyéndose en un foco de atención. En dicha provincia, la tasa de mortalidad por cada 100.000 habitantes es de 37.8, la tasa de sida corresponde a 35.8 y de VIH al 119.6.

Si bien es cierto, el número de personas con VIH ha disminuido en comparación con los inicios de esta epidemia (ONUSIDA, 2015), sigue existiendo una cantidad importante de personas que viven con esta enfermedad; y a pesar de que diversas disciplinas de la Salud y las Ciencias Sociales se han involucrado desde distintas vertientes teóricas y metodológicas

para buscar soluciones, aún quedan muchos pendientes y se encuentra una deuda importante por parte de nuestra sociedad costarricense ante esta población.

Bajo esta coyuntura, nace en Cartago el Hogar Nuestra Señora de la Esperanza, con el objetivo de ofrecer una atención de calidad tanto a sus beneficiarios internos como externos, no obstante, en esta organización el presupuesto para contratar el personal también es limitado, por lo que, el Hogar no puede responder a cabalidad las necesidades estas personas, aun contando con una infraestructura adecuada (Comunicación personal, 19 de febrero, 2016).

Asimismo, de acuerdo con la información brindada por la administradora general del Hogar, se afirma que la mayoría de los beneficiarios internos, vivieron en condición de calle, por tanto, además de los problemas per se del VIH/sida, también es fundamental considerar todos los aspectos biopsicosociales que median y afectan a la población sin hogar y en abandono por parte de sus familias.

Todas estas condiciones son de sumo interés para el abordaje psicológico, puesto que, toda modalidad de trabajo que se efectúe con ellos y ellas, debe contemplar su realidad de vida y velar, desde luego, por su bienestar. Es importante rescatar a su vez, que algunos de los beneficiarios internos no han recibido atención individual, y ni han participado de un proceso grupal (Comunicación personal, 19 de febrero, 2016), por lo que, resulta importante facilitar dichos espacios.

De igual modo, algunos beneficiarios cuentan con un importante soporte familiar, quienes se convierten en un recurso invaluable para ellos y ellas, sin embargo, no se puede obviar que la familia también se ve impactada por la enfermedad y que es fundamental consolidar espacios adecuados para recibir apoyo, acompañamiento y psicoeducación. Actualmente, no se ha consumado dicho espacio dentro del Hogar, y es considerado como

una tarea importante a realizarse en conjunto con el departamento de Trabajo Social (Comunicación personal, 19 de febrero, 2016).

Por su parte, muchos beneficiarios/as externos, se encuentran sin empleo y son víctimas de discriminación y prejuicios, esto desencadena un malestar generalizado y muchos sentimientos de frustración y sufrimiento. Ante esta situación, el Hogar ofrece mensualmente víveres a los 35 beneficiarios externos y les brinda servicios de salud, sin embargo, la psicóloga encargada comenta, solamente puede dar seguimiento individual a cinco de ellos, pues, los beneficiarios internos acaparan gran parte de su tiempo laboral, por tanto, los externos, se ven perjudicados por la ausencia de personal.

Esta problemática, no se encuentra únicamente en el Hogar, sino que también el sistema de salud público no cuenta con el personal suficiente para responder con eficacia a las demandas de los asegurados; y esta situación se complica cuando se refiere a la población con VIH/sida en condición de calle, puesto que el Estado y el sistema de salud pública y sanitario se ven impactados en cuanto a términos financieros y a nivel social.

Esta realidad a nivel macro, es importante de considerar, puesto que la CCSS invierte aproximadamente más de dos mil millones de colones (Rodríguez, 2014), en tratamiento antirretroviral al año y producto de la exclusión social que viven las personas en condición de calle, se pierde el contacto con la CCSS, abandonando el tratamiento retroviral y generando pérdidas importantes por el mal empleo del tratamiento, sin ignorar, las consecuencias psicológicas y físicas, como el fortalecimiento del virus, debido al abandono del antirretroviral.

Por tanto, una vez que se han contextualizado estas problemáticas inmersas en la población beneficiaria del Hogar, se pueden vislumbrar en términos generales algunas necesidades pertinentes de abordar, resultando esta práctica dirigida un pilar para solventar los requerimientos en atención psicológica de la población que vive con VIH/sida en el

Hogar Nuestra Señora de la Esperanza, población que ha sido invisibilizada a través de la ignorancia y el estigma.

2. Antecedentes

En el presente apartado, se retomarán las principales intervenciones realizadas tanto a nivel internacional, como nacional en torno al VIH/sida.

2.1. Antecedentes internacionales

Diversas instancias internacionales, reúnen esfuerzos para detener y revertir la propagación del VIH/sida, no obstante, su principal finalidad se orienta hacia la prevención y reducción de infecciones, y se le presta menor atención a las necesidades de la población que ya ha sido infectada.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), en conjunto con la ONUSIDA y la Organización Mundial de la Salud (OMS), proponen una nueva meta para controlar la epidemia del VIH/sida en América Latina y el Caribe para el 2020. Esta meta es llamada “90-90-90”, en alusión a los porcentajes que se estiman alcanzar en diversas áreas. Se propone primeramente, aumentar al 90% la proporción de personas con VIH que conoce su diagnóstico, también aumentar al 90% la proporción de personas bajo tratamiento antirretrovírico e incrementar al 90% la proporción de personas bajo tratamiento con carga viral indetectable (OPS, 2015).

Con el apoyo de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC), surge el Grupo de Estudio de Sida (GeSida), con el fin de promover y difundir la investigación y docencia en el ámbito de la infección del VIH para conseguir una asistencia de calidad y ofrecer tanto a los socios de SEIMC, como a otros profesionales que trabajan con la población, información en cuanto a aspectos epidemiológicos, patogénicos,

clínicos, diagnósticos, preventivos y terapéuticos de la infección por VIH y de sus complicaciones (GeSida y SEIMC, s.f.).

De igual modo, diversos autores han trabajado con esta población desde la adherencia al tratamiento, siendo ésta la temática más retomada en las intervenciones (Basteller, 2003; Martín y Grau, 2004; Villa y Vinaccia, 2006; Alcántara, 2008, Piña, Dávila, Sánchez-Sosa, Togawa y Cázares, 2008; Sánchez-Sosa, Cázares, Piña y Dávila, 2009; Grierson, Koelmeyer, Smith, Pitts, 2011; Berenguer, Polo y Rivero; 2015).

De acuerdo con Berenguer, Polo y Rivero (2015), la adherencia al tratamiento debe supervisarse por un equipo multidisciplinario, involucrando profesionales de distintas áreas entre ellos médicos, personal de enfermería, profesionales en psicología y en farmacia. Al área de psicología le compete principalmente integrar los componentes cognitivos, conductuales y afectivos relacionados con el tratamiento, pues se ha evidenciado que aquellas intervenciones que involucren dichos ejes, resultan ser las más eficaces (Knobel, Polo y Escobar, 2008).

Asimismo, rescatan que es fundamental individualizar la intervención, así como acompañar programas de modificación conductual que involucren el tratamiento como parte de las actividades cotidianas y valorar la relación médico-paciente, así como evaluar si la persona comprende realmente la importancia de la correcta adherencia al tratamiento (Knobel, Polo y Escobar, 2008)

El manejo emocional, asociado a la depresión y la ansiedad, así como las estrategias de afrontamiento también son un ámbito importante considerado al trabajar con esta población (Edo y Ballester, 2006; Vargas, Cervantes y Aguilar, 2009; Gaviria, Quiceno, Vinaccia, Martínez y Otalvaro, 2009; Wolff, Alvarado y Wolff, 2010).

De acuerdo con el Experts Panel from the Secretary of the National AIDS Plan, Spanish Society of Psychiatry, GeSida y Spanish Society of Pediatric Infectious Diseases (2016), es

fundamental que el mismo profesional en salud logre controlar las emociones, tanto propias, como las del paciente, esto mediante un entrenamiento en el manejo emocional. Asimismo, resulta primordial combinar la terapia cognitivo-conductual con la farmacológica y el apoyo psiquiátrico en aquellas situaciones donde se presenten alteraciones importantes en el estado de ánimo o comportamientos suicidas.

Tobón y Vinaccia (2003), presentan un modelo de atención psicológica en el VIH/sida, proponiendo una respuesta integral a las necesidades de esta población en los distintos momentos que se atraviesan durante la enfermedad. Este modelo, orienta pues el abordaje a realizarse con ellos y ellas, fundamentado en diversos ejes determinados según cada etapa y sus necesidades. En los siguientes párrafos se hará una descripción de los principales aportes de este estudio realizado en Colombia.

Una vez que se han comunicado los resultados de la seropositividad, surge como tarea realizar una evaluación psicológica integral, de manera que se pueda comprender el procesamiento cognitivo-afectivo y las conductas regulares de la persona con VIH/sida, para facilitar el conocimiento de sí mismo y consolidar un plan de intervención. Los objetivos en este momento son: a) Identificar mediante el auto-conocimiento fortalezas y debilidades en torno a las estrategias de afrontamiento, recursos personales y rasgos de personalidad, b) Consolidar pautas específicas de un programa de intervención para la fase asintomática de la infección, c) Determinar la intervención psicológica con base en la evolución de la infección.

En relación con las técnicas, estos autores recomiendan realizar una anamnesis, una historia clínica, una evaluación procesual del afrontamiento del estrés y una evaluación neuropsicológica. Por su parte, el área psicosocial también tiene gran peso, por lo que, en la fase asintomática, también se trabaja desde este ámbito (Tobón y Vinaccia, 2003). Los objetivos en esta etapa son los siguientes: a) Impulsar una vida normal, b) Promover

comportamientos y estrategias de afrontamiento saludables, c) Regular alteraciones emocionales, d) Trabajar los sentimientos de culpa (reconocerlos, afrontarlos, aceptarlos).

En alusión a las técnicas, ellos proponen trabajar diversos entrenamientos (en relajación, en reevaluación, reestructuración cognitiva, técnicas de autocontrol emocional, habilidades sociales y resolución de problemas). Asimismo, se orienta en cuanto a terapia sexual y de pareja, y se planifican actividades.

Por otra parte, el panorama cambia para quienes se encuentran en una fase sintomática con sida, de manera que los objetivos psicosociales varían un poco y se concretan las siguientes metas: a) Aprender a disimular los síntomas, b) Aprender a lidiar con las emociones negativas vinculadas a la sintomatología física, c) Instrumentar y capacitar en estrategias de afrontamiento al estrés, d) Reforzar las conductas de salud.

Las técnicas en esta fase giran alrededor de estos objetivos, por ejemplo, se propone trabajar desde diversos entrenamientos, así como la planificación de actividades. Finalmente, los últimos escenarios se asocian a la muerte de la persona con sida, por tanto, se busca elaborar una preparación para la muerte, los objetivos en esta fase serán: a) Controlar eventuales alteraciones emocionales, b) Promover el proceso de despedida de la persona con sida, c) Brindar apoyo emocional.

Posterior a la muerte, se busca una intervención familiar que tenga como finalidad colaborar con el proceso de pérdida, así como ofrecer un acompañamiento empático y algunas herramientas basadas en la reestructuración cognitiva (Tobón y Vinaccia, 2003).

2.2. 2.2. Antecedentes nacionales

En nuestro país, las Clínicas de VIH/sida de la CCSS, se encargan de velar por la atención integral de quienes han sido diagnosticados con dicha condición. Estas clínicas, ubicadas en los hospitales de mayor asistencia en el país, cuentan con diversos profesionales

que realizan una labor interdisciplinaria en función del bienestar de esta población (Comunicación oral, 17 de febrero, 2016).

En relación con las intervenciones realizadas por estudiantes de la UCR, se puede rescatar el trabajo realizado por Rojas (2011), desde la Escuela de Enfermería quien realizó su práctica dirigida con las personas albergadas en el Hogar Nuestra Señora de la Esperanza. Su labor consistió en implementar un programa educativo de autocuidado dirigido a la población residente del hogar.

El programa consta de diversas unidades temáticas, las cuales se desglosan a su vez en sesiones, conformando un taller que incluye dos sesiones de diagnóstico, cinco de contenido temático, abarcando materia de autoestima, autoconocimiento, estilos de vida saludables, sexualidad responsable y proyecto de vida y dos sesiones de evaluación, una intermedia y otra final.

Igualmente, en el ámbito de la Psicología, Alvarado (2008), realizó en la Clínica de Coronado una intervención sustentada en el modelo cognitivo conductual la cual, pretendía mejorar la calidad de vida de las personas seropositivas. Su trabajo se desglosa en diversas tareas paralelas, pues además de realizar intervenciones psicoterapéuticas individuales, también estructuró un programa de intervención cognitivo conductual emocional para un grupo de mujeres adultas con VIH. Este programa abarca cuatro grandes áreas: habilidades y estrategias cognitivas, habilidades de control de la activación emocional, habilidades conductuales y habilidades de afrontamiento paliativo.

Dicho programa, se divide en dos fases, la inicial, integra una entrevista conductual para conocer las reacciones ante el diagnóstico y la segunda fase corresponde a la aplicación del programa bajo una modalidad grupal. Las 12 sesiones que conforman este programa, abarcan los siguientes ejes temáticos: explicación del modelo de intervención, adherencia, técnicas de relajación y su relación con el sistema inmunológico, repertorio de conductas

saludables, expresión asertiva de emociones, redes de apoyo social, plan de actividades personales placenteras, y derechos humanos y el VIH.

Chacón y Sandoval (2012) realizaron una investigación con el fin de “diseñar un programa de intervención cognitivo conductual emocional que mejore el bienestar de personas con VIH, identificando las principales estrategias de afrontamiento funcionales para estas” (p.41). Este estudio se orientó hacia el modelo cognitivo conductual emocional y el área de la medicina conductual, y se empleó un enfoque mixto de investigación, que estuvo dividido en tres fases.

En un primer momento se realizaron entrevistas semiestructuradas a diversos profesionales en Infectología, Enfermería, Trabajo Social y Psicología con experiencia en la atención de personas con VIH. Seguidamente se realizó un cuestionario sobre estrategias de afrontamiento, el cual fue aplicado a 37 personas con VIH. La segunda fase de la investigación consistió en la elaboración del programa de intervención, mientras que, en la última fase, se realizó una valoración por criterio de expertos, tomando en consideración los aportes de tres psicólogas con experiencia trabajando con esta población.

Valga mencionar que hay un amplio bagaje de investigaciones realizadas desde el Trabajo Social en torno al VIH/sida (Güel, 1999; Güel, 2002; Guerrero y Ovarés, 2000; López y Monge, 2005; Mora y Valverde, 2006; Jiménez y Araya, 2006), así como trabajos asociados a la prevención de la infección del VIH/sida, sin embargo, propiamente intervenciones con la población portadora, existe muy poco material.

Se puede apreciar entonces, que las intervenciones realizadas con personas que tienen VIH/sida giran principalmente en torno a tres temáticas: la adherencia al tratamiento, las estrategias de afrontamiento y el manejo emocional. Si bien a nivel internacional, los esfuerzos se orientan mayormente hacia la prevención, también existen organizaciones como GeSida (s.f.), que acompañan e instrumentan con material científico a los

profesionales que trabajan con la población. Por su parte, a nivel nacional, tanto la CCSS como diversas organizaciones no gubernamentales y la Universidad de Costa Rica, son las instancias que ofrecen apoyo a la población con VIH y se encargan también de difundir información respecto a la infección y a la prevención.

3. Contextualización de la institución

En julio del 2003 la Asociación Servicio Solidario y Misionero Unidos en La Esperanza, representada por El Hogar Nuestra Señora de la Esperanza, abre sus puertas a la población portadora de VIH/sida que vive en condición de calle, en la provincia de Cartago. Esta es una ONG que reúne a sus encargados en el interés cristiano y bajo la inspiración del evangelio, el cual les invita a trabajar por esta población tan estigmatizada.

Como ya se mencionó, muchas de las personas albergadas en el Hogar carecen de apoyo familiar, por lo que, desde la institución se prioriza darles orientación y seguimiento en torno a un abordaje integral, así como espiritual, ofreciendo una variedad de servicios (vivienda, alimentación, ropa, atención psicológica, odontológica, médica, terapia física), de manera gratuita. Es importante enfatizar que el hogar desarrolla una labor durante las 24 horas del día, velando por los cuidados y las necesidades de esta población y esto es posible, gracias al personal de la institución, así como por los voluntarios/as que de manera solidaria ayudan en el hogar.

Refiriéndose propiamente a la población beneficiaria, es fundamental hacer la distinción entre los dos tipos de beneficiarios: los internos son los que se albergan en el Hogar y los externos, son los que viven con sus familias, pero el Hogar los apoya cada mes con víveres, ofreciéndoles servicios de salud y habilitando un espacio de reunión mensual, donde se ofrecen talleres psicoeducativos, de crecimiento espiritual, recreativos, de apoyo o informativos. Aproximadamente, hay un total de 55 personas beneficiarias, con diferentes

edades (entre los 25 y los 75 años) y es importante rescatar que no todos son de Cartago, sino que llegan remitidos de diversos hospitales en distintas áreas del país.

El hogar es dirigido por una Junta Directiva y tres comisiones: a) la Comisión de Visitadores/as, la cual se encarga de trabajar con los beneficiarios externos; b) la Comisión de Divulgación y Promulgación, responsable de llevar charlas a empresas, colegios, entre otras instituciones que solicitan información acerca del VIH/sida; y c) la Comisión de Finanzas, que se encarga de programar actividades con la finalidad de generar ingresos para responder a las demandas del Hogar, en conjunto con los aportes económicos de la Junta de Protección Social. Estas comisiones están conformadas por voluntarios/as.

Los objetivos del Hogar Nuestra Señora de la Esperanza son los siguientes

- ❖ Ofrecer atención integral: médica, odontológica, alimentaria, psicológica, espiritual y social a las personas con VIH internadas en el Hogar Nuestra Señora de la Esperanza, para su recuperación y reinserción a la vida familiar, laboral y social.
- ❖ Promover la formación y capacitación permanente del personal contratado y del voluntariado que trabaja en el Hogar, de acuerdo con los lineamientos del Ministerio de Salud y con los principios evangélicos que orientan al servicio solidario y misionero.
- ❖ Afianzar la obtención de recursos financieros para un eficiente funcionamiento y mantenimiento del Hogar, con el apoyo de la Junta de Protección Social, de organizaciones y grupos de la comunidad.

Igualmente, se considera menester mencionar en este apartado otras entidades que trabajan con población con VIH. Se encuentra como instancia adscrita al Ministerio de Salud, el Consejo Nacional de Atención Integral al VIH/sida (CONASIDA) éste constituye la máxima instancia a nivel nacional encargada de recomendar las políticas y los programas

de acción del sector público, relacionada con temáticas concernientes al VIH/sida, por lo que, inscribe a todas las organizaciones con personería jurídica que trabajan con esta población y los involucra activamente en diversos eventos de participación social (CONASIDA, 2013).

Por otra parte, existen otras organizaciones no gubernamentales que trabajan con personas que viven con VIH/sida. El Hogar de la Esperanza, es una de dichas organizaciones, actualmente, ésta alberga a 28 personas que no poseen los recursos familiares, económicos, ni sociales para sobrellevar su infección. Muchos de ellos son transgénero, han vivido un proceso de callejización, son trabajadores/as sexuales y tienen problemas de consumo de sustancias. Esta ONG busca ofrecer un espacio desde la reducción del daño y el modelo ECO 2: Epistemología de la Complejidad y Ética Comunitaria (Richard, Bonilla y Navarro, 2012).

El Hogar Nuestra Señora del Carmen, es también una ONG, que fue creada en 1991, con el objetivo de ayudar a personas sin hogar y portadores de VIH/sida. Este Hogar inicialmente se llamó “Hoy por Ti”, y se ubica en La Uruca (Alfaro y Soto, 2006). De igual modo, Misericordia Hoy, es un albergue para personas en esta misma situación, el cual es dirigido por varias religiosas de una comunidad católica.

4. Marco Conceptual

A continuación se realizará una descripción de aquellos conceptos considerados fundamentales dentro de la realización de la práctica dirigida.

4.1 VIH/sida.

En la década de los años 80 un nuevo padecimiento apareció con fuerza, afectando indistintamente a la población mundial. Inicialmente, esta enfermedad se asociaba a hombres que tenían sexo con hombres y quienes lo padecían eran severamente juzgados, además de que se conocía muy poco acerca de esta, su transmisión y tratamientos, así progresivamente iban en aumento sus víctimas. Según Quinn (1988) a partir de 1981 cuando se identificó el sida como un nuevo síndrome, sin embargo, el desconocimiento era mucho y su propagación fue masiva.

Los términos VIH y sida, se suelen utilizar erróneamente de manera indistinta, por lo que, es importante realizar la aclaración. El virus que causa el sida es el VIH (Virus de Inmunodeficiencia Adquirida) y recibe ese nombre porque el VIH infecta el sistema inmunitario, debilitándolo. Por su parte el sida (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida) es una enfermedad que destruye las células T y macrófagos en el sistema inmune, haciendo a las personas vulnerables ante una gran diversidad de enfermedades bacterianas, virales y malignas. Asimismo, se están reuniendo esfuerzos para que el término correcto y aceptado por las distintas instancias de salud a nivel mundial sea la enfermedad avanzada por VIH y abandonar el término sida (Alcamí y Coiras, 2011), no obstante, aún no se ha generado un consenso definitorio del término.

El tratamiento en esta infección consiste en el control de la proliferación del virus mediante los medicamentos antirretrovirales y el tratamiento de las enfermedades que se

manifiestan como resultado del bajo funcionamiento inmune, las conocidas como enfermedades oportunistas (Brannon, Feist y Updegraff, 2014).

Estudios recientes, han identificado tres fases por las que atraviesa la infección por VIH: la infección aguda, la infección crónica y el estadio avanzado de la enfermedad (Alcamí y Coiras, 2011; León-Naranjo, 2014; De La Torre y Arazo, 2017). Anteriormente se identificaban cuatro etapas de la misma: la infección inicial, la fase ventana, la fase asintomática y la fase sintomática (Abbas, Lichtman y Pober, 2000; Espada, Lloret, García, Gázquez y Méndez, 2006; Sánchez, 2001; citados en Chacón y Sandoval, 2012).

A continuación se describen los estadios de la infección, según Alcamí y Coiras (2011), Naranjo-León (2014) y De La Torre y Arazo (2017).

Infección reciente o infección aguda

Tras el contacto con el virus de inmunodeficiencia humana, se comienza un período “ventana” el cual tiene una duración de 4 a 12 semanas, que corresponde a la fase de primoinfección y durante el cual no es viable detectar la presencia de una respuesta humoral ni celular frente al VIH. En esta fase, el virus se propaga con velocidad a partir de un pequeño número de células infectadas y esto desencadena la destrucción masiva de los linfocitos CD4 activados. Suelen presentarse algunas sintomatologías similares a una gripe como por ejemplo dolor de cabeza, de garganta, fiebre, o inflamación linfática de manera generalizada y persistente, no obstante, otros no presentan mayor malestar.

Infección crónica

Esta fase, inicia posterior a la semana 12 después del contacto inicial con el virus y puede mantenerse durante años, en un promedio entre 7 y 12. También es llamada infección asintomática por el VIH o fase de latencia clínica. En esta etapa, el sistema inmunitario

pierde progresivamente su capacidad de control sobre el VIH, por medio de dos mecanismos: uno de ellos asociado a las variantes de escape, pues éstas infectan y destruyen linfocitos CD4, y por otra parte, se presenta una replicación viral mantenida, la cual provoca una activación continua del sistema inmunitario, lo que genera alteraciones en la maduración y activación de linfocitos CD4 y un envejecimiento precoz del sistema inmunológico. Se pueden presentar algunas categorías clínicas de acuerdo con los Centros para el Control y Prevención de enfermedades (citado en De La Torre y Arazo, 2017), entre ellas fiebre menor a 38,5 grados celsius o diarrea de una duración de más de un mes, también neuropatía periférica y enfermedad pélvica inflamatoria.

Estadio avanzado de la enfermedad

En esta fase aparecen infecciones y/o enfermedades oportunistas, pues debido al deterioro progresivo del sistema inmunológico, se presenta un descenso del número de linfocitos CD4 y en relación con la propagación virológica, se eleva la carga viral, lo que finalmente da como resultado una incapacidad del sistema inmune para controlar la replicación viral persistente y la persona con esta condición de salud, alcanza el punto crítico de deterioro inmunológico, permitiendo la infección por gérmenes y originando la instauración de la enfermedad.

Igualmente, se pueden presentar diversos padecimientos desencadenados por bacterias como infecciones micobacterias atípicas, infección por Salmonella recurrente, por virus por ejemplo la infección por citomegalovirus o virus del herpes simple, por hongos (candidiasis, tanto diseminada como del esófago, tráquea o pulmones), por protozoos, por procesos crónicos como la bronquitis y la neumonía, por procesos asociados directamente con el VIH, como la demencia asociada con el VIH, la leucoencefalopatía multifocal progresiva o el

síndrome de desgaste. Asimismo, tumores, especialmente el linfoma inmunoblástico, linfoma cerebral primario o linfoma de células B (De la Torre y Arazo, 2017).

4.2. Adherencia al tratamiento

Según Brannon, Feist y Updegraff (2013), la adherencia es un concepto complejo, el cual corresponde al grado en que una persona es capaz y está en disposición de seguir las indicaciones médicas y de la salud. Esta concepción de adherencia, trasciende la definición en la cual se asociaba únicamente con el uso adecuado de los medicamentos, sino que, incluye las decisiones que las personas tomen para mantenimiento de prácticas propias de una vida saludable, asociadas con la actividad física, la alimentación, el manejo del estrés, así como la modificación de aquellas conductas perjudiciales como el consumo de drogas o el abuso del alcohol.

Es fundamental considerar que, para una óptima adherencia al tratamiento es indispensable un asesoramiento válido, así como un compromiso por parte de la persona para seguir dicha recomendación. De igual modo, la falta de adherencia puede aumentar las probabilidades de presentar problemas de salud o incluso la muerte, por tanto, desde la psicología de la salud se busca comprender las barreras que dificultan que las personas se adhieran, así como la dificultad en el mantenimiento de estilos de vida saludables y las creencias erróneas entorno al asesoramiento y el seguimiento (Brannon, Feist y Updegraff, 2013).

4.3. Estrategias de afrontamiento

A partir de la definición brindada por Lazarus y Folkman (1986, citados en Vargas, Cervantes y Aguilar, 2009), el afrontamiento serían aquellos esfuerzos cognoscitivos-

conductuales que frecuentemente se modifican y permiten manejar las demandas específicas, ya sean externas o internas, y que son percibidas por las personas como desbordantes o amenazantes ante sus propios recursos.

Según Sarafino y Smith (2012), el afrontamiento es un proceso dinámico, es decir, involucra evaluaciones y reevaluaciones en los que se ajustan los cambios en la relación persona-ambiente. De igual modo, el afrontamiento puede centrarse en el problema o en la emoción; de manera que el primero se enfoca en alterar el problema que causa estrés y el segundo se orienta a la regulación de la respuesta emocional al problema.

Se afirma que las estrategias de afrontamiento son el proceso mediante el cual las personas intentan gestionar las discrepancias entre las demandas percibidas y los recursos con que se cuentan ante una situación estresante. Dichos esfuerzos representan una amplia gama de conductas y pueden estar orientados a corregir el problema, a modificar la percepción de las discrepancias, a aceptar el daño, o la amenaza o evitar la situación (Lazarus y Folkman, 1984; Carver y Connor - Smith, 2010, citados por Sarafino y Smith, 2012).

Por su parte, Chacón y Sandoval (2012), definen las estrategias de afrontamiento como “procesos cognitivos, emocionales y/o conductuales que se utilizan para cambiar la situación que ha sido evaluada como amenaza o para disminuir el malestar emocional causado por la amenaza en la persona” (p.28).

Dichas estrategias pueden variar dependiendo de la persona y pueden estar enfocadas a la emoción o al problema. Asimismo, pueden ser clasificadas como funcionales, mixtas o disfuncionales (Chacón y Sandoval, 2012), de acuerdo con su efectividad en tres ámbitos: en el funcionamiento social, en el aspecto moral y en la salud de la persona (González y Padilla, 2006).

Las estrategias de afrontamiento que utilizan las personas con VIH en Costa Rica, fueron identificadas por Chacón y Sandoval (2012), en la investigación ya descrita en los antecedentes nacionales. Estas autoras encontraron 6 estrategias de afrontamiento funcionales, 3 estrategias de afrontamiento disfuncionales y 3 estrategias de afrontamiento mixtas, las cuales serán descritas a continuación.

Estrategias funcionales:

Ocultar estratégicamente el diagnóstico: consiste en hacer una selección cuidadosa de a quienes se les da a conocer la condición de salud, considerando las consecuencias de la revelación de la información, así como valorando si es posible evitarlo o enfrentarlo de alguna otra manera, evitando así las consecuencias negativas de la discriminación. Requiere adquirir habilidades para disimular que se encuentra en un proceso médico, sin abandonarlo, así como un ocultamiento estratégico, no total. Esta estrategia se encuentra dirigida al problema.

Lucha por el bienestar: consiste en tomar acciones conductuales, cognitivas y emocionales para adaptar la condición de salud a su cotidianidad y a su vez, actuar con responsabilidad y compromiso ante el proceso médico, consigo mismo/a para mantener un estado óptimo de salud y darle continuidad al proyecto de vida. Esta estrategia se encuentra dirigida al problema.

Reevaluación positiva: permite identificar aspectos positivos que puede traer la condición de salud a su vida, mediante la evaluación del problema desde otra perspectiva. También implica buscar nuevas alternativas y opciones para hacerle frente a la infección y considerar

posibilidades de crecimiento personal con las que no contaría, de no ser por el diagnóstico. Esta estrategia se encuentra dirigida a la emoción.

Afrontamiento espiritual: se presenta independientemente del contexto de una religión y consiste en apoyarse en un ser superior para hacer frente a la condición de salud así como a las situaciones asociadas a esta. Se convierte pues, este ser superior en una fuente de seguridad y un recurso para controlar su malestar emocional. Esta estrategia está dirigida a la emoción.

Búsqueda de información: orientada a la emoción, esta estrategia consiste en acudir a diversas fuentes de información para conocer más acerca de la infección o la situación particular que esté enfrentando, logrando incluso corregir mitos, conocer y comprender la condición de salud y eliminar la incertidumbre.

Búsqueda de apoyo: consiste en acercarse a otras personas, ya sean familiares, pareja, amistades, profesionales de la salud, instituciones u otras personas que viven con VIH, para sentirse mejor. Es una estrategia orientada a la emoción.

Estrategias mixtas:

Afrontamiento religioso: consiste en asumir conductas y cogniciones propias del contexto de una religión que pueden resultar contraproducentes para el tratamiento de la persona, por ejemplo tomar una actitud pasiva esperando una sanación o abandonando su tratamiento por asumir ritos propios de la práctica religiosa. Resulta funcional en aquellas ocasiones en las que la persona se apoya en su religión mientras realiza acciones para afrontar sus situaciones. Esta estrategia se encuentra dirigida a la emoción.

Negación: se presenta cuando la persona no acepta su diagnóstico y por tanto no toma ninguna acción para cuidar su salud. A su vez, puede resultar funcional, cuando de manera intencional, la persona niega que tiene el diagnóstico en situaciones específicas sin desatender las conductas de cuidado necesarias para su salud. Esta estrategia está orientada a la emoción.

Evitación: se presenta cuando la persona no toma medidas para afrontar su condición de salud y elude pensamientos al respecto. Esta estrategia orientada a la emoción, puede resultar disfuncional cuando las acciones para evitar los pensamientos impliquen abandonar el tratamiento, mientras que, cuando se emplea para limitar el malestar emocional, resulta funcional.

Estrategias disfuncionales:

Rumiación-fatalismo: esta estrategia orientada a la emoción, se asocia a la presencia de pensamientos repetitivos, donde predomina la creencia de que no hay soluciones posibles y se caracteriza por el catastrofismo, lo que aumenta el estrés, el malestar emocional y puede asociarse a conductas perjudiciales para la salud.

Dependencia: consiste en acciones que toma la persona que vive con VIH, en las que deposita la responsabilidad de sí mismo/a y del cuidado de su salud, en otras personas. Esta estrategia orientada a la emoción, resulta disfuncional pues el bienestar de la persona que vive con VIH es lograda en función de que otros atiendan sus conductas de cuidado.

Conductas de riesgo: son acciones que efectúa la persona para obtener un alivio momentáneo, pues le ayuda a sentirse mejor, no obstante atentan contra su salud y su

integridad, además de que no controla, ni resuelve los problemas. Esta estrategia orientada a la emoción fue clasificada en dos tipos de conducta de riesgo, una asociada al consumo de sustancias y otra a mantener relaciones sexuales sin protección.

4.4. Manejo emocional

De acuerdo con Vargas, Cervantes y Aguilar (2009), el hecho de recibir un diagnóstico de VIH positivo puede desencadenar fuertes reacciones emocionales, por lo que, es prioritario dar cabida a la expresión emocional, así como brindar herramientas para la contención y abordaje oportuno a nivel socio-afectivo-emocional. Estos autores advierten que al inicio hay un estado de choque y de negación, que eventualmente pueden alternarse con sentimientos de miedo, culpa, ira, tristeza y desesperanza. Incluso, algunas de estas personas con VIH/sida pueden tener ideaciones suicidas, así como sintomatología depresiva y una alta incidencia de ansiedad.

Alcántara (2008), rescata que las personas con VIH/sida, experimentan sentimientos asociados a la discriminación, la estigmatización, el deterioro de la calidad de vida, la vergüenza, la culpa, la impotencia, el miedo a la muerte, así como también perciben amenazas ante la pérdida de su estatus a nivel familiar y económico. De este modo, Antela (2004), propone que el apoyo emocional debe ser una labor importante dentro del abordaje terapéutico, puesto que se debe ayudar a la persona a aceptar la enfermedad, así como ofrecerle orientación para comunicar su diagnóstico a otras personas.

4.5. Psicoeducación

Según Colom (2011) la psicoeducación consiste en ofrecer a la persona herramientas que le faciliten ser más proactivo en la comprensión y el tratamiento de su condición de salud. No consiste solamente en ofrecer información, sino que se extiende mucho más y busca modificar actitudes o comportamientos de la persona "que le permitan una mejor adaptación a la enfermedad, mediante cambios en su estilo de vida, en sus cogniciones acerca de la enfermedad, en la adhesión al tratamiento, en el manejo de los desencadenantes o en la detección precoz de recaídas" (Colom, 2011, p.150).

4.6. Intervención en crisis.

De acuerdo con Slakieu (1994) una crisis se caracteriza por ser un estado temporal de trastorno y desorganización, en el cual, la persona es incapaz de manejar diversas situaciones empleando los métodos a los que con frecuencia recurre para la solución de problemas. El diagnóstico de la seropositividad y el vivir con esta condición de salud, resulta para muchas personas una crisis tal cual, por tanto, la importancia de estos abordajes para con esta población (Vargas, Cervantes y Aguilar, 2009).

Las pautas de intervención del modelo de abordaje en crisis son las siguientes: a) proporcionar apoyo, b) reducir la mortalidad y c) proporcionar un enlace con distintas fuentes de asistencia. Éstas, junto con los primeros auxilios psicológicos (realizar un contacto psicológico, examinar las dimensiones del problema, analizar las posibles soluciones, ejecución de la acción correcta y el seguimiento), son los recursos que sustentan la intervención en crisis (Slakieu, 1994).

4.7. Psicología de la Salud

Esta disciplina de la psicología enfatiza primordialmente en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, mediante la comprensión de las conductas y los estilos de vida que pueden afectar la salud de las personas. Este ámbito también involucra la identificación de factores de riesgos, la prevención y el tratamiento de enfermedades, así como busca mejoras en el sistema de salud y en la formación de opinión pública en cuanto a ésta. Fundamentalmente, dentro del quehacer en dicha área se busca por sobre todo, mejorar la salud mediante la aplicación de principios psicológicos a la salud física de los beneficiarios (Brannon, Feist y Updegraff, 2013).

4.8. Modelo Cognitivo Conductual

Este modelo, de acuerdo con Labrador (2009), tiene como objeto de estudio y de intervención la conducta, ya sea esta privada o pública, y le presta particular importancia a la relación existente entre la conducta y el entorno. Asimismo, se reconoce la suma relevancia de la actividad cognitiva y del repertorio emocional en su relación con el comportamiento.

Los planteamientos de Ramírez (2003), describen que el modelo cognitivo conductual emocional, es un sistema terapéutico que se caracteriza por intervenir a nivel contextual en la persona, de modo que, busca modificar de manera sistemática, la conducta, los pensamientos y las emociones de las personas, correspondiendo estos a los tres niveles interactivos de respuestas: conductual, cognitivo y emocional, respectivamente.

Estos tres componentes se trabajan en interacción mutua y equitativa y se busca, mediante el empleo de procedimientos empíricamente validados, que la persona cuente con

las herramientas y habilidades necesarias para ejercer de manera efectiva su autocontrol, incidiendo positivamente en su desarrollo (Ramírez, 2003).

Igualmente, en el modelo cognitivo conductual se parte de la premisa de que la persona tiene la capacidad de modificar sus pensamientos, comportamientos y sentimientos; pues éstos son aprendidos y pueden ser tanto funcionales como disfuncionales. La evaluación a lo largo de la intervención es fundamental y se enfatiza en el proceso en aspectos como las relaciones ambiente-conducta y variables orgánicas o personales (Chacón y Sandoval). Se ha evidenciado que la modificación de conductas y la intervención en las cogniciones facilitan resultados terapéuticos eficaces en diversas poblaciones, entre ellas, personas con VIH/sida (Caballo, 1998; Tobón y Vinaccia, 2003; Labrador, 2009; Berenguer, Polo y Rivero, 2015).

Finalmente es necesario repasar los conceptos básicos de esta intervención, empezando con la descripción del VIH/sida, condición de salud que posee la población beneficiaria con la que se trabajó, siendo prioritario conocer respecto a la infección. De igual modo, los grandes ejes de abordaje fueron la adherencia al tratamiento, las estrategias de afrontamiento y el manejo emocional, como temáticas esenciales de abordar.

Estos contenidos resultan fundamentales, pues además de que diversos autores ya mencionados aluden a que son primordiales para intervenir con personas con este diagnóstico, los mismos beneficiarios y beneficiarias demandaron la intervención profesional y el acompañamiento en dichas temáticas.

Por su parte, la psicoeducación, es otro de los conceptos desarrollados pues fue un pilar en todas las modalidades de intervención de esta práctica dirigida y la intervención en crisis, resultó un modelo muy útil para intervenir en algunas situaciones específicas. Asimismo, el enfoque bajo el cual se enmarcó la intervención y del cual se desprendieron las técnicas y

herramientas para los distintos abordajes fue el enfoque cognitivo conductual, encuadrado dentro del área de Psicología de la Salud.

OBJETIVOS

A continuación se encuentran los objetivos que orientaron las intervenciones realizadas en la presente práctica dirigida.

1. Objetivos Generales

1.1. Desarrollar competencias profesionales en el área de Psicología de la Salud aplicando técnicas cognitivo conductual en procesos de atención psicoterapéutica individual y atención psicoeducativa y de crecimiento personal, en una modalidad grupal, a población con VIH/sida.

1.2. Desarrollar competencias profesionales aplicando técnicas cognitivo conductual en procesos acompañamiento emocional y psicoeducativo a familiares de personas con VIH/sida.

2. Objetivos Específicos

2.1. Facilitar atención psicoterapéutica individual desde el área de Psicología de la Salud aplicando técnicas cognitivo conductual a los beneficiarios internos y externos del Hogar Nuestra Señora de la Esperanza.

2.2. Fortalecer las estrategias de afrontamiento con que cuentan los beneficiarios del Hogar, mediante la impartición de talleres psicoeducativos y en los procesos psicoterapéuticos individuales.

2.3. Incentivar una adherencia óptima al tratamiento en los beneficiarios del Hogar, mediante información y psicoeducación en torno al VIH/sida.

2.4. Facilitar el desarrollo personal, la expresión emocional y el establecimiento de vínculos mediante un espacio de interacción grupal.

2.5. Proveer acompañamiento emocional y psicoeducación de acuerdo con el modelo cognitivo conductual a las familias que tienen un miembro portador/a de VIH/SIDA para lograr un adecuado manejo emocional y un espacio de psicoeducación en torno a la enfermedad.

3. Objetivos Externos

3.1. Contribuir con la visibilización de la población que vive con VIH/sida en el país.

3.2. Contribuir al bienestar de la población con VIH/sida, así como con los sistemas de salud pública y sanitaria.

3.3. Visibilizar los aportes de la Psicología de la Salud al desarrollar competencias profesionales en las diferentes modalidades de intervención con la población con VIH/sida y sus familiares.

MARCO METODOLÓGICO

1. Población meta, beneficiarios directos e indirectos

Esta intervención se realizó con las personas beneficiarias del Hogar Nuestra Señora de la Esperanza, incluyendo tanto población beneficiaria interna como externa y las familias de estos. En promedio, las edades de esta población rondan entre los 30-50 años, aun así, se encuentra una persona menor de edad y una persona adulta mayor. También se localizan hombres y mujeres de distintas partes del país, así como extranjeros, siendo una población muy heterogénea. De igual modo, la comunidad cartaginesa, el personal responsable del Hogar y el equipo de voluntariado que labora en la organización, serán los beneficiarios indirectos de esta intervención.

2. Estrategia de intervención

Se realizaron tres modalidades de intervención: la atención psicoterapéutica individual, la atención psicológica grupal (en modalidad de talleres) y el acompañamiento emocional y psicoeducativo a familiares. Cada una de ellas incluyó una evaluación inicial y una final, y se abordaron temáticas transversales a la intervención como la adherencia al tratamiento, el manejo emocional, las estrategias de afrontamiento y la psicoeducación. Es importante recalcar que se trabajó desde la Psicología de la Salud con técnicas cognitivo conductuales.

La atención psicoterapéutica individual pretendió responder a las necesidades particulares de la persona portadora de VIH/sida que consultaba, mediante la contención emocional, la orientación en la adherencia al tratamiento, la información certera y la

elaboración en conjunto de estrategias básicas para sobrellevar su infección. Asimismo, en situaciones que lo requirieron se realizó intervenciones en crisis.

Se desarrollaron dos intervenciones grupales. Un primer taller de adherencia al tratamiento, cuyas sesiones incluían información y psicoeducación con respecto al VIH/sida, en cuanto al modo de transmisión, las diferencias entre el virus y la enfermedad, las distintas fases que se atraviesan con la infección, la alteración en el sistema inmunológico, la influencia del estrés, así como la importancia y las ventajas de una adecuada adherencia al tratamiento y a un estilo de vida saludable y las estrategias de afrontamiento al VIH.

En cuanto al desarrollo de las sesiones, se puede recalcar que además del componente psicoeducativo, se prestó particular importancia a los esquemas cognitivos de los participantes en cuanto a las temáticas abordadas y se enfatizó en las modificaciones conductuales para incidir en su bienestar. Asimismo, la intervención en el área emocional fue constante y se trabajó mucho la validación, la escucha y el reconocimiento de aquellas cualidades que evidencian en su cotidianidad para seguir adelante.

La organización temática de las sesiones fue la siguiente:

Número de la sesión	Temática abordada
Sesión 1	Evaluación inicial, bienvenida y encuadre.
Sesión 2	Psicoeducación en cuanto al VIH y el sida. Importancia del tratamiento antirretroviral.
Sesión 3	Relación entre el estrés, el VIH/sida y el sistema inmunológico.
Sesión 4	Estrategias de afrontamiento al VIH.
Sesión 5	Relación entre pensamientos, conducta y emoción. Espacio solicitado por un beneficiario: Ley 7771.
Sesión 6 (extra)	Espacio de escucha y contención por la situación de salud delicada de varios beneficiarios.
Sesión 7	Repertorio de conductas saludables.

Sesión 8	Repertorio de conductas saludables.
Sesión 9	Actividades placenteras y consecuencias negativas de las conductas de riesgo.
Sesión 10	Prevención de recaídas y evaluación final.

Con respecto a la segunda intervención grupal se trabajó el taller de desarrollo personal, buscando un espacio apropiado para el fortalecimiento de vínculos y el autocuidado. La premisa de estas actividades reside en que la persona es más que la enfermedad y por tanto, es fundamental buscar espacios que le permitan desarrollarse en función de sí misma, por lo que, la lucha por el bienestar, fue un pilar fundamental en esta intervención

Se propuso por tanto, el fortalecimiento de habilidades sociales (Chacón y Sandoval, 2012), para mejorar su bienestar y la convivencia a lo interno del hogar, así como una preparación para el egreso del este. A continuación se encuentra el abordaje temático realizado en este espacio grupal:

Las temáticas desarrolladas fueron las siguientes:

Número de la sesión	Temática abordada
Sesión 1	Evaluación inicial, encuadre. Conductas de autocuidado.
Sesión 2	Lucha por el bienestar: Caso de Mario (Anexo 1).
Sesión 3	Continuación de las conductas de autocuidado.
Sesión 4	Asertividad para la convivencia.
Sesión 5	Celebración del día internacional la lucha contra el VIH/sida.
Sesión 6	Lucha por el bienestar. Cine foro.
Sesión 7	Lucha por el bienestar. Continuación del cine foro.
Sesión 8	Asertividad. Preparación para el egreso del hogar.
Sesión 9	Evaluación final. Cierre y agradecimiento.

Finalmente, con respecto a la atención a familiares, se trabajó individualmente con cada familia desde la psicoeducación, la sensibilización, la contención y el manejo emocional, así como se ofreció un acompañamiento en general sobre la vivencia social y familiar de la infección. Igualmente en algunos casos fue pertinente trabajar otras temáticas y se ofrecieron estrategias conductuales de acuerdo con la necesidad identificada. Estas familias asistieron al hogar en un horario por convenir, en algunas ocasiones fue semanal, otras quincenal con una duración promedio de una hora y media.

3. Definición de actividades, funciones, tareas básicas y productos

Las diversas actividades realizadas en esta práctica, se efectuaron dentro de la institución, exceptuando las visitas a domiciliarias, que por las particularidades de la familia, se atendió en su casa de habitación. A continuación se hará un desglose de las actividades realizadas según los objetivos específicos planteados en esta práctica dirigida.

Actividad	Funciones	Tareas	Productos
Individual.	Se acompañó procesos psicoterapéuticos individuales.	-Se coordinó con funcionarias del Hogar para la asignación de personas por atender. -Se realizaron tareas propias del proceso terapéutico.	Se confeccionó un expediente de cada una de las personas atendidas.
Individual.	Se ahondó en aspectos asociados a las estrategias de afrontamiento (grupal e individualmente).	-Se identificaron las estrategias de afrontamiento. -Se ofreció información y psicoeducación. -Se conocieron las percepciones y emociones asociadas a dichas estrategias.	Se aplicó el cuestionario sobre estrategias de afrontamiento (Anexo 2) y se adjuntó al expediente del beneficiario/a. Se llevó registro escrito de los acontecimientos

			más importantes de la sesión grupal.
Individual y grupal.	Se fortaleció la adherencia al tratamiento (individual y grupalmente)	<ul style="list-style-type: none"> -Se realizó una evaluación general en cuanto a la adherencia. -Se brindó información relevante y certera en cuanto al VIH/sida. -Se promovió la adherencia al tratamiento antirretroviral, así como los estilos de vida saludable. -Se aplicaron técnicas de modificación conductual para fortalecer los hábitos de adherencia. 	<p>Se aplicó pre y post tratamiento el cuestionario para la evaluación de adherencia al tratamiento (Anexo 3). Éstos se encuentran adjuntos en los expedientes (atención individual).</p> <p>Se llevó registro de los acontecimientos más importantes de la sesión grupal.</p>
Grupal.	Se implementó un taller para el desarrollo personal y el fortalecimiento de vínculos.	<ul style="list-style-type: none"> -Se facilitó la expresión de emociones. -Se trabajó la asertividad para el fortalecimiento de redes sociales a lo interno del grupo. -Se enfatizó en la lucha por el bienestar y las conductas de autocuidado. 	Se llevó una bitácora que contenía los resultados de la sesión grupal.
Familiar.	Se brindó acompañamiento emocional y psicoeducativo. Se ofrecieron algunas estrategias conductuales.	<ul style="list-style-type: none"> -Se coordinó con el Comité de Visitadores y la psicóloga de la institución la asignación de las familias por atender. -Se definió el encuadre terapéutico, así como las metas de la intervención. 	Se confeccionó un expediente por cada familia atendida.

5. Definición de las relaciones interdisciplinarias

Las relaciones interdisciplinarias son primordiales para el manejo profesional en el ámbito de la salud, en VIH/sida propiamente, a partir de lo planteado por Chacón y Sandoval (2012), “la interdisciplinariedad, la integralidad y el respeto son las características que se recomiendan para cualquier intervención con la población” (p.65), por tanto, un adecuado abordaje se concretiza con el esfuerzo de profesionales en distintas áreas.

Coordinar y trabajar en equipo resaltan como tareas fundamentales, sobre todo, considerando los múltiples servicios que brinda el Hogar, como la terapia física, enfermería y trabajo social. Ésta última disciplina adquiere gran interés por cuanto la atención a familiares se hará de manera integral, de modo que las familias serán seleccionadas por el Comité de visitantes y se realizará un trabajo paralelo entre ambas. Igualmente, la coordinación con terapia física fue prioritaria para el abordaje de un caso particular, el cual será comentado en el apartado de los resultados.

6. Definición del sistema de supervisión

Quincenalmente se le presentó a la asesora técnica el planeamiento de las tareas a desempeñar en las próximas dos semanas, de modo que la Licda. Cindy Luna estuvo al tanto de las labores que se iban a efectuar, así como se le entregó una síntesis de los abordajes realizados en la quincena anterior. Igualmente, la oficina era compartida por lo que, la comunicación fue muy constante y fluida.

Las supervisiones con la directora la Licda. Alicia Sandoval fueron mensuales, inicialmente presenciales y luego virtuales y cada quince días se envió un breve informe que

describía las labores realizadas, los resultados obtenidos y el planeamiento de las siguientes dos semanas. Asimismo, en los casos que fue necesario, se contactó por vía telefónica.

De igual modo, la realimentación de los otros miembros del equipo asesor fue fundamental, por lo que, el 30 de cada mes, la Licda. Arianna Ortiz y la Dra. Ana María Jurado, recibieron vía correo electrónico un informe que reflejaba el desarrollo de esta práctica. Sus aportes fueron tomados en cuenta para la ejecución de las futuras intervenciones y éstos fueron avalados por la asesora técnica.

7. Proceso de evaluación

Las labores desempeñadas en el Hogar fueron evaluadas por la asesora técnica, la Licda. Cindy Luna. Estas evaluaciones se realizaron una vez al mes y consistieron en un instrumento de valoración con determinados criterios, organizados en una escala tipo Likert, asimismo, contenía un espacio para realizar abiertamente las observaciones que considerara atinadas. Dicho instrumento se encuentra en el Anexo 4. Por otra parte, la directora, la Licda. Alicia Sandoval brindó su acompañamiento e hizo las devoluciones pertinentes para mejorar el desempeño de la practicante, por su parte, las lectoras también hicieron los señalamientos que consideraron necesarios.

Con respecto a las modalidades de intervención, cada una tuvo su propia evaluación. En cuanto a los procesos individuales, las evaluaciones aplicadas, fueron variando dependiendo de los casos, pero se aplicó entre ellas instrumentos como el cuestionario sobre estrategias de afrontamiento (anexo 2), cuestionario para la evaluación de adherencia al tratamiento (anexo 3), cuestionario para la evaluación del conocimiento acerca del VIH (instrumento diseñado por la psicóloga y el médico del Hogar, de uso oficial en el mismo), la escala de

depresión de Beck y los resultados de los exámenes de laboratorio para evaluar la cantidad de CD4 en sangre.

Estas evaluaciones se aplicaron pre y post tratamiento. Igualmente, a lo largo de las intervenciones se evaluaron mediante unidades subjetivas de bienestar, así como la observación y la evaluación de otros profesionales involucrados.

Por su parte, la modalidad grupal también tuvo sus procesos de evaluación, tanto en el taller de adherencia al tratamiento y el de desarrollo personal. Se dedicó una sesión inicial y otra final en cada taller para realizar algunas preguntas básicas para detectar el conocimiento de los beneficiarios en las temáticas por desarrollarse o que, ya fueron trabajadas, en el caso de la evaluación de cierre. También en la última sesión se facilitó un espacio para que verbalmente ellos conversaran de aquellas modificaciones conductuales que han asumido para mejorar su calidad de vida, en función de las temáticas abordadas.

Al iniciar cada sesión se abría un espacio para identificar los conocimientos previos de los participantes en cuanto al tema correspondiente a esa sesión y partir de ahí para el desarrollo de la temática. Esta evaluación permite identificar aquellas áreas en las que se debe enfatizar. Igualmente al finalizar cada una de las sesiones, se motivaba a los participantes para que expresaran oralmente cómo se sintieron y se llevaba registro de estas valoraciones con respecto a qué les pareció el taller, qué aprendieron, si consideran que el contenido les resultó apropiado y útil según sus necesidades y en qué se podría mejorar para las próximas sesiones. Si alguno quisiera comentar algo de manera privada, se abrirá el espacio para que exprese lo que quisiera.

Igualmente en el taller de adherencia al tratamiento, se efectuó otra evaluación a nivel individual, la cual se realizó posterior a la sesión 4, que correspondía a la mitad del proceso.

Dicha evaluación consistió en consultarle a la persona beneficiaria, qué recordaba de determinada sesión (aludiendo a las primeras cuatro sesiones), qué había aprendido de la temática y si le había sido funcional para su cotidianidad y de qué manera.

Esta evaluación se realizó con el objetivo de indagar individualmente qué tan funcional les estaba siendo el taller, así como valorar la metodología desarrollada, de modo que, si los resultados eran negativos, se debía implementar nuevas estrategias para obtener un impacto positivo en el resto de las sesiones.

En relación con la modalidad de familia, las evaluaciones fueron orales con su respectivo registro escrito y se entrevistó al miembro que vive con VIH, para conocer el impacto del proceso en su vivencia familiar y también a nivel personal.

8. Precauciones y consideraciones éticas y legales

La presente práctica dirigida, se rigió bajo los lineamientos establecidos en la legislación costarricense en entorno al abordaje profesional con dicha población, de modo que se cumplió lo planteado en la Ley General sobre el VIH/sida. Dicho material es el documento jurídico que regula el manejo y la intervención con la población con VIH/sida y enfatiza que esta atención deberá garantizar el respeto de los derechos fundamentales, así como se prohíbe todo tipo de discriminación o trato degradante contra esta población.

Este abordaje se realizó bajo los principios del respeto y la aceptación, prohibiéndose cualquier acto estigmatizador o fundamentado en el prejuicio de los portadores de VIH/sida. De igual modo, en estos abordajes se veló por la atención integral en salud, de modo que, se buscó aminorar su padecimiento como parte de sus derechos y se guardó estrictamente la confidencialidad y la discreción. Se trabajó profesional y éticamente

Además para control del anonimato de los participantes, se firmó un consentimiento informado en coordinación con la administración del Hogar y se veló en todo momento por realizar un abordaje ético y responsable, en función del bienestar de estas personas, evitando cualquier falta legal y manejando la privacidad y la confidencialidad, tanto en los expedientes como en el resto de quehaceres.

La supervisión fue rigurosa y constante, por tanto, ninguna actividad se realizó sin la previa aprobación de la asesora técnica, con quien se mantuvo una comunicación constante a lo largo de todos los meses de inserción profesional y quien evaluó mensualmente a la practicante con un instrumento detallado en el (anexo 4).

Con respecto a la devolución a la institución, se entregó una copia de la versión final y aprobada del presente documento. También se tuvo una reunión para explicar las recomendaciones, efectuar las devoluciones finales y dar cierre al proceso de intervención.

RESULTADOS

En el presente apartado se expone de manera sistematizada, los resultados de las distintas actividades que evidencian el cumplimiento de los objetivos específicos de este Trabajo Final de Graduación, por tanto, se encuentra subdividido por cada uno de dichos objetivos. Asimismo, se encuentra un desglose de las labores desempeñadas y las competencias profesionales adquiridas en el cumplimiento de estos.

1. Abordajes psicoterapéuticos individuales

Se propuso facilitar atención psicoterapéutica individual desde el área de Psicología de la Salud aplicando técnicas cognitivo conductual a los beneficiarios internos y externos del Hogar Nuestra Señora de la Esperanza y bajo este objetivo se realizaron 131 intervenciones individuales, en las cuales se les dio seguimiento a 8 beneficiarios en procesos de atención psicoterapéutica individual (5 internos y 3 externos) y a otros 9 beneficiarios se les brindó intervención en crisis (7 internos y 2 externos).

Las sesiones se organizaron de acuerdo con las necesidades y los objetivos terapéuticos planteados inicialmente, por lo que algunos procesos llevaron un control semanal, mientras que otros se atendieron quincenalmente. La extensión de los procesos respondió a las necesidades de cada persona y su evolución. Por ejemplo, un entrenamiento en el manejo del enojo duró 12 sesiones, mientras que, un proceso de psicoeducación duró 4 sesiones. El promedio de duración de la sesión es de aproximadamente una hora y fueron realizadas en su mayoría en el consultorio de psicología del Hogar, pero en aquellos momentos que estuvo ocupado, se realizaron en otros espacios (como la oficina de trabajo social, la sala de juntas o el aula), velando siempre por la privacidad.

Los motivos de consulta resultaron muy variados y serán presentados en la siguiente tabla:

Caso	Motivo de consulta
1	Manejo de la ansiedad a causa del desempleo y problemas familiares, pocos deseos de vivir, estrategias de afrontamiento al VIH (lucha por el bienestar) y baja adherencia al tratamiento.
2	Poco conocimiento del VIH y del tratamiento, dificultades para adaptarse a éste.
3	Manejo del enojo, pérdida de seres queridos y estrategias de afrontamiento al VIH (reevaluación positiva).
4	Abuso sexual, dificultades para adaptarse al hogar, baja adherencia al tratamiento y estrategias de afrontamiento al VIH (conductas de riesgo)
5	Acompañamiento, cuidado paliativo, activación cognitiva y conductual.
6	Poco conocimiento del VIH, del tratamiento, baja adherencia al tratamiento y estrategias de afrontamiento al VIH (conductas de riesgo).
7	Acompañamiento emocional, baja adherencia al tratamiento y estrategias de afrontamiento (afrontamiento religioso).
8	Acompañamiento emocional, apoyo para adaptarse al Hogar y para asimilar los efectos secundarios del tratamiento antirretroviral.

Se realizaron las evaluaciones iniciales, seguido por los abordajes de las distintas problemáticas mediante estrategias cognitivo conductuales: psicoeducación, reestructuración cognitiva, debate socrático, manejo y contención emocional, acompañamiento en duelo, adherencia al tratamiento, entrenamiento en relajación y en manejo del enojo, detención de pensamiento, estrategias de afrontamiento al VIH y enfermedad avanzada por VIH, así como sus respectivas evaluaciones periódicas, finales y de seguimiento. Todo este material se encuentra documentado en los expedientes del Hogar Nuestra Señora de la Esperanza y se manejan con total privacidad y discreción.

De acuerdo con las evaluaciones de estos abordajes (aplicación de pruebas psicológicas, observaciones, escalas subjetivas de bienestar, el discurso de la persona y los autorregistros), los resultados evidencian mejoras en los distintos procesos: disminución de la ideación

suicida y en los niveles de ansiedad, mejor adaptación al hogar, estrategias conductuales adquiridas para el manejo del enojo, nuevas filosofías de vida, mayor apertura para hablar del diagnóstico, reducción de emociones negativas al respecto y mayor dominio acerca del VIH y la enfermedad avanzada por VIH. Se identificaron tanto cambios cognitivos como conductuales, incidiendo en los estados emocionales de los beneficiarios/as atendidos.

Asimismo, la realimentación de los otros profesionales que conforman el equipo interdisciplinario del Hogar, constituyen un parámetro importante por considerar, ya que, ellos y ellas también conocen a la población y reportan modificaciones en las conductas de los beneficiarios con los cuales se está trabajando.

Por ejemplo, con un beneficiario se trabajó el manejo del enojo y en varias ocasiones se reportó, gracias a la observación de otros profesionales que, cuando ocurría algo que lo irritaba de manera significativa, él se retiraba a otro espacio y no se quedaba discutiendo con todos como lo hacía anteriormente. Esto refleja un mejor manejo de su enojo y repercutía de manera positiva en la dinámica y la convivencia en el Hogar.

En cuanto a la intervención en crisis, se identificaron distintos desencadenantes de la misma, entre ellos muertes de seres queridos, vivencia del síndrome de abstinencia, despido laboral, problemas asociados a la experiencia migratoria (discriminación, pérdida de contacto con familiares), ideación suicida, discusiones otros beneficiarios internos, pérdida de habilidades a causa de la condición de salud y enterarse de que su hija era portadora de VIH.

Ante dichas situaciones, se ofreció un espacio de escucha, acompañamiento y contención. Igualmente se efectuaron primeros auxilios psicológicos y se veló primordialmente por salvaguardar la vida de los beneficiarios. Fue imprescindible el apoyo y la comunicación constante con la asesora técnica, a quien se le remitían aquellos casos que necesitaran de su acompañamiento. Igualmente, con frecuencia en distintas oportunidades se conversaba y se le

daba breve seguimiento, de acuerdo con las necesidades y las dimensiones del problema identificado.

Es importante rescatar que, de cada uno de los beneficiarios atendidos, se extendió un expediente en el que se registró a detalle cada una de las intervenciones, así como se llevó control de la asistencia tal y como lo demanda la administración del hogar.

De igual modo, en el desarrollo de la práctica, se acompañó un caso de significativa relevancia que, por sus características particulares, será descrito con mayor detalle a continuación. D.A. es un hombre de 50 años, que además de VIH, tiene otros padecimientos que no le permiten ingerir alimentos por vía oral. Sus redes de apoyo, primarias y secundarias son limitadas y debido a su condición física, permanece en cama gran parte del día, en una habitación de aislamiento, lo cual, incide en su malestar y estados depresivos.

Esta intervención fue de índole paliativa y se acompañó de un trabajo interdisciplinario importante (medicina, enfermería, terapia física y psicología). El objetivo de la intervención era velar por una mayor calidad de vida de DA, integrándose distintas labores cognitivas, emocionales, conductuales y motoras, siendo éstas últimas coordinadas principalmente con la terapeuta física, quien fue un pilar importante en esta intervención. Las visitas estaban programadas para que fueran realizadas diariamente, sin embargo, algunos días DA. no quería tener contacto con nadie y esto se le respetaba. Sin embargo, cuando sí tenía disponibilidad para trabajar, los abordajes fueron los siguientes:

- a. Valoraciones cognitivas (en cuanto a orientación, conciencia, atención, memoria).
- b. Acompañamiento emocional (escucha, apoyo, contención).
- c. Ejercicios cognitivos y motores (mediante el empleo de música, lecturas y ejercicios para sostener objetos o hacer estiramientos cortos).
- d. Fortalecimiento de la interacción con otros, buscando establecer horarios para trasladarlo a espacios comunes, así como acompañarlo en distintas celebraciones por

los días festivos, involucrándolo en las actividades y favoreciendo su participación e interacción con los voluntarios/as y otros beneficiarios.

Las observaciones realizadas y los registros llevados a cabo en su expediente, evidencian mejoras en cuanto al estado de ánimo, si bien, mantenía su malestar, mantuvo una actitud de mayor apertura y permanecía mayores lapsos en las sesiones de área común. Asimismo, progresivamente tenía más apertura para expresarse emocionalmente y se involucraba con las distintas tareas cognitivas y motoras de manera más óptima (logra narrar a otros lo que decía la lectura realizada el día anterior, lograba identificar canciones de diversos grupos musicales, manipulaba con un poco más de facilidad distintos objetos y empezó a emplear el humor en distintas situaciones).

Por tanto, considerando este caso particular y los otros abordajes individuales descritos anteriormente se puede rescatar que las habilidades y competencias adquiridas por la practicante en el cumplimiento de este objetivo, son las siguientes:

- ❖ Mayor dominio de las técnicas cognitivo conductual, sobre todo, la reestructuración cognitiva.
- ❖ Mayor asertividad para direccionar un proceso terapéutico.
- ❖ Mejor manejo del tiempo en el desarrollo de la sesión psicoterapéutica.
- ❖ Habilidad en la escucha y el acompañamiento de población en condiciones vulnerables y su respectivo abordaje mediante la intervención en crisis.
- ❖ Habilidad para adaptarse al intervenir con población en condiciones especiales de salud, así como con limitaciones físicas y cognitivas.
- ❖ Destrezas para trabajar de manera interdisciplinaria con otros/as profesionales.

2. Estrategias de afrontamiento en población con VIH

El segundo objetivo buscaba fortalecer las estrategias de afrontamiento con que cuentan los beneficiarios del hogar. Esto se realizó mediante talleres psicoeducativos y en los procesos psicoterapéuticos individuales. Se trabajó 4 sesiones grupales en cuanto a las estrategias de afrontamiento, conociendo y validando las estrategias implementadas por los beneficiarios en su cotidianidad, brindando psicoeducación al respecto, así como fortaleciendo dichas estrategias. De forma paralela, se trabajaron las distorsiones cognitivas de Beck.

Estas sesiones fueron realizadas semanalmente en el aula o la sala de juntas, espacios adecuados para la realización de estos procesos grupales, en horas de la tarde. La cantidad de beneficiarios con los que se trabajó fue muy variada, por lo que, en algunas sesiones se contó con la asistencia de 17 personas, así como en otras, asistían 8 beneficiarios. Todas las intervenciones, a pesar de estar vinculadas por un hilo conductor, fueron diseñadas como sesiones únicas, contemplando que con frecuencia se presentaban inconvenientes (citas médicas, hospitalizaciones, egresos, ingresos), y esto favoreció a que las personas se pudieran integrar con facilidad, aun ausentándose a alguna sesión.

La población con la cual se trabajó en estas intervenciones, fueron los beneficiarios internos del hogar y la duración de las sesiones rondaba entre una hora y media o dos horas. En aquellas que fueron más extensas, se coordinó con la encargada de la cocina para compartir el café en el mismo espacio, tomándose como un refrigerio y convirtiéndose en un espacio ameno para disfrutar.

Los resultados de las evaluaciones orales y grupales demuestran que los beneficiarios/as aprovecharon este espacio para exponer sus propias vivencias y las estrategias de afrontamiento al VIH que han empleado hasta el momento, compartiendo sugerencias y recomendaciones, enriqueciéndose de este modo, con las experiencias de los otros/as. Asimismo, ellos manifiestan que se han sentido muy cómodos con la metodología

desarrollada, en la cual la facilitadora moderaba la dinámica, sin embargo, ellos tenían mucha participación también. Igualmente, se acompañó con videos, actividades lúdicas y se premiaba con chocolates, frutas o “puntos” (en aquellas actividades en las que el grupo era subdividido).

La intervención psicoeducativa permitió conocer a profundidad las 12 estrategias de afrontamiento identificadas por Chacón y Sandoval (2012), así como reconocer su aplicabilidad en su realidad y su funcionalidad para adaptarse al contexto social, o incluso asimilar de una mejor manera a su condición de salud.

Asimismo, los beneficiarios identificaron y expresaron verbalmente la relación entre el pensamiento, la conducta y la emoción y gracias a la psicoeducación ofrecida en cuanto a las distorsiones cognitivas propuestas por Beck y tras varios entrenamientos lograron identificar algunas de estas distorsiones con facilidad en su cotidianidad (pensamiento catastrófico, pensamiento de tipo “todo o nada”, descalificar lo positivo, personalización, visión en forma de túnel). Igualmente, una vez que lograran identificarlas, se les instrumentó con estrategias para que lograran evaluar su pensamiento, poniendo a prueba el mismo y considerando que tan útil, verídico o válido es.

Dentro de la misma dinámica grupal, varios participantes expusieron algunas de sus ideas, con las que se logró realizar un debate cognitivo importante, así como se empleó el humor y se instó a la modificación de estos esquemas básicos que resultaban disfuncionales e irracionales, en función de contar con pocas o nulas pruebas que respaldaran dichas creencias.

Asimismo, en este taller se facilitaron dos espacios a solicitud de los participantes: uno incluido dentro de una sesión ya establecida y otra sesión extra. El primer espacio fue propuesto por un beneficiario que quería informar al resto del grupo en cuanto a la Ley 7771, que es la Ley General sobre el VIH/sida en Costa Rica. Se compartieron distintos materiales

al respecto y se dispuso un espacio para que él pudiera comentar los aspectos más relevantes y de forma sistematizada a los otros, dando énfasis en los derechos y obligaciones de las personas que viven con VIH en Costa Rica y la información referente a la prohibición de la discriminación y a la responsabilidad en cuanto a las prácticas sexuales.

Actualmente este beneficiario ya fue egresado del hogar, alcanzando un estado óptimo de salud y una adecuada adherencia a su tratamiento; y motivado con estas experiencias grupales, se ha incorporado a trabajar formalmente en la prevención y divulgación del VIH.

El otro espacio demandado por el grupo, fue liderado de manera conjunta entre varios participantes, quienes externaron su preocupación por otros beneficiarios que se encontraban en una condición delicada de salud. Ellos y ellas expresaron abiertamente sus propios mitos y temores como portadores del virus y sobre todo, los miedos que sentían al observar el deterioro de salud de varios compañeros/as. Se escuchó desde luego todas las intervenciones, se ofreció apoyo y contención emocional y se desmintieron los mitos mediante la psicoeducación.

Finalmente, el cierre de esa sesión fue muy positivo, puesto que se les motivó a buscar estrategias para apoyarse mutuamente en su proceso de recuperación y propusieron compartir un espacio con DA, organizándose para recaudar un dinero para comprar un postre para él, acomodando el espacio para su recibimiento (habilitando un espacio para la silla de ruedas) y compartieron frases motivadoras y de apoyo que DA, agradeció de sobremanera.

Por su parte, en la atención psicoterapéutica individual, se aplicó el cuestionario sobre estrategias de afrontamiento (anexo 2) y en el transcurso del proceso se trabajaron principalmente 5 estrategias de afrontamiento: ocultar estratégicamente el diagnóstico, reevaluación positiva, lucha por el bienestar, afrontamiento religioso y conductas de riesgo. Este cuestionario se encuentra como documento adjunto en los expedientes de los beneficiarios/as atendidos.

En el trabajo de cada una de estas estrategias, se desglosaban a su vez un conjunto de técnicas, entre ellas, ensayos conductuales, debate socrático, identificación de pensamientos negativos, solución de problemas, técnicas para utilizar el humor, evaluación de pensamiento, distanciamiento, proyecto de vida, utilizar a otros como referencia y técnicas de relajación.

Se atendió a 5 beneficiarios en relación con esta temática, obteniendo entre los resultados (registrados en los expedientes) nuevas percepciones y valoraciones en cuanto al diagnóstico, puesto que lograban identificar, por medio de una reevaluación positiva, aquellos aspectos que esta condición de salud les ha ayudado a mejorar en sus vidas, como por ejemplo el acercamiento a sus familias o el abandonar la condición de calle y el alcoholismo.

Igualmente, por medio de las técnicas empleadas en la lucha por el bienestar, los beneficiarios lograron proponerse e involucrarse con distintas tareas propias de su proyecto de vida, como retomar sus estudios y cursar talleres de manualidades ofrecidos en la comunidad de manera gratuita. Asimismo, los ensayos conductuales para ocultar estratégicamente el diagnóstico, inciden, de acuerdo con las escalas subjetivas de bienestar, en una disminución de la ansiedad ante distintos contextos en los que se desea ocultar éste, sobre todo, en ámbitos laborales y con algunos familiares.

El debate socrático en el afrontamiento religioso fue fundamental pues se poseían creencias de que, por medio de la fe, era posible una curación del VIH, afectando por tanto la adherencia al tratamiento, y trabajándose dicha problemática de manera paralela. Por tanto, con mucho respeto ante las creencias del beneficiario, se realizó un debate cognitivo, evaluando y reformulando las creencias erróneas.

Así, con las conductas de riesgo, también se trabajó mediante el debate socrático y la relajación, puesto que, dos de los beneficiarios presentaban problemas con el consumo de tabaco, no obstante, era necesaria una intervención más específica, por lo que se realizaron las referencias a la clínica de cesación de fumado del Hospital Max Peralta, en Cartago.

Las habilidades y competencias adquiridas por la facilitadora en el desarrollo de este objetivo, son las siguientes:

- ❖ Mejor manejo de la dinámica grupal considerando dos variables: a) entre los beneficiarios se presentan problemas de convivencia que dificultan la interacción y participación en las sesiones y b) diversas situaciones a lo interno del hogar (muertes u hospitalizaciones de otros) impactan fuertemente en el estado emocional de los beneficiarios y beneficiarias.
- ❖ Desarrollo de competencias en el manejo de emergentes grupales.
- ❖ Mayor habilidad para el manejo y aplicación de instrumentos de valoración (cuestionario sobre estrategias de afrontamiento) y análisis de sus respectivos resultados.
- ❖ Dominio de 12 estrategias de afrontamiento que emplean las personas con VIH.

3. Adherencia al tratamiento

Se propuso incentivar una adherencia óptima al tratamiento en los beneficiarios del hogar mediante información y psicoeducación en torno al VIH/sida. Este objetivo se trabajó desde dos modalidades, una mediante sesiones, como parte del taller descrito en el apartado anterior (en cuanto a las estrategias de afrontamiento) y otra por medio de las intervenciones psicoterapéuticas individuales.

Con respecto al taller se dedicaron 5 sesiones para fortalecer la adherencia al tratamiento y promover estilos de vida saludables, mediante el reconocimiento de la importancia y el impacto positivo de éstos en su estado de salud. Es primordial mencionar que inicialmente se realizó una evaluación, la cual reflejó pobres conocimientos en torno a las siguientes temáticas, sobre las cuales se brindó psicoeducación:

- a. VIH y sida: definición, vías de transmisión, algunos mitos frecuentes, fases de la infección y aclaración de diversas terminologías.
- b. Tratamiento antirretroviral: en qué consiste, su importancia y la adherencia al mismo.
- c. La relación entre el estrés, el sistema inmunológico y el VIH: breve explicación del eje cortico hipotalámico hipofisario suprarrenal, de los daños del exceso de cortisol en el cuerpo humano así como el debilitamiento del sistema inmunológico y los efectos en una persona que vive con VIH. Se entrena a los beneficiarios en ejercicios de respiración simples.
- d. Repertorio de conductas saludables: alimentación saludable, higiene del sueño, actividad física, adherencia al tratamiento, conductas sexuales responsables, evitación del consumo de sustancias. Se dio especial énfasis a reforzar conductas placenteras y la erradicación de conductas de riesgo como mantener relaciones sexuales coitales sin protección o conductas referentes al consumo de sustancias.

Además de la intervención psicoeducativa, se propiciaron de manera continua estrategias para fortalecer la adherencia, tanto al tratamiento farmacológico como a las conductas saludables, incentivando el acompañamiento entre pares, la responsabilidad con ellos mismos y el posicionamiento como protagonistas en su bienestar y su estado de salud. Se valoraron aspectos emocionales y cognitivos que les dificulta adaptarse al tratamiento y nuevamente, cada quien manifestó sus propias estrategias implementadas hasta el momento.

Dentro de las estrategias conductuales que se propusieron para integrar la toma del antirretroviral a su cotidianidad, se pueden mencionar el uso de envases con pequeños desgloses semanales, la ubicación del tratamiento en un lugar estratégico (que cumpla con las condiciones para mantener la medicación), recordatorios electrónicos, contar con alguna persona de la familia que supervise periódicamente la adherencia al tratamiento, el refuerzo

positivo y estrategias como el contrato conductual, tal y como la asesora técnica lo desarrolla con algunos beneficiarios en el hogar.

De acuerdo con los resultados en las evaluaciones verbales posteriores a la intervención se evidencia que los beneficiarios tienen un mayor conocimiento acerca de su condición de salud, logran diferenciar entre el VIH y el sida, así como identificar las principales vías de transmisión del virus, sin embargo, confunden las fases de la infección. Los participantes rescatan la importancia de tomar medidas concienzudas y responsables con respecto a su diagnóstico, su tratamiento y su vida sexual. Asimismo, demuestran dominar ejercicios básicos de respiración y la importancia del manejo del estrés.

Mediante preguntas de evaluación, se identifica que ellos logran definir un repertorio conductual saludable y proponen algunas estrategias para incluirlas en su vida. Al evaluar de manera oral la intervención, los beneficiarios/as aludieron que han asumido modificaciones en su estilo de vida, desarrollando ahora conductas más saludables.

Es importante mencionar que todos los cambios que contemplaron, estaban mediados dentro de la misma dinámica del hogar, por ejemplo, reducir el consumo de azúcar (apoyado por la nutricionista), participar de las actividades físicas (motivados por la fisioterapeuta), apagar el celular más temprano (influenciado por los compañeros de habitación), lo cual, hace entender estas modificaciones, dentro del marco de un trabajo interdisciplinario.

En cuanto a los aspectos emocionales y cognitivos que les dificulta adaptarse a los fármacos, ellos mencionan que el tratamiento antirretroviral les hace recordar con frecuencia el diagnóstico y esto desencadena emociones negativas, sentimientos de culpa y temores. También describen que les provoca un sabor amargo en la boca, que en algunas ocasiones sienten que el cuerpo rechaza el tratamiento y aunado a esto, se presentan una variedad de efectos secundarios.

Ante dichas participaciones, se reconoció el esfuerzo por adherirse al tratamiento y la constante lucha que diariamente hacen por su bienestar. Además de la escucha y la validación, se retomaron los ejercicios de respiración, se ofrecieron técnicas de imaginación y se cuestionaron por medio de debate socrático algunas creencias disfuncionales en torno a la adherencia. Por su parte, algunos beneficiarios coincidían con sus experiencias en relación con la toma del tratamiento, lo que favoreció la dinámica grupal y permitió un proceso de identificación entre los participantes.

Igualmente, la experiencia fue enriquecida por la participación de una beneficiaria, quien le narra al resto del grupo que cuando ella empezó el esquema farmacológico, a inicios del año 2000, el tratamiento estaba compuesto por más de 15 pastillas diarias, cuando actualmente se toma 4 por día. Ante esto, los beneficiarios reaccionaron con mucho agrado, pues esta situación refleja los avances médicos, el interés científico por la población, así como representa muchas ventajas para ellos y el manejo de su diagnóstico.

Respecto a los procesos psicoterapéuticos individuales, 4 de los beneficiarios atendidos, recibieron acompañamiento en esta línea, empleando técnicas como la entrevista motivacional, apoyo en estrategias para lidiar con los síntomas y los efectos secundarios del tratamiento antirretroviral y en la aplicación de programas para el fortalecimiento de los hábitos de adherencia.

En dichos programas se buscó inicialmente resignificar aquellas emociones negativas asociadas al tratamiento, por ejemplo, en las evaluaciones verbales se logra identificar como una de las beneficiarias describía que, su tratamiento inicialmente representaba una carga, un martirio de por vida; sin embargo, tras la intervención, ella describe que, a pesar de los efectos secundarios, ha asumido el tratamiento como si fueran vitaminas, pues al conocer mejor de su funcionamiento en el cuerpo, entiende la importancia del mismo y ha considerado desde otra perspectiva su medicación.

De igual manera, se ofrecieron estrategias conductuales sencillas (sobre todo con los pacientes externos, puesto que no son la población meta en los talleres facilitados dentro de esta práctica), como definir una alarma con una música agradable para recordar el tratamiento o ubicarlo en un lugar estratégico en función de las horas a la que le corresponde tomar la medicación y las labores que cotidianamente realiza en dichos horarios.

En cuanto a los 4 beneficiarios que fueron acompañados en este proceso, 3 de ellos, tras la aplicación de exámenes de laboratorio (en relación con la evaluación del CD4) resultaron con una carga viral indetectable. Asimismo, se han adaptado a los efectos secundarios del tratamiento antirretroviral (principalmente al insomnio), implementando nuevas prácticas de higiene del sueño y también, al reconocer que otros beneficiarios presentan el mismo padecimiento, se sienten acompañados y reciben apoyo entre sí.

Estos resultados también se respaldan por medio de las evaluaciones pre y post tratamiento, las cuales indican que inicialmente los beneficiarios interrumpían su medicación cuando presentaban mayores molestias debido a los efectos secundarios o cuando se encontraban muy desanimados.

Posterior a la intervención, se notaron cambios en los resultados del instrumento, pues ahora, conocían mejor el funcionamiento del tratamiento, pero sobre todo, de su importancia, así como habían adquirido herramientas para afrontar su malestar emocional y los efectos secundarios, por lo que, en esta última evaluación señalaron que a pesar de estar tristes, toman sus pastillas, pues saben que son indispensables para sus vidas y los efectos secundarios han disminuido (considerando también que el organismo los va asimilando y han contado con el acompañamiento adecuado).

Se considera importante mencionar que uno de los beneficiarios con los que se abordó esta temática, se dedicó a la tarea de conocer un poco más del tratamiento antirretroviral y descubrió que además de este esquema farmacológico, también toma pastillas para la

hipertensión arterial, padecimiento que desconocía tener y para el cual tiene algunos años de estar tomando medicación. Esto evidencia el poco conocimiento que poseen algunos beneficiarios en cuanto al tratamiento que toman y a su condición en general de salud.

Con respecto al beneficiario que no logró adherirse al tratamiento, se buscó un apoyo más especializado, pues, de acuerdo con distintas variables personales se evidenció que, más allá de un proceso terapéutico, este beneficiario requiere también una intervención social, por lo que, se trabajó en coordinación con la trabajadora social, la asesora técnica y la administradora del hogar, para velar por la estabilidad y buscar las redes necesarias para su bienestar (este beneficiario es una persona de la tercera edad, en condición de abandono, pobreza, quien ha experimentado un proceso de callejización, de privación de libertad y de consumo problemático de sustancias).

En cuanto a las habilidades y competencias adquiridas en el desarrollo de este objetivo por la practicante, se pueden mencionar las siguientes:

- ❖ Manejo de la frustración y la preocupación ante la baja adherencia al tratamiento con el beneficiario anteriormente descrito.
- ❖ Reconocimiento del trabajo interdisciplinario y la pertinencia de mantener un puente comunicativo entre los profesionales involucrados en cuanto a las conductas saludables de la población que vive con VIH.
- ❖ Mayor habilidad para la aplicación de instrumentos de valoración y análisis de sus respectivos resultados.
- ❖ Mejor manejo de técnicas cognitivo conductuales en el desarrollo de programas conductuales para la adherencia al tratamiento.

5. Grupo de crecimiento personal

Se propone facilitar el desarrollo personal, la expresión emocional y el establecimiento de vínculos mediante un espacio de interacción grupal, por tanto, para responder a este objetivo se implementó un taller de 9 sesiones, que abordaban indirectamente estos aspectos, y se organizó en 3 ejes temáticos que fueron identificados como menester por abordar: autocuidado, asertividad y lucha por el bienestar.

Estas sesiones fueron realizadas quincenalmente, con los beneficiarios internos del Hogar. La duración de las sesiones se extendió entre una hora y una hora y media, y se realizó en horas de la mañana. La asistencia, al igual que en el taller descrito con anterioridad, fue muy variada, en ocasiones se contó con la participación de todos los beneficiarios/as (18 personas), mientras que en otras, se presentaban 6 participantes.

En la intervención se expusieron las principales conductas de autocuidado y se exploraron las emociones y cogniciones asociadas a las mismas, lo que permitió debatir grupalmente aquellas que fueran disfuncionales en relación con las conductas de autocuidado. Se ofreció psicoeducación acerca de la importancia de dicho repertorio conductual y se buscaron actividades accesibles de implementar, las cuales fueron evaluadas en sesiones próximas, mediante preguntas abiertas.

De acuerdo con los resultados, las principales conductas de autocuidado identificadas por los participantes, giran en torno a la adherencia al tratamiento, pero sobre todo a buscar e implementar en su cotidianidad, actividades placenteras, especialmente considerando la condición de institucionalización en que se encuentran, por tanto, disfrutar de determinados espacios lúdicos, el uso de recursos (como las computadoras) y el contacto con sus familias, son las principales actividades de autocuidado que han asumido a lo largo del proceso. Esto ha sido corroborado también por parte de los otros profesionales del Hogar, quienes los han visto reunirse en el aula para oír música y compartir espacios amenos entre ellos.

Igualmente, una de las beneficiarias comentó que parte de su autocuidado es luchar por mantenerse sin consumir sustancias psicoactivas, tanto para conservar el contacto con su familia, así como para mantener el buen estado de salud alcanzado actualmente. Tras este comentario, la beneficiaria recibió distintos refuerzos sociales y otros beneficiarios también se sintieron aludidos y motivados para seguir perseverando en la misma situación.

En cuanto a la asertividad, se trabajó en procedimientos defensivos ante ataques por parte de otras personas y el afrontamiento de críticas, puesto que muchos problemas de convivencia se derivan de estas problemáticas. Hubo mucha participación de los involucrados por lo que, posterior a la psicoeducación, se realizaron con facilidad los ensayos conductuales en distintos contextos, sin embargo, salieron a relucir muchos problemas de convivencia y roces entre ellos y ellas, lo cual dificultó el avance del proceso, pues se estaba presentando una discusión entre los participantes.

Ante los problemas de convivencia que se comentaron, se trabajaron técnicas de modelado en la solución de conflictos de forma asertiva. Igualmente, esta situación fue aprovechada para que entre ellos mismos buscaran soluciones, acompañados de la intervención de la facilitadora, quien recalca los procedimientos asertivos recién señalados en la psicoeducación.

De acuerdo con los resultados de la evaluación oral, se evidenció que los beneficiarios/as lograron identificar que las instrumentaciones ofrecidas resultan muy oportunas a la hora de resolver conflictos entre ellos, pero principalmente, para evitarlos. A nivel de convivencia en el hogar, se identifican modificaciones conductuales en algunos participantes, sin embargo, es fundamental continuar abordando esta temática a profundidad.

Por último, en cuanto a la lucha por el bienestar, se coordinó con un actor voluntario para que representara el caso de Mario, una persona con VIH, en condición de calle, con problemas de consumo de sustancias, quien lograra en el Hogar de la Esperanza, adherirse al

tratamiento, alcanzar un estado óptimo de salud, prepararse profesionalmente e incorporarse al mercado laboral.

Dicho caso, está descrito en el libro “Ellas y ellos hablan. *En la calle y en el Hogar de la Esperanza. Testimonios y reflexiones*” (Navarro, Bonilla y Richard, 2012) (anexo 1), y posterior a la representación artística, se facilitó un espacio para la expresión emocional, donde los participantes pudieran compartir lo que les evocó la historia representada. En este espacio el actor voluntario aportó muchas valoraciones positivas al grupo y se manifestó sumamente agradecido por permitirle formar parte de esta intervención.

Valga mencionar, en distintas ocasiones a lo largo de las intervenciones realizadas dentro del marco de esta práctica, se enfatizó en que, ellos son más que un diagnóstico, sin embargo, en esta temática se profundizó dicha concepción, permitiéndoles a los participantes expresarse al respecto y empoderarse, en el sentido de posicionarse como seres humanos integrales, independientemente del diagnóstico.

En las próximas sesiones se trabajó un cine foro de la película animada Zootopia, dando énfasis en la reflexión acerca de la confianza en sí mismo y la superación personal. La escogencia de la misma fue realizada entre los departamentos de trabajo social y psicología, así como se consultó también con los beneficiarios/as. Finalmente, de acuerdo con las apreciaciones de los participantes, este espacio fue muy enriquecedor para ellos y ellas debido a las reflexiones en torno al potencial que tiene cada quien como persona y cómo pueden alcanzar sus proyectos de vida, a pesar de las adversidades y el estigma social.

De acuerdo con los resultados, los participantes comentan que la temática de la lucha por el bienestar, ha sido uno de los abordajes que más les ha impactado emocionalmente, pues narran que muchas veces no creen en ellos, ignoran sus capacidades o subestiman sus fortalezas y que al conocer estas historias, les motiva para continuar luchando por su estabilidad y se sienten merecedores de su bienestar.

Asimismo, otro aspecto importante de rescatar es que, los beneficiarios logran tomar a otros como punto de referencia, siendo una de las estrategias de afrontamiento con que cuentan las personas que viven con VIH y logran a su vez, identificar características de los personajes modelos que se querían destacar y expresan sentirse muy motivados a seguir alcanzando metas, más allá de la recuperación de su salud.

Fuera de los ejes temáticos ya mencionados, pero siendo contenidos igual de competentes, se abordaron otras dos temáticas en este proceso grupal: la celebración del día internacional de la lucha contra el VIH/sida y la apertura de un espacio para realizar ejercicios de imaginación considerando el egreso del hogar, pues muchos de ellos han expresado en reiteradas ocasiones temores asociados a esta experiencia. Igualmente se debatieron algunos miedos y con las diversas participaciones se enriqueció esta intervención.

En cuanto a la celebración del día internacional de la lucha contra el VIH/sida, se reconocieron los avances que se han logrado hasta ahora en cuanto a esta condición (avances y acceso al tratamiento farmacológico, disminución de los casos en la transmisión vertical en Costa Rica, mayor apertura hacia la educación sexual, mayor conocimiento en relación al diagnóstico y organización de distintas entidades que velan por el bienestar de la población portadora de VIH, tanto a nivel nacional como internacional).

Se identifican también los retos pendientes: 0 discriminación, 0 muertes asociadas al sida y 0 nuevas transmisiones de VIH. Es importante rescatar que en el año 2016 murieron 10 personas en el hogar, por tanto, se dedica unos momentos para recordar a aquellos beneficiarios/as que han muerto por la enfermedad avanzada por VIH. Este espacio fue muy valioso y se ofreció mucha contención y apoyo emocional, por medio de la escucha empática, la validación emocional e incluso respetando el silencio.

Es importante enfatizar que dicho apoyo emocional, no fue una labor exclusiva de la facilitadora del proceso, pues los mismos beneficiarios/as intercambiaron palabras de aliento

y muestras afectivas cercanas, como un abrazo o palmadas en la espalda, estableciendo un importante acompañamiento entre pares.

Las intervenciones en esta sesión fueron muy provechosas, cuando se habló de la discriminación se abordó tanto el estigma, la discriminación social y la discriminación interna, sin embargo, los beneficiarios también aludieron a la discriminación y el rechazo que existe entre ellos mismos, no solo de personas ajenas. Ellos comentan que hay críticas y burlas, por lo que se hizo un llamado para disminuir estas conductas y se reflexionó acerca de la empatía y los objetivos del hogar, en función de formar redes de apoyo.

De igual modo, en relación con el reto de llegar a cero nuevas infecciones por VIH, ellos rescatan que están muy conscientes de que, toda práctica sexual debe realizarse de modo responsable y que el uso correcto del preservativo es fundamental para evitar nuevas infecciones o incluso reinfecciones.

En relación con los ejercicios de imaginación, éstos fueron implementados como parte de las recomendaciones del equipo asesor, pues en los distintos informes de supervisión se mencionaba con reiteración que los beneficiarios aludían temores asociados al egreso del hogar, por tanto, mediante imaginación dirigida se visualizó el egreso de la institución, así como todos los retos que esto representaba, entre ellos el reencontrarse con sus familias, con su antiguos amigos, enfrentar contextos de riesgo (lugares y horas específicas), posibles situaciones de rechazo y la organización de los ingresos económicos.

Una vez identificados dichos aspectos, se debatieron algunos temores y se reevaluaron positivamente los beneficios del egreso. Se retomaron nuevamente algunos elementos de la intervención grupal en la que se abordaron las estrategias de afrontamiento, como ocultar estratégicamente el diagnóstico y la búsqueda de apoyo. De igual modo, comentaron experiencias positivas de otros beneficiarios que han sido egresados y han logrado adaptarse a sus nuevos contextos y estilos de vida

Entre los resultados de esta intervención, se puede evidenciar que los participantes lograron evaluar de manera positiva el egreso, pues logran encontrar recursos internos, familiares y sociales para enfrentar eventualmente su salida del hogar. Describen por ejemplo, la resiliencia, así como acompañamiento de distintas personas e instituciones, apoyo en las pensiones y trabajos informales que podrían desempeñar.

Las habilidades y destrezas adquiridas en el cumplimiento de este objetivo por la facilitadora serán citadas a continuación:

- ❖ Destrezas para incluir a personas con mayores limitaciones cognitivas, de lenguaje y motoras al proceso grupal.
- ❖ Habilidad para manejar al grupo y acompañar a los beneficiarios en la resolución de conflictos generados en la convivencia interna del hogar.
- ❖ Capacidad para coordinar e involucrar a otras personas externas al hogar para enriquecer la experiencia grupal.
- ❖ Mayor aptitud para trabajar en conjunto con profesionales de otras áreas, específicamente trabajo social, con quien se coordinaron 3 sesiones.

5. Acompañamiento a familiares

Bajo el objetivo de promover acompañamiento emocional y psicoeducación de acuerdo con el modelo cognitivo conductual a las familias que tienen un miembro portador de VIH para lograr un adecuado manejo emocional y un espacio de psicoeducación en torno a la enfermedad, se trabajó con 5 familias en distintos abordajes:

- a. Psicoeducación: respecto al VIH/sida (vías de transmisión, fases de la infección), a la importancia del tratamiento antirretroviral, al repertorio de conductas saludables (higiene del sueño, actividad física, manejo emocional, alimentación).

- b. Autocuidado: su importancia y propuestas para implementarlas en su cotidianidad, de acuerdo con las valoraciones y posibilidades de cada persona.
- c. Contención, escucha, desculpabilización y validación emocional.
- d. Entrenamiento en relajación y manejo de límites.
- e. Acompañamiento en el proceso de reinserción laboral y en el egreso del Hogar.
- f. Acompañamiento ante la muerte del beneficiario.
- g. Entrenamiento en evaluación del pensamiento y planeamiento de actividades placenteras.

Se puede evidenciar que las intervenciones abarcaron otras temáticas más allá de la psicoeducación y el manejo emocional como se tenía propuesto al inicio. Estas intervenciones fueron realizadas quincenal o semanalmente, de acuerdo con las facilidades que tuvieran estos familiares para asistir al hogar. De igual modo, estas sesiones fueron realizadas en la oficina de Psicología o en la sala de juntas y tenían una duración aproximada de una hora y media. En total se abordaron 26 sesiones en esta modalidad.

Asimismo, una de las familias beneficiarias se atendió de manera domiciliaria, debido a las complicaciones de salud (otros padecimientos como cáncer y diabetes, además del VIH), por lo que, se debió realizar un proceso de coordinación con la asesora técnica, la trabajadora social, la administradora del hogar y la encargada de los beneficiarios externos.

Entre los resultados, se pudo evidenciar en el discurso de los beneficiarios, que el espacio fue muy valioso para estos familiares, puesto que en ninguna otra ocasión habían tenido la apertura de hablar respecto al diagnóstico y evacuaron muchas dudas y mitos en torno al tema.

Una intervención de suma relevancia, fue con una pareja de adultos mayores, los padres de uno de los beneficiarios, quienes comentaron que por primera vez en casi 20 años, lograban hablar abiertamente del diagnóstico de su hijo, sin ser juzgados, pues en una zona

rural donde viven hasta los mismos familiares se han alejado y ellos también sufren la discriminación, pues han sido apodados con términos peyorativos aludiendo al diagnóstico.

De acuerdo con las evaluaciones orales realizadas, se logró evidenciar mejoras en los distintos abordajes, existe mayor conocimiento en torno al VIH y al tratamiento antirretroviral. Por ejemplo, una beneficiaria, comentó que desconocía el funcionamiento del tratamiento, y que pensaba su hija estaba fingiendo los síntomas, porque la pastilla, en lugar de evitarlos, más bien lo agravaba. Fue fundamental explicar que es una enfermedad crónica y que el tratamiento ayuda a que inhibir la replicación del virus, no a curarlo. Igualmente se explicó de los efectos secundarios más comunes del tratamiento.

Igualmente, se logra evidenciar en el discurso de los participantes una disminución de emociones negativas asociadas al diagnóstico (como culpa, vergüenza, ira), así como logran ejemplificar y aplicar sencillos ejercicios de respiración ante diversas situaciones estresantes. También han adquirido habilidades para evaluar el pensamiento e implementar actividades de autocuidado en los quehaceres semanales.

Una familia fue atendida una única sesión, tras la muerte de su familiar. Esta atención fue de mucha escucha, validación y acompañamiento emocional. Por otra parte, entre los resultados más valiosos de la familia que fue atendida de manera domiciliaria, se encuentran las actividades placenteras que han asumido, la cual es cuidar las zonas verdes aledañas a la casa en que viven, y ha sido muy notorio el embellecimiento del espacio, así como el beneficiario y su esposa comentan que han experimentado mejorías en cuanto a su estado emocional retomando esta labor que antes disfrutaban tanto y debido a algunas cogniciones (las cuales fueron evaluadas y debatidas) habían abandonado.

Fue importante también, conocer en los diferentes casos, la perspectiva de las personas que viven con VIH para evaluar el impacto de las sesiones trabajadas con su familia, los cuales mencionaron sentir más apoyo y consideraban a su familia como una efectiva red de apoyo,

en el sentido de que, se habían interesado mucho más con la adherencia a su tratamiento, así como en general ha mejorado el vínculo.

Es importante destacar que en uno de los procesos se evidenció una problemática de violencia intrafamiliar, por lo que, fue oportuno hacer las referencias a las instancias correspondientes, así como mantener una estricta vía de comunicación con la asesora técnica, quien siguió en todo momento el caso y veló por el bienestar y el acompañamiento de estos beneficiarios.

Igualmente la asertividad fue fundamental en estas intervenciones, puesto que, en muchas ocasiones los familiares exponían otras problemáticas no asociadas al diagnóstico, por lo que, también se hicieron otras referencias y se delimitó nuevamente los objetivos de la intervención con ellos en función de este trabajo final de graduación.

En cuanto a las habilidades y destrezas adquiridas por la practicante en el desarrollo de este objetivo, se encuentran las siguientes:

- ❖ Habilidad para intervenir en atención domiciliaria y con familias que vivan con una persona con VIH.
- ❖ Acompañamiento en una situación de pérdida de un ser querido.
- ❖ Flexibilidad para reorientar las temáticas del proceso de acuerdo con los emergentes y demandas de cada familia.
- ❖ Capacidad para coordinar de manera eficaz, en apoyo con la trabajadora social y la asesora técnica, la referencia a otras instancias para el acompañamiento necesario (en instituciones como el Instituto Nacional de la Mujer, el Consejo Nacional para la prevención y el control del SIDA, el Centro de Atención Psicológica de la Escuela de Psicología de la Universidad de Costa Rica e instancias de apoyo y asesoría legal).

6. Otras labores desempeñadas

El rol de un profesional en psicología al insertarse en un espacio laboral, trasciende los lineamientos prescritos inicialmente, puesto que con frecuencia emergen distintas tareas que no se tenían contempladas, pero cumplen a su vez, una labor fundamental en su quehacer diario. Es por eso que este último apartado dentro de los resultados, está diseñado para evidenciar esas otras labores que surgieron en el proceso de elaboración de esta práctica dirigida y no corresponde propiamente a los objetivos inicialmente propuestos. Cada una de las tareas fueron organizadas por subcategorías, citadas a continuación.

Tareas administrativas

Estas labores se asocian principalmente a demandas realizadas por la Junta Directiva, así como la administración general del Hogar. Se busca mantener el orden dentro de los expedientes, de modo que exista un registro de cada sesión realizada y de cada beneficiario en particular, así como la colaboración en tareas extra laborales, desligadas inclusive con el ejercicio profesional en psicología. A continuación se enumeran las tareas realizadas:

- ❖ Elaboración del perfil de entrada de los 5 beneficiarios entrevistados.
- ❖ Aplicación de encuestas de satisfacción a la población beneficiaria interna del Hogar, solicitadas por el Ministerio de Salud.
- ❖ Actualización de formularios administrativos.
- ❖ Organización de los expedientes (tanto de los beneficiarios internos, como externos, así como de los egresos y fallecidos).
- ❖ Participación en la capacitación: “Generalidades del VIH y antecedentes de la Asociación Servicio Solidario y Misionero Unidos en la Esperanza”
- ❖ Colaboración en actividades para recaudar fondos para el hogar, por ejemplo en la Primera Edición 2016 de la carrera La Esperanza, en Palo Verde.

- ❖ Acompañamiento en actos fúnebres de los beneficiarios/as fallecidos.

Tareas de acompañamiento

El acompañamiento a los beneficiarios en distintas condiciones de vulnerabilidad (ya sea por su estado general de salud o por su situación social), fue una tarea de gran importancia en el desarrollo de esta práctica dirigida, sobre todo considerando las limitadas o nulas redes de apoyo con que cuentan la población beneficiaria. Las labores fueron orientadas hacia el seguimiento, el apoyo y la supervisión, de modo que, el o la beneficiaria recibiera un acompañamiento cálido y soporte eficaz ante distintos contextos. Igualmente, varias labores de acompañamiento se realizaron en conjunto con la trabajadora social.

- ❖ Visita al Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor con un beneficiario en condición de abandono para solicitar un apoyo social coordinado mediante trabajo social.
- ❖ Acompañamiento a un beneficiario a la cita de infectología del Hospital Calderón Guardia, así como a coordinar la cita para la atención en geriatría.
- ❖ Acompañamiento a pacientes en condición de salud delicada (visitas periódicas a la habitación de aislamiento, conversaciones breves, así como trabajo en reminiscencias con un adulto mayor del hogar).
- ❖ Acompañamiento a trámites bancarios con 2 beneficiarios y la trabajadora social.
- ❖ Acompañamiento a un beneficiario al Hospital San Juan de Dios para la coordinación de una cirugía en coordinación con los asistentes de pacientes.
- ❖ Apoyo en el proceso de reinserción laboral de 2 beneficiarios, acompañando su proceso de adaptación en el trabajo y supervisando el cumplimiento del tratamiento antirretroviral.

Tareas de apoyo a otros voluntarios/estudiantes

Existen diversas instancias con proyección social y comunitaria que dirigen su foco de atención a diversas organizaciones no gubernamentales, entre ellas, el Hogar. Por tanto, es imprescindible velar porque estas intervenciones sean oportunas y de calidad, por lo que se acompañan y en caso de ser necesario, se redirige el proceso. Se citan a continuación las labores desempeñadas:

- ❖ Orientación y apoyo a una estudiante de Promoción de la Salud, quien colabora en el hogar como parte de las tareas de su Trabajo Comunal Universitario. Se ofreció psicoeducación, así como algunas recomendaciones tanto administrativas como logísticas para trabajar en el Hogar.
- ❖ Acompañamiento a estudiantes de primer ingreso de la universidad quienes investigan para su tesina, las vivencias de la población con VIH a partir de su diagnóstico. Ellas realizaron dos entrevistas a los beneficiarios que estuvieran de acuerdo en participar y por lo delicado de la materia y con el fin de evitar una revictimización, se acompañaron estas entrevistas.
- ❖ Coordinación con los representantes del programa de voluntariado AIESEC, para la incorporación de voluntarios extranjeros y orientación con respecto a los beneficiarios del hogar (psicoeducación en torno al VIH, a los derechos de la población con VIH, el mantenimiento y la confidencialidad del diagnóstico) y también la descripción de algunas tareas de recreación y esparcimiento que podrían implementarse con el grupo.
- ❖ Colaboración en el desarrollo de distintas actividades y celebraciones para los beneficiarios del hogar (actividad de los sacerdotes, visita de estudiantes de undécimo año y del Instituto Tecnológico de Costa Rica que conformaban el programa VIHope, celebraciones navideñas).

Tareas interdisciplinarias

Es primordial el trabajo del equipo interdisciplinario y para su buen funcionamiento es determinante una participación activa de los distintos profesionales y una comunicación constante y fluida para identificar logros, deficiencias, así como para orientar los objetivos de manera conjunta, evaluando desde las diferentes disciplinas, la pertinencia de los abordajes y la evolución de los procesos. Por tanto, seguidamente se encuentran las tareas desempeñadas:

- ❖ Reuniones con el personal de distintas áreas (odontología, trabajo social, medicina, enfermería, terapia física y con la administradora del hogar) para evaluar distintas condiciones, ya sean de salud o sociales de los beneficiarios/as para acordar metas en común de acuerdo con las necesidades identificadas.
- ❖ Mantenimiento de una comunicación constante y eficaz entre los miembros del personal que colaboran en el Hogar.
- ❖ Planeamiento de intervenciones tanto grupales como individuales en conjunto (principalmente con trabajo social y terapia física).
- ❖ Diseño de estrategias para un plan de co-cuidado entre la población beneficiaria interna del Hogar (sobre todo, para darle seguimiento a DA).
- ❖ Apoyo en el desarrollo de las sesiones grupales en diversas temáticas (amistad, derechos humanos, motivación y liderazgo) moderadas por la trabajadora social y la asesora técnica.
- ❖ Búsqueda de información en cuanto al género y la equidad, pues a partir del segundo bimestre del 2017 se inicia en el Hogar un grupo con enfoque de género.
- ❖ Búsqueda de información con respecto a la terapia ocupacional y el VIH para acompañar los procesos de reinserción laboral.
- ❖ Colaboración en el diseño de una guía metodológica para trabajar con la población del Hogar.

Tareas relativas a la convivencia

Con frecuencia en las relaciones interpersonales se presentan diferencias entre los individuos y el Hogar no es una excepción ante dichos conflictos, sobre todo, considerando que es una institución total, donde incluso se comparten habitaciones y suelen surgir problemas de convivencia entre los beneficiarios internos. Ante tal realidad, la coordinadora general y el departamento de psicología y trabajo social, intervienen para aminorar esta problemática y tomar las medidas correctivas necesarias de acuerdo con las faltas y el reglamento interno del Hogar. A continuación se describen las labores desempeñadas en relación con esta área:

- ❖ Participación en las medidas correctivas aplicadas a 3 beneficiarios.
- ❖ Revisión de grabaciones para observar distintos conflictos entre los beneficiarios y poder así tener mayor claridad de la problemática y proceder de manera más efectiva.
- ❖ Escuchar a los involucrados en distintos conflictos y ofrecer herramientas para que puedan resolver de manera más asertiva y eficaz sus diferencias.

Tareas relativas al departamento de psicología

Los quehaceres en esta área fueron muy diversos y respondían a necesidades surgidas entre los beneficiarios, así como tareas asignadas por la asesora técnica o demandas que le corresponden al departamento de psicología. Estas labores evidencian que más allá de los objetivos planteados, dentro de la organización surgen muchas tareas que le competen al área de psicología y es fundamental responder con eficacia ante dichas tareas.

- ❖ Colaboración en el diseño de la guía de entrevista de ingreso del hogar.
- ❖ Realización de la entrevista de ingreso a 5 beneficiarios.

- ❖ Aplicación de entrevistas de satisfacción, para profundizar en los resultados obtenidos en la encuesta realizada anteriormente.
- ❖ Tabulación y sistematización de los resultados obtenidos en la entrevista.
- ❖ Atención en crisis vía telefónica a una persona que creía haber adquirido el virus, por tanto, se le ofreció el acompañamiento, la escucha y la información necesaria para realizar las pruebas respectivas y se enfatizó en la suma relevancia de efectuar las mismas. Asimismo, se aclararon varias dudas respecto al VIH.
- ❖ Aplicación de pruebas psicométricas (WAIS-III) para evaluar las habilidades y dificultades del funcionamiento intelectual de los beneficiarios/as.
- ❖ Habilitación de un espacio para la expresión emocional cuando las circunstancias del Hogar lo requería (por ejemplo cuando la muerte de algún beneficiario impactó de sobremanera la dinámica del hogar).
- ❖ Coordinación con el Programa de Pares del Hospital Calderón Guardia para compartir una sesión grupal.
- ❖ Colaboración en la elaboración de informes mensuales al Instituto Mixto de Ayuda Social, quien apoya económicamente al hogar.
- ❖ Desarrollo de una campaña de divulgación para la sensibilización ante el VIH/sida. En conjunto con los beneficiarios se definieron algunas frases para ser llevado a distintas comunidades o instituciones en coordinación con el Comité de Prevención y Divulgación del hogar.

Tareas en asuntos recreativos

Los espacios de intervención informal son realmente valiosos para el compartir con la población interna del hogar, estos espacios fortalecen una relación horizontal y un trato próximo entre los beneficiarios y el equipo profesional, además incide en el enriquecimiento

personal de los involucrados y en general, de acuerdo con las apreciaciones subjetivas, las actividades recreativas son muy disfrutadas por los beneficiarios. Seguidamente, las tareas desarrolladas en cuanto a esta temática:

- ❖ Apoyo en la logística y en el desarrollo de la visita con los beneficiarios a Uxarrací.
- ❖ Visita con los beneficiarios a la Basílica de Los Ángeles con motivo de la Romería.
- ❖ Participación en el proceso de decoración navideña del hogar.
- ❖ Visita con los beneficiarios al cine.
- ❖ Celebraciones de cumpleaños y despedidas a los beneficiarios que egresan.

La practicante adquirió competencias y habilidades en el desarrollo de estas tareas, entre ellas las siguientes:

- ❖ Habilidades y empoderamiento para participar de las intervenciones interdisciplinarias, la cual es primordial para el éxito en la recuperación de los beneficiarios/as.
- ❖ Comprensión de que las labores del profesional en psicología, trascienden lo aprendido en la academia y responden a las demandas de la organización en la cual se estaba inserto.
- ❖ Destrezas para desempeñar labores de gestión administrativa.

7. Resultados de la evaluación realizada por la asesora técnica

Mensualmente las intervenciones realizadas fueron evaluadas por la asesora técnica, mediante un instrumento de evaluación que incluía un ítem por cada objetivo específico, así como uno que evaluaba la pertinencia de las actividades y otro el compromiso evidenciado por la estudiante (Anexo 4). A lo largo de los 6 meses de intervención, la asesora señaló que

todas las actividades realizadas fueron pertinentes para alcanzar los objetivos de esta práctica dirigida.

Asimismo, en los resultados del instrumento se reflejó que todas las labores desempeñadas favorecieron a la estudiante para adquirir competencias profesionales en diversos ámbitos: en la atención psicoterapéutica individual y la intervención grupal con personas que viven con VIH/sida, así como en la atención a los familiares de estas personas.

Por su parte, la asesora indica que la estudiante ha cumplido cabalmente con los compromisos adquiridos para el desempeño de esta práctica dirigida, puntuando en la casilla de estar en total acuerdo, en el ítem correspondiente a esta pregunta, durante todos los meses de intervención.

En cuanto al espacio disponible para desarrollar algunas observaciones generales y recomendaciones, la Licda. Cindy Luna, aludió el primer mes a que era prioritario mantener un mejor control de la dinámica grupal, pues era notorio que a la facilitadora se le dificultaba manejar las participaciones de los involucrados, ya que, hay mucha apertura por parte de la mayoría de los beneficiarios, lo cual resulta muy positivo, no obstante, tantas intervenciones dificultaban el desarrollo temático de la sesión y éstas se prolongaban un poco más de lo estipulado.

Para las próximas intervenciones grupales, se manejó más asertivamente el tiempo y las participaciones, lo que se evidenció en la evaluación, pues en el segundo mes se reconoció la mejoría en cuanto a este aspecto. Igualmente, se realizaron valoraciones muy positivas en cuanto al desenvolvimiento con las intervenciones individuales. Asimismo, se rescató la disposición para colaborar de la estudiante, así como el involucramiento en otras labores más allá de las contempladas en los objetivos de esta intervención.

Se puede afirmar con respecto a estas evaluaciones que, la estudiante ha adquirido competencias y habilidades profesionales para trabajar con personas que viven con VIH/sida

y sus familias, de acuerdo con las valoraciones de la Licda. Cindy Luna López, quien fue la responsable de supervisar las distintas tareas desempeñadas por la estudiante en su práctica dirigida.

Finalmente, se concluye que, una destreza profesional adquirida por la practicante fue la capacidad de desarrollar una labor ética a lo largo de su intervención, apelando siempre a valores como la responsabilidad, la integridad y el compromiso. Asimismo, el respeto es un pilar fundamental, especialmente con el abordaje en la población con VIH, puesto que el anonimato y la confidencialidad son primordiales.

DISCUSIÓN

De acuerdo con los resultados obtenidos en este trabajo final de graduación, se pueden realizar distintos análisis según los ejes abordados. Se analizarán las diferentes temáticas desarrolladas en las intervenciones: estrategias de afrontamiento (objetivo 2), adherencia al tratamiento (objetivo 3) y el manejo emocional y el desarrollo personal (objetivo 4). Seguidamente, se analizarán los resultados de las modalidades de intervención, ya sea individual (objetivo 1), grupal (objetivos 2, 3 y 4) o familiar (objetivo 5).

A modo de cierre, el último análisis corresponde a una integración en la cual se analizarán las competencias profesionales adquiridas en la realización de esta práctica dirigida, en función de los objetivos generales que condujeron el desarrollo de las distintas labores y tomando como referencia el marco de Psicología de la Salud en la intervención con personas que viven con VIH.

1. Análisis según las temáticas

De acuerdo con esta experiencia profesional, se puede afirmar que el diagnóstico y la vivencia con el VIH, resulta una situación desbordante para la persona que vive con dicha condición de salud, lo cual, en la mayoría de las ocasiones no puede ser afrontada con los propios recursos de la persona, por lo que, surgen así los procesos de afrontamiento.

Se podía identificar en las evaluaciones iniciales que, de una u otra forma, los beneficiarios han estado familiarizados con los procesos de afrontamiento al VIH, por tanto, el abordaje de esta temática resultó ser una tarea asequible, pues ellos dentro de su cotidianidad tienen sus propias estrategias y éstas fungieron como un valioso antecedente de la materia.

En cuanto a las estrategias propiamente dichas, se puede valorar que éstas realmente inciden en la modificación del significado del acontecimiento amenazante, en este caso, el

diagnóstico del VIH y las consecuencias asociadas a este, pues una vez que son abordadas y el beneficiario empieza a asumir cambios cognitivos y conductuales, es posible observar en los resultados la disminución del malestar emocional y la adquisición de recursos para adaptarse a aquel acontecimiento de una manera más adecuada.

Las estrategias de afrontamiento pueden variar entre las personas (Chacón y Sandoval, 2012) de modo que en las intervenciones individuales realizadas, se puede apreciar que en efecto, cada quien cuenta con sus respectivas estrategias, sin embargo, hay dos que se presentaron en común en los diferentes beneficiarios: la lucha por el bienestar y ocultar estratégicamente el diagnóstico.

Asimismo, dentro de los espacios de intervención grupal, esas dos estrategias fueron las que causaron más impacto, en el sentido de que desencadenaron la mayor cantidad de reacciones y participaciones, así como, permitió que los beneficiarios se sintieran identificados. De acuerdo con la investigación realizada por Chacón y Sandoval (2012) en una encuesta aplicada a 37 personas que viven con VIH, se evidenció que la estrategia que más le ha ayudado a hacer frente a determinadas situaciones estresantes es la lucha por el bienestar, evidenciándose en esta práctica profesional nuevamente su relevancia para la población con VIH.

La estrategia de ocultar selectivamente el diagnóstico, impactó a los beneficiarios en dos sentidos: por una parte, les ayudó a liberarse de la culpabilidad experimentada por ocultar su condición de salud, aunado al desgaste emocional que esto les implica, y por otra parte, les ayuda a decidir asertivamente a quién revelar el diagnóstico, pues las experiencias en torno al tema son poco alentadoras.

Se puede entender que esta estrategia de afrontamiento adquiere sentido en un contexto social donde predomina el estigma y la discriminación, donde se narran historias de acoso laboral por descubrir el diagnóstico, así como la ruptura de vínculos familiares y de amigos,

fundamentados en el prejuicio y el desconocimiento. Es entonces donde surge como tarea relevante, seguir informando y psicoeducando a la población general en torno al VIH y continuar en la búsqueda de la equidad y el trato justo sin distinción alguna.

Asimismo, la reevaluación positiva, también puede ayudar a la persona con VIH a afrontar esta dinámica tan hostil que se vivencia socialmente, logrando posicionarse desde otra perspectiva y valorando, aquellos otros factores positivos desencadenados a partir de su condición de salud. De este modo, se integran y se trabajan de manera paralela o determinado orden, de acuerdo con las particularidades de cada persona y su circunstancias, las estrategias de afrontamiento.

Por su parte, las otras dos estrategias de afrontamiento trabajadas de manera individual corresponden al afrontamiento religioso y las conductas de riesgo, especialmente en relación con el fumado. Estas dos resultaron estrategias muy complejas de abordar, sin embargo, muy pertinentes, sobre todo por considerarse como estrategias de afrontamiento mixta y disfuncional, respectivamente, de acuerdo con la clasificación descrita en el apartado del marco conceptual, según la investigación de Chacón y Sandoval (2012).

En cuanto al afrontamiento religioso es fundamental rescatar el respeto y el conocimiento del sistema de creencias de la persona dentro de su contexto religioso, de modo que, el profesional para manejar estas intervenciones de manera ética, debe posicionarse objetivamente y velando por no menospreciar los principios del sistema religioso, pero a su vez, incentivando a la persona a tomar decisiones en pro de su cuidado y su salud, más allá de una sanación divina.

En relación con el abordaje de las conductas de riesgo, es importante mencionar que con dos de los beneficiarios atendidos se trabajó esta temática y que ambos tenían un historial importante de consumo de sustancias (alcohol y tabaco principalmente, aunque también habían tenido contacto otras drogas ilegales), así como un proceso de callejización. Ambos

han logrado abstenerse del consumo del alcohol, sin embargo, los resultados en relación con el fumado no fueron los esperados, pues se buscó una disminución del consumo y por el contrario, este se mantenía.

Entre los diversos factores que pueden incidir en la dificultad para modificar estas conductas de riesgo, puede incluirse el periodo de intervención, que fue breve y por la duración establecida de la práctica dirigida no se le pudo ofrecer un acompañamiento más extenso. Igualmente, es importante considerar que uno de estos beneficiarios alquila un cuarto en una casa donde regularmente se consume alcohol y tabaco, y por sus limitaciones económicas no puede acceder a otro espacio de vivienda y este contexto dificulta su disminución del consumo de cigarro.

No obstante, es fundamental reconocer y reforzar los esfuerzos por no consumir alcohol, pues si bien, ambas sustancias causan un impacto negativo en su condición de salud, el hecho de abstenerse de la que más le ha perjudicado en distintos ámbitos de su vida, es un esfuerzo meritorio de reconocimiento. Asimismo, como parte de la continuidad, que se les ofrece a estos beneficiarios, se realizó una referencia a la Clínica de Cesación de fumado del Hospital Max Peralta y la asesora técnica es quien se encarga de este acompañamiento.

La disminución de las conductas de riesgo, también le compete al área de la adherencia al tratamiento, pues en el sentido más amplio, la adherencia trasciende el seguimiento de una prescripción médica, sino que involucra a la persona en un rol activo para asumir nuevas conductas saludables para mejorar su condición de salud desde distintas aristas.

En relación con la literatura científica existente en cuanto a la adherencia al tratamiento, se puede rescatar que una gran cantidad de autores refieren que esta es una de las temáticas más competentes a la población con VIH (Basteller, 2003; Martín y Grau, 2004; Villa y Vinaccia, 2006; Alcántara, 2008, Piña, Dávila, Sánchez-Sosa, Togawa y Cázares, 2008; Sánchez-Sosa, Cázares, Piña y Dávila, 2009), considerando desde luego, la importancia del tratamiento

antirretroviral, pero sobre todo, la rigurosidad con que se debe administrar el esquema farmacológico para lograr la efectividad del tratamiento.

En efecto, es posible observar las mejoras a lo largo de la intervención en aquellos beneficiarios quienes adquieren, a través de una óptima adherencia al tratamiento, una carga viral indetectable, y su evolución en cuanto a su estado físico, así como el bienestar emocional desencadenado, resulta un refuerzo positivo per se, para mantenerse en adherencia.

El empleo de estrategias cognitivo conductuales para el abordaje de la adherencia al tratamiento, resultó ser muy efectivo, tal y como lo proponen Brannon, Feist y Updegraff (2013). Dentro del ejercicio profesional, el hecho de reconocer que le dificulta a la población adherirse al tratamiento, así como conocer las cogniciones y emociones al respecto, facilita trabajar el esquema de pensamiento y orientar, de acuerdo con las necesidades identificadas, ofrecer pautas y herramientas que favorezcan dicho proceso de adherencia.

De igual modo, son muchas las variables que influyen este proceso, tal y como se apreciaba en el caso del adulto mayor que no lograba adherirse al tratamiento, quien estaba influenciado por diversas problemáticas psicosociales y personales, que inciden en una baja respuesta ante los programas propuestos para la adherencia al tratamiento.

Según Brannon, Feist y Updegraff (2013), algunos factores que influyen este proceso de adherencia, son las características de la enfermedad, como por ejemplo la gravedad de la misma, los efectos secundarios de la medicación, la duración y la complejidad del tratamiento, variables personales como el género, la edad, el apoyo social y emocional, los rasgos de personalidad, el sistema de creencias, las normas culturales, la relación con su médico, así como características propias de dicho profesional.

Pensando en función del caso anteriormente mencionado, los principales factores que interrumpieron el proceso de adherencia al tratamiento, fueron los efectos secundarios de la medicación, el poco apoyo recibido, así como otras variables socioambientales, pues vive en

condiciones deplorables, y ciertamente todas estas vulnerabilidades repercuten negativamente en la adherencia.

De acuerdo con Chollier, Tomkinson y Philibert (2016), existen consecuencias del estigma dentro del mismo sistema de salud, además de vulnerabilidades psicosociales y déficits institucionales, los cuales afectan, tal y como se aprecia en este caso descrito, en los procesos de adherencia al tratamiento y en el bienestar de la población que vive con VIH.

Por otra parte, el Hogar Nuestra Señora de la Esperanza cuenta con un importante equipo interdisciplinario, lo cual facilita el acompañamiento a los beneficiarios en distintas áreas, incentivando el mantenimiento de actividades afines a un estilo de vida saludable, que según Brannon, Feist y Updegraff (2013), ayudan a mantener un adecuado estado de salud, por lo que es primordial el trabajo interdisciplinario como una constante en la atención a las personas que viven con VIH.

Siguiendo bajo esta línea y buscando el bienestar y la calidad de vida de la población meta, el trabajo en cuanto al desarrollo personal y al manejo emocional, fueron pilares fundamentales en este trabajo final de graduación.

Tal y como mencionan Antela (2004), Alcántara (2008) Vargas, Cervantes y Aguilar (2009), Chacón y Sandoval (2012), Chollier, Tomkinsin y Philibert (2016), se pudo evidenciar, en esta inserción profesional, que la población con VIH presenta un complejo repertorio emocional, experimentando miedo, ira, tristeza, vergüenza, impotencia, culpa, desesperanza, sentimientos hostiles vinculados a la discriminación, la estigmatización, así como patrones depresivos y ansiosos.

Es por tanto, que la expresión emocional, la escucha, el acompañamiento y las herramientas para el manejo emocional, son primordiales en la intervención con personas con VIH, considerando desde luego, todas las consecuencias emocionales que experimentan

desde que conocen su diagnóstico, hasta la vivencia de los procesos de adherencia al tratamiento, el manejo de los efectos secundarios, la experiencia social, familiar y demás.

La culpa, el miedo y la tristeza, son las emociones que se presentaron con mayor frecuencia a lo largo de la intervención. Independientemente del género, los beneficiarios aludían malestares emocionales asociadas a esas tres emociones y fundamentados en creencias estereotipadas, manifestando una fuerte discriminación interna.

Ante dicha situación, se enfatizó en reiteradas ocasiones que ellos son más que un diagnóstico, se trabajó sobre todo mediante la reestructuración cognitiva y buscando genuinamente su desarrollo personal. Este último, fue un eje de suma relevancia pues, para efectos de esta intervención se buscó que el desarrollo personal involucrara aspectos de la adherencia al tratamiento y de las estrategias de afrontamiento, pero otorgándole total responsabilidad al beneficiario, como ser integral y volitivo, para asumir sus propias decisiones sobre su estado de salud.

Corresponde entonces, dentro de la labor profesional, facilitar herramientas, acompañar procesos y permitirle a las personas con VIH/sida, construir experiencias más allá de su enfermedad, logrando incidir en sus vidas personales, así como lograr un impacto a nivel social y de salud pública.

Los resultados en la intervención de desarrollo personal, fueron acorde con lo planteado por Kraaij, Gamefski, Schroevers, Van der Veeck, Witlox y Maes (2008) quienes establecen que la intervención cognitivo conductual con población con VIH, orientada por técnicas como el reenfoque positivo y la revaloración positiva, favorece el crecimiento personal de estas personas. Así, en los abordajes presentados en esta práctica, se buscaba enfatizar en la lucha por el bienestar, el autocuidado y la asertividad.

Esos tres ejes organizan el desarrollo del segundo taller grupal, en el cual se abordó insistentemente y desde diversas estrategias metodológicas, lo que Cañas (2014) concibe

como la rehumanización, que consiste en devolverle a esa persona, quien, por diversas circunstancias ha atravesado procesos de calle, de abuso de sustancias, abandono, sufrimiento, estigmatización; su condición de ser humano, y acompañar este proceso de una manera sensible y comprometida.

2. Análisis según la modalidad

Es necesario mencionar que esta intervención se orientó desde tres modalidades, de acuerdo con la población a la cual se dirigía. Inicialmente se hará referencia a la atención psicoterapéutica individual, luego se desarrollará el análisis de los resultados obtenidos en los procesos grupales y al final, al acompañamiento realizado con los familiares.

De acuerdo con Alvarado (2008) las personas con VIH llegan a consultar en el área de psicología por otras problemáticas más allá de su diagnóstico, lo cual, también es evidenciado en las distintas intervenciones individuales, donde, a pesar de que siempre de una u otra forma se hacía referencia al VIH, este no era el centro del abordaje en todos los casos y por el contrario, se identificaban como metas terapéuticas, temas similares a los encontrados en la población que vive sin la infección.

Por su parte, la intervención en situación de crisis también fue una labor indispensable realizada durante esta práctica dirigida. De acuerdo con Vargas, Cervantes y Aguilar (2009), vivir con este diagnóstico representa para muchos una crisis y de acuerdo con la experiencia profesional, se puede evidenciar que ciertamente así es. Aunado a la misma, otros múltiples factores surgen como propulsores de un estado de crisis, los cuales se deben considerar pues constituyen, de cierto modo, un perfil de la población con VIH que recibe atención en este tipo de organizaciones (en condición de calle, con consumo problemático de sustancias, con problemas psicosociales, en condición migratoria irregular).

En cuanto a la atención psicoterapéutica individual, en aquellos abordajes que sí competían exclusivamente con la intervención en relación con el VIH, se puede afirmar que los lineamientos de los abordajes surgidos en esta práctica dirigida, concuerdan con los planteamientos propuestos por Tobón y Vinaccia (2003), en relación con los objetivos terapéuticos que orientan la intervención en cada fase de la infección que atraviesa la persona.

Esto evidencia que en efecto, existen pautas básicas de intervención de acuerdo con la fase de la infección, sin obviar, las diferencias que se pueden presentar en cada persona y valorando sus capacidades y limitaciones. Dos de los beneficiarios atendidos presentaban restricciones motoras importantes, por lo que, por ejemplo a la hora de trabajar mediante autorregistros se tuvieron que adaptar nuevas modalidades de intervención para su proceso.

Nuevamente en el caso de DA. se puede afirmar que dicho proceso, a pesar de romper con los parámetros tradicionalmente conocidos por la intervención psicoterapéutica, también corresponde a un abordaje de esta disciplina, pues desde el marco de la psicología de la salud, se busca aplicar principios psicológicos a la salud física de los beneficiarios, siendo esta, de acuerdo con Brannon, Feist y Updegraff (2013), uno de los objetivos de la psicología de la salud.

Adaptarse y mantener la flexibilidad es primordial al trabajar con poblaciones que presentan algún tipo de discapacidad, pues la psicología debe responder a sus necesidades, así como incentivar su desarrollo y optimizar su involucramiento en distintas áreas, incluyendo su propio estado de salud, sobre todo, siendo población que vive con VIH.

Estas particularidades también se tuvieron que implementar en los espacios de interacción grupal, pues no todos contaban con las mismas facilidades motoras y cognitivas, por tanto, las estrategias metodológicas y la evaluación, debieron ajustarse a las capacidades

de la población, de modo que se tuviera un impacto en todos los participantes, sin generar exclusiones en función de sus diferencias.

El trabajo grupal realizado en cuanto a las temáticas de adherencia al tratamiento, estrategias de afrontamiento y desarrollo personal, resultó ser muy pertinente, pues permitió conocer las experiencias de los otros, para así tomar de sus recomendaciones y valorar estrategias alternativas que de manera individual, no hubieran surgido.

No se puede obviar que hay un componente emocional y cognitivo importante en estas temáticas, por lo que, al expresar sus propias vivencias se canalizan muchas emociones y se debaten muchos pensamientos irracionales, lo que tiene un impacto positivo en la población beneficiaria. Asimismo, en particular el desarrollo personal, específicamente encausado hacia la lucha por el bienestar, es un trabajo que indiscutiblemente se debe trabajar con la población que vive con VIH.

Por su parte, dentro del desarrollo personal se proponía fortalecer el vínculo entre los beneficiarios, en el sentido de formar una red de apoyo que sustente los diferentes procesos de recuperación que dirige el hogar, sin embargo, se pudo evidenciar que el vínculo existente entre algunos beneficiarios era muy hostil, por lo que, se modificó el objetivo de la intervención, buscando incidir de forma positiva en esta relación mediante ensayos conductuales en asertividad.

Solo dos sesiones fueron dedicadas a esta temática, por lo que, su alcance fue muy limitado, además de que es una problemática recurrente y que involucra buena parte de los beneficiarios/as, por tanto, es primordial continuar abordando estos vínculos de manera que mejore la convivencia interna en el hogar.

En cuanto al manejo emocional, es imprescindible contar con herramientas para su abordaje, pues en diversas ocasiones, se presentaron detonantes que desencadenaban el llanto en algún beneficiario y esto, tenía implicaciones a nivel del desarrollo grupal, por lo que, las

estrategias de contención, validación, así como saber responder ante estos emergentes de forma sensible y profesional es fundamental con esta población dentro de la dinámica grupal.

De igual manera, se considera importante destacar que el mismo grupo sabe responder empáticamente ante las dificultades experimentadas por sus pares, a pesar de las diferencias que puedan existir entre ellos. Es posible observar dentro de la dinámica grupal la capacidad de organización, la sensibilidad, el carisma y el apoyo emitido entre los mismos beneficiarios.

De acuerdo con Labrador (2009), el modelo de intervención cognitivo conductual, busca que la persona beneficiaria asuma un posicionamiento activo en relación con su propio proceso, de modo que se fortalezca un trabajo en conjunto entre el terapeuta y el beneficiario. Este ejercicio, resultó ser muy apropiado en cuanto a la intervención, pues nunca se tomó una posición de poder, y por el contrario, se facilitaba para que ellos mismos intervinieran y asumieran roles protagónicos en las diferentes sesiones, ya que, finalmente ellos son los expertos en la vivencia del diagnóstico, así como todas sus consecuencias adyacentes.

En relación con este tema, se puede aludir al beneficiario que voluntariamente solicitó un espacio para abordar el tema de la Ley 7771, quien se convirtió en un facilitador del proceso, pues en otras oportunidades tomó un rol protagónico, e incluso, el mismo facilitaba la integración de otros en el desarrollo de sus intervenciones. Valga mencionar que posterior a su egreso del hogar, él se encuentra trabajando en la prevención al VIH.

Asimismo, en muchas otras ocasiones durante la intervención grupal, se facilitó el espacio para que fueran ellos mismos quienes opinaran y debatieran las creencias del otro, pudiendo identificarse otros liderazgos positivos en la dinámica grupal.

Considerando el impacto en aquellos beneficiarios que tuvieron la oportunidad de participar tanto de las modalidades de intervención grupal como individual, se pudo observar que las intervenciones fueron complementarias, de manera que, ambos procesos se enriquecían y a su vez se complementaban.

El abordaje individual permitía reflexionar y desde luego hacer una intervención exclusiva, así como profundizar en diversas áreas que de manera grupal son imposibles a trabajar, y paralelo a esto, la intervención grupal se veía enriquecida con las valoraciones realizadas por estos beneficiarios atendidos de forma individual, pues ya estaban más familiarizados y entrenados en las temáticas trabajadas, favoreciendo el desarrollo de las sesiones.

Desde el otro punto, en las sesiones de psicoterapia, siempre se hacía referencia de una forma u otra al proceso grupal, pues sobre todo compartir y descubrir que otros beneficiarios atraviesan condiciones y situaciones similares, incide en un proceso de identificación grupal, fortaleciendo relaciones empáticas e influyendo positivamente el trabajo tanto grupal como individual.

En relación con la intervención familiar, la temática de la psicoeducación y el manejo emocional fueron fundamentales, pues los mitos y estereotipos se encontraban en las personas más cercanas a los beneficiarios y esto desencadenaban también en los familiares emociones negativas. Igualmente, en coincidencia con lo propuesto por Tobón y Vinnacia (2003), el abordaje en aquellos casos en donde fallece la persona, es primordial, pues el proceso de la pérdida resulta muy doloroso y ocultar el motivo de la muerte, desgastante.

Además de estas temáticas, en las intervenciones familiares también se brindó acompañamiento y se trabajaron estrategias cognitivo conductuales, obteniendo resultados positivos en las distintas intervenciones. Asimismo, uno de los abordajes más significativo fue el realizado por medio de la atención domiciliaria.

Esta experiencia fue sumamente enriquecedora, pues permitió tener un acercamiento efectivo a la realidad de la familia y hacer diferentes valoraciones, que, desde la intervención en un consultorio tradicional no se puede realizar. Asimismo, la complejidad del caso, por las diferentes enfermedades que se presentan, además del VIH, así como las limitaciones económicas y sociales con que vive esta familia, hace que esta intervención fuera de

particular relevancia, pues además es la primera atención domiciliaria que se realiza en el hogar, y este plan piloto, puede resultar un trabajo pionero para abordar más intervenciones familiares bajo esta modalidad.

3. Análisis integrativo

Esta práctica final de graduación busca dar respuesta a dos objetivos generales, los cuales han orientado cada una de las diferentes labores realizadas en estos meses de inserción profesional. El desarrollo de competencias profesionales es el hilo conductor de estos objetivos y dichas competencias giran en torno al empleo de técnicas cognitivo conductuales, consideradas dentro del marco de la psicología de la salud, para la atención a la población con VIH y sus familiares.

De acuerdo con las tareas realizadas se puede afirmar que, las distintas modalidades de intervención, ya sea individual, grupal o familiar, han incidido en la adquisición de diversas habilidades, pues es en el abordaje diario donde se desarrollan las destrezas para afrontar los retos del quehacer profesional.

Más 130 intervenciones individuales con sus respectivos resultados tras la evaluación y el respaldo de los expedientes, evidencian que se han adquirido competencias profesionales en relación con los procesos psicoterapéuticos individuales. El abordaje en temáticas relativas a la adherencia al tratamiento y a las estrategias de afrontamiento, han generado herramientas metodológicas para poder trabajar con la población con VIH, pues estos ejes de intervención son muy afines a dicha población.

Igualmente, se han desarrollado mayores destrezas para aplicar técnicas cognitivo conductuales, sobre todo en la reestructuración cognitiva, que fue la técnica más empleada a lo largo de este trabajo final de graduación. Asimismo, se han desarrollado habilidades en

cuanto a la intervención en crisis, a la aplicación de pruebas y a la atención a población en condiciones particulares, ya sea, en cuanto a su realidad social o de salud.

Se considera que, una habilidad importante adquirida, es el manejo de la dinámica grupal, pues inicialmente, en las evaluaciones realizadas por la asesora técnica, se enfatizaba que se debía mejorar el manejo del grupo, en cuanto a las participaciones y el manejo del tiempo. Finalmente, tras los dos talleres implementados, se puede reflejar que el desarrollo de las sesiones ha mejorado, en cuanto se organizan mejor las intervenciones de los participantes, la facilitadora ha logrado posicionarse asertivamente para dirigir el proceso y su evolución, así como los objetivos propuestos en la sesión, se han logrado cumplir en el tiempo establecido.

Otras habilidades adquiridas giran en torno al aprovechamiento de diversos emergentes, que eventualmente pudieron ser obstáculos, pero se enfocaron desde otra perspectiva, logrando aprovechar de manera positiva estas situaciones. También implementando metáforas y estrategias de intervención accesibles y comprensibles para todos los beneficiarios involucrados, trabajando principalmente en materia psicoeducativa.

La experiencia del trabajo interdisciplinario y tomar un rol activo para posicionarse ante profesionales de distintas áreas, para realizar planteamientos y buscar acciones conjuntas de abordaje, así como aclarar dudas y hacer señalamientos respecto a varias temáticas de relevancia, es también una nueva competencia de suma importancia, sobre todo porque en muy pocas intervenciones a lo largo de las prácticas profesionalizantes se cuenta con un equipo tan variado de profesionales como el que se encuentra en el hogar.

Los abordajes en materia emocional facilitaron la adquisición de competencias asociadas a la contención y a ofrecer herramientas para el manejo de emociones, así como poder manejar un grupo cuando una temática sensible los movilizaba, logrando validar la emoción presente, pero sin permitir que se genere un desborde incontrolable entre los involucrados.

Bajo esta línea, se concibe que una competencia profesional importante, es saber discriminar entre lo laboral y lo personal. Si bien, es difícil no involucrarse hasta cierto punto con los procesos abordados, así como no verse influenciado por las muertes, saber manejar estas dinámicas, el manejo de la frustración y la preocupación, son de los recursos más valiosos con que puede contar un profesional de la salud, trabajando con una población tan compleja como las personas con VIH.

En relación con el abordaje familiar, las principales habilidades adquiridas se enfocan al manejo de temas delicados, como el acompañamiento posterior a la muerte, las destrezas terapéuticas para desempeñarse en atenciones domiciliarias y la capacidad de hacer referencias eficaces a otras instituciones para que se otorgue el acompañamiento necesario en cada caso particular.

Por su parte, en relación con el espacio de crecimiento personal, las competencias profesionales adquiridas están vinculadas a la facilidad de concebir una integración temática y a la sensibilidad para acercarse a la población. En este caso se entiende por integración temática, la habilidad para vincular los distintos ejes abordados en los dos talleres, concibiendo como un continuum los diversos temas.

Todos los abordajes realizados desde esta práctica dirigida tienen una relación directa con la psicología de la salud, la cual busca que, más allá de la ausencia de la enfermedad la persona actúe como director o directora de su propio proceso de salud, tomando posturas y repertorios conductuales responsables, concienzudos, buscando por sobre todo su bienestar y su desarrollo ante las distintas situaciones adversas que en su cotidianidad se presentan.

Por tanto, se puede afirmar que se han desarrollado competencias profesionales en el área de psicología de la salud en la atención a personas que viven con VIH y sus familias, evidenciándose esto también, con las evaluaciones mensuales que la asesora técnica realizaba de las distintas intervenciones en función de cumplir con los objetivos generales. Dichas

evaluaciones reflejan la pertinencia de los abordajes y el desarrollo profesional adquirido por la practicante.

LIMITACIONES

En este apartado, se describirán los principales obstáculos identificados en el desarrollo de este trabajo final de graduación.

1. Limitaciones asociadas a la institucionalización:

En muchos casos, los beneficiarios adjudicaban malestares a la experiencia de la institucionalización, pues se encuentran separados de su familia o les resulta complejo adaptarse a la dinámica y la convivencia en el hogar. Esto se reflejaba en la actitud negativa de algunos beneficiarios a la hora de involucrarse en el espacio grupal.

Asimismo, la asistencia impuesta de carácter obligatorio a los talleres por parte de la administración del hogar, abocaba en algunos tener poca disposición por participar, por lo que fue un reto constante, proponer en las sesiones grupales una metodología que atrajera a los beneficiarios, así como contar con los incentivos reforzantes que estimularan la participación e involucramiento, más allá de un cumplimiento obligatorio.

2. Problemas de convivencia.

Con suma frecuencia se encontraron conflictos relativos a la convivencia entre los internos del lugar. Ellos han asumido etiquetas, relacionadas con el estigma de la persona en condición de calle, y afirman que “han salido de la calle, pero no la calle de ellos”, lo cual hace alusión a que, a pesar de estar viviendo en el Hogar, les resulta una tarea compleja convivir y mantener relaciones respeto, pues, de acuerdo con las experiencias de algunos, su estado de callejización no les demandaba la convivencia con otros, labor que sí se requiere dentro del Hogar.

La prevalencia de estos conflictos es tal, que incluso en la sesión en la que se abordaba la asertividad, se presencié un ejemplo real de las diferencias entre ellos, lo cual dificultó el

desarrollo esperado de la sesión, a pesar de que fue aprovechado el momento en relación con la temática.

A nivel de institución, se puede afirmar que los problemas de convivencia alteran el funcionamiento normal del hogar, así como también, perjudican el proceso de recuperación de los beneficiarios, pues, los contextos hostiles y violentos tienen un impacto negativo en la salud de cualquier persona independientemente de la presencia de un diagnóstico específico.

3. Problemas asociados al consumo de sustancias

La gran mayoría de los beneficiarios del hogar, han presentado un historial de consumo importante, desembocando en dos situaciones por considerar: una asociada al manejo y la intervención en los procesos de abstinencia, puesto que muchos beneficiarios lidian con estos mientras se preparan para iniciar el tratamiento antirretroviral y realmente se cuenta con pocas herramientas para el abordaje, el acompañamiento y el apoyo interinstitucional para velar por el mantenimiento de la abstinencia en los beneficiarios.

Por otra parte, algunos de los beneficiarios han regresado al hogar posterior a un egreso exitoso por una recaída en el consumo de sustancias, lo que es muy preocupante, pues asociado al consumo se da una interrupción a la adherencia, lo que reduce los esquemas farmacológicos posibles para intervenir y esto perjudica su estado de salud. Igualmente se debe recordar que la Caja Costarricense del Seguro Social, no ofrece tratamiento antirretroviral a aquellas personas que se encuentran en condición de calle, por lo que, además del problema propio del consumo, la alteración en la adherencia al tratamiento puede presentar consecuencias severas para la salud del beneficiario.

La problemática en este caso sería que, el Hogar no cuenta con los recursos, ni los profesionales a cargo con la especialización suficiente para dar una atención de acuerdo con las demandas específicas de la población, lo que, puede limitar el impacto de las

intervenciones realizadas, en el sentido de que, el problema de consumo se sobrepone a las otras problemáticas propias del VIH y finalmente el estado de salud del beneficiario se ve sumamente deteriorado.

4. Limitaciones económicas

La condición de pobreza y el desempleo, son también problemáticas que afectan a la población con VIH en el país y esta situación se refleja en el discurso de muchos beneficiarios externos, quienes no podían asistir semanalmente a las sesiones individuales por la ausencia de recursos económicos para costearse los pasajes del servicio de transporte público. Ante estas situaciones, el hogar les apoya monetariamente de manera irregular, pero esta limitación incide en el proceso terapéutico, su duración y su alcance.

Igualmente, dentro del objetivo de la atención familiar, se realizó el contacto con otras dos familias para brindarles acompañamiento, sin embargo, por las dificultades económicas que le impedían su traslado al hogar, estas familias no pudieron ser atendidas. Igualmente como una medida de protección a la estudiante, no se realizaron atenciones domiciliarias, puesto que ambas habitaciones se ubican en regiones consideradas de vulnerabilidad social y representaba un riesgo real para su persona.

CONCLUSIONES

A modo de cierre considerando lo comentado en este Trabajo Final de Graduación, se puede concluir lo siguiente:

En relación con las estrategias de afrontamiento:

- ❖ En la atención psicoterapéutica es necesario instrumentar a la persona en aquellas estrategias de afrontamiento que le resulten útiles y funcionales para adaptarse a su condición de salud, así como a su realidad, fortaleciendo las estrategias con las que ya cuenta en su cotidianidad para afrontar el diagnóstico.
- ❖ En particular, la lucha por el bienestar ha sido, de acuerdo con los resultados de esta práctica, la estrategia de afrontamiento más significativa y funcional para los beneficiarios que participaron en los diferentes modos de intervención.

En cuanto a la adherencia al tratamiento:

- ❖ La adherencia al tratamiento es una temática fundamental de abordar con la población beneficiaria del Hogar, pues muchos beneficiarios, por distintas situaciones, han abandonado el tratamiento en alguna ocasión, por tanto, es imprescindible ofrecer herramientas a la persona para que adquiera hábitos de adherencia.

Relativo al grupo de crecimiento personal:

- ❖ La asertividad, la lucha por el bienestar y el autocuidado son ejes importantes para el desarrollo personal de la población beneficiaria, partiendo de que, ellos son más que un diagnóstico y recalcando el potencial para afrontar las adversidades.
- ❖ El establecimiento de vínculos entre los beneficiarios internos del Hogar cimienta las bases para una red de apoyo que resulta muy eficaz para mejorar la dinámica de convivencia del Hogar.

- ❖ La escucha empática es un ejercicio básico para el acompañamiento de la población con VIH/sida en relación con la expresión emocional, pues la gran mayoría de los beneficiarios/as han experimentado, además de la discriminación sufrida por el diagnóstico, otro tipo de discriminación asociada a su lugar de procedencia, a su orientación sexual y su estado de callejización.

En alusión al trabajo interdisciplinario:

- ❖ El trabajo del equipo interdisciplinario enriquece de una forma invaluable el proceso de recuperación de los beneficiarios/as, por tanto, la comunicación y el planeamiento de objetivos en común, es primordial entre los profesionales involucrados para que las metas en conjunto se orienten a fortalecer la adherencia al tratamiento y al repertorio de conductas saludables.

En cuanto a la atención a familiares:

- ❖ La familia, tanto como la persona que vive con VIH, sufre la discriminación, así como sentimientos de vergüenza, de culpa y asume muchas conductas de rechazo, por lo que, el trabajo con las familias es muy necesario.
- ❖ Los familiares a las personas que viven con VIH constituyen una efectiva red de apoyo, por tanto, la psicoeducación y el acompañamiento emocional son tareas indispensables para abordar con esta población.

Respecto a los objetivos generales:

- ❖ El enfoque cognitivo conductual ofrecen toda una diversidad de técnicas para incidir a nivel cognitivo, conductual y emocional en la población beneficiaria, lo cual, resulta un enfoque muy acertado para trabajar con personas que viven con VIH, pues ayuda a minimizar su malestar y desenvolverse mejor en su medio a través de

modificaciones conductuales para mejorar su adherencia y de sus esquemas cognitivos en relación al diagnóstico.

- ❖ El marco referencial de la Psicología de la Salud favorece a que la persona pueda posicionarse como un ente activo ante su propio proceso de salud, protagonizando un rol determinante en pro de su bienestar y su calidad de vida.
- ❖ El manejo emocional, la psicoeducación, la validación, la contención y los primeros auxilios psicológicos fueron primordiales en el desarrollo de la práctica profesional, convirtiéndose en competencias requeridas para la atención a la población con VIH.
- ❖ Los espacios de intervención informal, así como las múltiples labores que surgen en el quehacer de un psicólogo/a inserto en una organización, son de suma relevancia para la formación y el desarrollo profesional.
- ❖ Una tarea fundamental del psicólogo/a es adaptarse a las necesidades y a las capacidades de la población beneficiaria con la cual trabaja, pues debe responder de manera integradora e inclusiva, a pesar de las limitaciones de salud de algunos beneficiarios, así como otras limitaciones asociadas a la institucionalización o problemáticas sociales.
- ❖ Es imprescindible trabajar con sensibilidad y de manera ética con esta población, que muchas veces, debido a tanto rechazo, ha olvidado su condición de ser humano, por tanto, el trato cálido y la escucha genuina, siempre deben estar presentes en las diversas intervenciones.
- ❖ La integración de diversas modalidades de intervención: individual, grupal y familiar, ha enriquecido de manera significativa el desarrollo de habilidades y competencias profesionales en el área de Psicología de la Salud y las técnicas cognitivo conductuales en el abordaje con población con VIH y sus familiares.

En relación con los objetivos externos:

- ❖ Esta experiencia profesional, logró causar un impacto positivo en la calidad de vida y el bienestar de las personas beneficiarias del Hogar, no obstante, también la existencia de este Trabajo Final de Graduación logra visibilizar las necesidades de estas personas, reflejando la realidad social de quienes viven con VIH en Costa Rica.
- ❖ Las estrategias metodológicas empleadas evidencian que la Psicología de la Salud es una disciplina capaz de aportar las herramientas necesarias para desarrollar abordajes oportunos con la población con VIH/sida.

Si bien, la población beneficiaria del Hogar refleja múltiples problemáticas que afectan a las personas que viven con VIH en el país, en la psicología existen diversas disciplinas que pueden realizar valiosos aportes, por ejemplo la psicología social, educativa, comunitaria y laboral. Por tanto, es importante cuestionarse ¿para quién la psicología?, sin perder la perspectiva de que, nuestra labor debe responder a las necesidades sociales e individuales; así como involucrar a las minorías, luchar contra el estigma, la discriminación y la exclusión social.

RECOMENDACIONES

A partir de la experiencia profesional realizada con las personas con VIH/sida y sus familiares, se lograron identificar distintas necesidades, éstas no podían ser abordar dentro de la práctica dirigida, por lo que es primordial señalarlas a continuación. En primer lugar se desglosan las recomendaciones para la institución en la que se desarrolló este Trabajo Final de Graduación, seguidas las recomendaciones a la Escuela de Psicología de la Universidad de Costa Rica y finalmente a los estudiantes adscritos a ella.

1. Al Hogar Nuestra Señora de la Esperanza

- ❖ Trabajar el área de la convivencia por medio de estrategias cognitivo conductuales para mejorar las relaciones entre los beneficiarios y así incidir en una cultura de paz.
- ❖ Realizar coordinaciones interinstitucionales, en función del acompañamiento en el abordaje de las adicciones, así como con otras instancias que trabajan con esta población.
- ❖ Mantener la apertura a prácticas profesionalizantes de modo que se le pueda dar continuidad a los procesos desarrollados en esta práctica dirigida y se continúe la vinculación entre la UCR y el Hogar.
- ❖ Promover la creación un espacio semanal dedicado al autocuidado para los funcionarios.
- ❖ Darle continuidad al plan de co-cuidado entre los beneficiarios/as internos.
- ❖ Trabajar tanto con los beneficiarios internos como externos en la educación financiera, en cuanto al manejo de los ingresos monetarios y demás.

- ❖ Habilitar espacios de interacción entre la población beneficiaria externa y la interna, de modo que puedan compartir y establecer vínculos efectivos para poder instituir una red de apoyo sólida, que logre unificar y visibilizar a la población con VIH.
- ❖ Crear un programa de pares dentro del Hogar. Esto implica estimular y ofrecer herramientas a aquellos beneficiarios y beneficiarias que posean características de liderazgo para acompañar los procesos de recuperación de los demás beneficiarios/as. Se buscaría por tanto que a lo interno de la organización exista un grupo de apoyo bajo la tutela de varias personas con esta condición de salud y con la supervisión y el acompañamiento profesional del equipo interdisciplinario de la institución.
- ❖ Diseñar un espacio para reunir a aquellos familiares que quieran compartir de sus vivencias y enriquecerse de las experiencias de otras familias que viven en situaciones similares.

2. A la Escuela de Psicología de la Universidad de Costa Rica

- ❖ Promover y apoyar la creación de un Trabajo Comunal Universitario que corresponda a las necesidades de la población con VIH y enfermedad avanzada por VIH en el país, de modo que se pueda visibilizar a mayor escala el impacto de la psicología con dicha población.
- ❖ Incentivar el desarrollo de distintas prácticas profesionalizantes en el Hogar, pues la población beneficiaria requiere una intervención desde distintas áreas (procesos migratorios, intervenciones desde la psicología de la salud, valoraciones psicoeducativas, acompañamiento de reinserción sociolaboral, labores de prevención y psicoeducación).

- ❖ Instrumentar tanto en cursos teóricos como en los módulos el trabajo interdisciplinario como una labor indispensable dentro del quehacer del profesional en psicología.

3. A los estudiantes de la carrera de Psicología de la Universidad de Costa Rica

- ❖ Involucrarse de manera activa, comprometida y voluntaria con el hogar.
- ❖ En caso de desarrollar talleres grupales, la hora de la mañana es la ideal, considerando su procesamiento cognitivo y las dinámicas del hogar en cuanto a otros voluntariados (manualidades, artesanía, cómputo).
- ❖ Buscar actividades como cine foros, videos, o estrategias que les puedan resultar lúdicas, pues lo disfrutan, facilita el involucramiento en el proceso y es una estrategia metodológica muy funcional para trabajar con esta población.
- ❖ Mantener conductas de autocuidado, pues en muchas ocasiones puede resultar desgastante, e incluso frustrante el trabajo con una población tan estigmatizada y deshumanizada.
- ❖ En caso de optar por una práctica final de graduación, es recomendable dedicar un periodo previo a los meses efectivos de la práctica, para involucrarse con el hogar, la población, el personal, las demandas y los quehaceres, de modo que, a la hora de integrarse como practicante, tenga las herramientas, la confianza y se encuentre más adaptado a las exigencias del hogar, así mismo, los beneficiarios/as estén familiarizados con su estadía en institución y esto favorezca en su apertura en los distintos procesos.
- ❖ Es muy oportuno contar con conocimientos básicos en relación con la psicología de la salud y la adherencia al tratamiento, la psicología social y en general, conocer

elementos propios del diagnóstico y el tratamiento antirretroviral. Es fundamental contar con herramientas concernientes al sistema de psicoterapia cognitivo conductual y a los primeros auxilios psicológicos, así como tener una visión permeada por la sensibilidad y mucho respeto por distintas poblaciones estigmatizadas (como la población trans, personas en condición de calle o en condición migratoria irregular). Estos recursos, aunados a conocimientos en cuanto al manejo de las adicciones, pueden resultar muy útiles pues el perfil de la población beneficiaria del Hogar, requiere un apoyo importante en dichas áreas.

Finalmente se considera de suma relevancia atender a las recomendaciones ya descritas pues, tanto el Hogar Nuestra Señora de la Esperanza, la Escuela de Psicología de la Universidad de Costa Rica, como los estudiantes adscritos a ella, pueden realizar grandes aportes a la población con VIH en el país, que valga reiterar, son personas con una importante capacidad transformadora de su espacio y un espíritu de lucha invaluable.

Asimismo, el involucramiento de la UCR responde al compromiso de la universidad pública con aquellos grupos desfavorecidos socialmente, así como al objetivo de formar profesionales sensibles ante una realidad que a todos y todas les compete, pues aún como sociedad falta mucho por trabajar, sobre todo, recordando que incluso quienes laboran con personas con VIH, han sufrido discriminación debido a su espacio de trabajo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alfaro, J. y Soto, N. (2006). *Estudio sobre la atención en enfermería en el entrenamiento en relajación para el manejo de estrés en una población con VIH/sida. Fundación Hoy por ti. San José, Costa Rica* (Tesis para optar por el grado de licenciatura en Enfermería). Universidad de Costa Rica.
- Alcamí, J. y Coiras, M. (2011). Inmunopatogenia de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana. *Enfermedades infecciosas y microbiología clínica*, 29 (3), 216-226. Recuperado de <http://www.gesida-seimc.org/contenidos/monografias/gesida-2012-revistaeimc-puestaaldia.pdf>
- Alcántara, R. (2008). *Sintomatología depresiva y adhesión al tratamiento en pacientes con VIH*. (Tesis para optar por el título de Licenciatura en Psicología con mención en Psicología Clínica). Pontificia Universidad Católica del Perú. Recuperado de http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/123456789/403/ALCANTARA_Z APATA_NATALI_SINTOMATOLOGIA_DEPRESIVA.pdf?sequence=1
- Alvarado, E. (2008). *Práctica profesional de psicología de la salud en la Clínica de Coronado, Caja Costarricense del Seguro Social*. (Trabajo final de investigación aplicada sometido a la consideración de la Comisión del Programa de Estudios de Postgrado de Psicología para optar por el grado de Magíster en Psicología de la Salud). Universidad de Costa Rica.
- Antela, A. (2004). *Manual de capacitación en el manejo integral de personas adultas que viven con el VIH/Sida para equipos de atención primaria y comunitarios en Latinoamérica y el Caribe*. Organización Panamericana de la Salud. Washington. Recuperado de

https://www.ministeriodesalud.go.cr/gestores_en_salud/derechos%20humanos/sida/2004ops1.PDF

Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica. (1998). Ley general sobre el VIH/SIDA. Veto No.7771 29 de Abril de 1998.

Bachiller, S. (2010). Exclusión, aislamiento social y personas sin hogar. Aportes desde el método etnográfico. *Zerbutzuam*, 47, 63-73. Recuperado de <http://www.zerbitzuan.net/documentos/zerbitzuan/Zerbitzuan47.pdf>

Ballester, R. (2003). Eficacia de un programa de intervención grupal cognitivo-comportamental para mejorar la adhesión al tratamiento y al estado emocional de pacientes con infección por VIH/SIDA. *Psicothema*, 15 (4), 517-523. Recuperado de <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=1101>

Ballester, R. (2005). Aportaciones desde la psicología al tratamiento de las personas con infección por VIH/SIDA. *Revista de psicología y psicopatología clínica*, 10, 53-69. Recuperado de: <http://revistas.uned.es/index.php/RPPC/article/view/3989>

Berenguer, J., Polo, R., & Rivero, A. (Coords.). (2015). *Documento de consenso de GeSIDA/Plan Nacional sobre el Sida respecto al tratamiento antirretroviral en adultos con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana*. Madrid: GeSIDA y Plan Nacional sobre el Sida. Recuperado de <http://www.gesida-seimc.org/contenidos/guiasclinicas/2015/gesida-guiasclinicas-2015-tar.pdf>

Brannon, L., Feist, J. & Updegraff, J. (2013). *Health Psychology. An introduction to Behavior and Health*. WADSWORTH: Belmont, USA.

Caballo, V. (1998). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*. Siglo XXI de España Editores, S.A.: Madrid, España.

- Cantú, R., Álvarez, J., Torres, E., y Martínez, O. (2012). Impacto psicosocial en personas que viven con VIH-sida en Monterrey, México. *Psicología y Salud* 22 (2), 163-172. Recuperado de: <http://revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/529>
- Chacón, I., y Sandoval, A. (2012). *Programa de intervención psicológica cognitivo-conductual emocional para el desarrollo de estrategias de afrontamiento en persona con VIH* (Tesis para optar por el grado de licenciatura en Psicología). Universidad de Costa Rica.
- Chollier, M., Tomkinson, C., & Philibert, P. (2016). Stigmatisation et impact sur le soin: l'exemple des IST/VIH. *Sexologies*, 25 (4), 179-183. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1016/j.sexol.2016.03.006>
- Colom, F. (2011). Psicoeducación el litio de las psicoterapias. Algunas consideraciones sobre su eficacia y su implementación en la práctica diaria. *Revista Colombiana de Psiquiatría* 40, 147-165. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S003474502011000500011&script=sci_abstract
- CONASIDA (2016, 19 de Mayo). Antecedentes. [Sitio web]. Recuperado de: <http://www.conasida.go.cr/index.php/sobre-nosotros/antecedentes>
- De La Torre, J. & Arazo, P. (2017). *Documento informativo sobre la Infección por el VIH* [Borrador para discusión]. España: GeSIDA y SEISIDA. Recuperado de http://www.gesida-seimc.org/contenidos/guiasclinicas/borrador/gesida-dc-2017-BR-documento_informativo_VIH.pdf
- Edo, M., y Ballester, R. (2006). Estado emocional y conducta de enfermedad en pacientes con VIH/SIDA y enfermos oncológicos. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica* 11 (2), 79-90. Recuperado de: <http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:Psicopat-2006-E709E48F-2443-0939-4383-1CDAD32B9C52/Documento.pdf>

- Experts Panel from the Secretary of the National AIDS Plan (SPNS), Spanish Society of Psychiatry (SEP), AIDS Study Group (GeSIDA) & Spanish Society of Pediatric Infectious Diseases (SEIP). (2016). Executive summary of the consensus document on psychiatric and psychological aspects in adults and children with HIV infection. *Enfermedades infecciosas y microbiología clínica*, 34(1), 54-60. doi: 10.1016/j.eimc.2015.07.017
- Flores, F., Almanza, M., y Gómez, A. (2008). Análisis del Impacto del VIH-SIDA en la Familia: Una Aproximación a su Representación Social. *Psicología Iberoamericana* 16 (2), 6-13. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/1339/133920328002.pdf>
- Gaviria, A., Quinceno, J., Vinaccia, S., Martínez, A., y Otalvaro, C. (2009). Estrategias de Afrontamiento y Ansiedad-Depresión en Pacientes Diagnosticados con VIH/sida. *Terapia Psicológica* 27 (1), 5-13. Recuperado de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082009000100001
- González, A. y Padilla, A. (2006). Calidad de vida y estrategias de afrontamiento ante problemas y enfermedades en ancianos de ciudad de México. *Universitas Psychologica*, 5 (3), 501- 509. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v5n3/v5n3a06.pdf>
- Grierson, J., Koelmeyer, R.L., Smith, A., y Pitts, M. (2011). Adherence to antiretroviral therapy: factors independently associated with reported difficulty taking antiretroviral therapy in a national sample of HIV-positive Australians. *HIV Medicine* 12 (9), 562–569. Recuperado de <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1468-1293.2011.00928.x/full>
- Güel, A. (1999). *Experiencia terapéutica grupal para personas VIH/SIDA homosexuales. Un aporte desde la perspectiva cognoscitiva*. (Informe de sistematización de la

residencia práctica para optar por el título de magistral en trabajo social con énfasis en intervención terapéutica). Universidad de Costa Rica.

Güel, A. (2002). La adherencia al tratamiento antirretroviral en personas VIH/sida. Un abordaje desde la perspectiva del Trabajo Social. *Revista de Trabajo Social*, (64), 7-23.

Guerrero, S., y Ovares, E. (2000). *Transformaciones en la Intervención profesional de: Trabajo Social derivadas de la utilización de la terapia antirretroviral en el tratamiento de pacientes VIH-SIDA dentro del Sistema Hospitalario Nacional del Área Metropolitana*. (Tesis para optar al grado de Licenciatura en Trabajo Social). Universidad de Costa Rica.

Jiménez, L. y Araya, J. (2006). *Implicaciones personales y sociofamiliares del VIH/sida según la percepción de las mujeres seropositivas usuarias de la Clínica del sida del Hospital Monseñor Sanabria de Puntarenas: Localidades de Puntarenas, Monteverde y Nicoya*. (Tesis para optar por el grado de licenciatura en Trabajo Social). Universidad de Costa Rica.

Kraaij, V., Garnefski, N., Schorevers, M., van der Veek, S., Witlox, R. & Maes, S. (2008). Cognitive doping, goal self-efficacy and personal growth in HIV-infected men who have sex with men. *Patient Education and Counseling*, 72, 301- 304. Recuperado de: https://pure.rug.nl/ws/files/2712846/Kraaij_2008_Patient_Educ_Couns.pdf

Knobel, H., Polo, R., & Escobar, I. (Coords.). (2008). *Recomendaciones GESIDA/SEFH/PNS para mejorar la adherencia al tratamiento antirretroviral*. Madrid: GESIDA/SEFH/PNS. Recuperado de http://www.gesida-seimc.org/contenidos/guiasclinicas/2008/Gesida_dcyr2008_adherenciaTAR.pdf

Labrador, F. J. (2009). *Técnicas de modificación de conducta*. Madrid: Ediciones Pirámide.

- León-Naranjo, F. (2014). Infección por el VIH (I). *Medicine*, 11 (49), 2894-2991.
Recuperado de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304541214707127>
- López, M. y Monge, S. (2005). *Intervención del trabajo social con mujeres embarazadas y/o con hijos/as menores de dieciocho meses que viven con el VIH/SIDA*. (Tesis para optar por el grado de licenciatura en Trabajo Social). Universidad de Costa Rica.
- Martín, L., y Grau, J. (2004). La investigación de la adherencia terapéutica como un problema de la psicología de la salud. *Psicología y Salud*, 14 (1), 89-99. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/291/29114110.pdf>
- Ministerio de Salud. (2017, 19 de Marzo). Análisis de situación de salud. [Sitio web].
Recuperado de: <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/vigilancia-de-la-salud/analisis-de-situacion-de-salud?limit=20&limitstart=20>
- Mora, D., y Valverde, G. (2006). *La persona adulta mayor que vive con el VIH-SIDA: Lineamientos para una intervención profesional en el sistema hospitalario desde el trabajo social*. (Trabajo final de graduación para optar por el grado de Licenciatura en Trabajo Social). Universidad de Costa Rica.
- ONUSIDA. (2016, 19 de Enero). Datos. El sida en cifras 2015. [Sitio web]. Recuperado de <http://www.unaids.org/es/dataanalysis/knowyourepidemic>
- Organización Panamericana de la Salud. (2016, 22 de Enero). “90-90-90”, las nuevas metas 2020 para controlar la epidemia de VIH/sida en América Latina y el Caribe. [Sitio web].
Recuperado de http://www.paho.org/uru/index.php?option=com_content&view=article&id=848:90-90-90-las-nuevas-metas-2020-para-controlar-la-epidemia-de-vihsida-en-america-latina-y-el-caribe&Itemid=239
- Piña, J., Dávila, M., Sánchez-Sosa, J. Togawa, C., y Cázares, O. (2008). Asociación entre los niveles de estrés y depresión y la adherencia al tratamiento en personas seropositivas

- al VIH en Hermosillo, México. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 23 (6), 377-383. Recuperado de: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/9977>
- Quinn, T. (1988). Perspectivas de la epidemia del SIDA: La experiencia en los Estados Unidos. *Revista Panamericana de Salud Pública* 105 (5-6), 475-489. Recuperado de <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/17796>
- Ramírez, R. (2003). Perspectiva contemporánea de la modificación de Conducta, modelos emergentes. Ponencia presentada en: XIII Simposio Costarricense de Psicobiología, I Simposio Costarricense de Análisis Conductual Aplicado. Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica.
- Richard, P., Bonilla, Y., y Navarro, O. (2012). *Ellas y Ellos Hablan en la calle y en el Hogar de la Esperanza. Testimonios y reflexiones*. Editorial DEI- Humanitas. Costa Rica.
- Rodríguez, I. (28 de noviembre de 2014). CCSS invierte al año \$4,25 millones en fármacos contra VIH. La Nación. Recuperado de http://www.nacion.com/vivir/medicina/CCSS-invierte-millones-farmacos-VIH_0_1454054617.html
- Rojas, D. (2011). *Programa educativo de autocuidado dirigido a las personas con VIH-SIDA albergadas en el Hogar Nuestra Señora de la Esperanza de Cartago 2010-2011* (Tesis para optar por el grado de licenciatura en Enfermería). Universidad de Costa Rica.
- Sánchez-Sosa, J., Cázares, O., Piña, J., y Dávila, M. (2009). Un modelo psicológico en los comportamientos de adhesión terapéutica en personas con VIH. *Salud Mental*, 32, 389-397. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S01853325200900050005

- Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC). (s.f).
Estatutos del Grupo de Estudio de SIDA (GESIDA) de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC). Madrid: Autor.
Recuperado de <http://www.gesida-seimc.org/index.php>
- Tobón, S., y Vinaccia, S. (2003). Modelo de intervención psicológica en el VIH/sida. *Psicología y Salud*, 13 (2), 161-174. Recuperado de <http://revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/888/1640>
- Uribe, A. (2005). Intervención grupal y calidad de vida en personas diagnosticadas de VIH. *Revista Colombiana de Psicología*, (14), 28- 33. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3245916>
- Vargas, J., Cervantes, M., y Aguilar, J. (2009). Estrategias de afrontamiento del sida en pacientes diagnosticados como seropositivos. *Psicología y Salud*, 19 (2), 215-221. Recuperado de <http://www.uv.mx/psicysalud/psicysalud-19-2/19-2/Jaime-Ernesto-Vargas-Mendoza.pdf>
- Villa, C., y Vinaccia, S. (2006) Adhesión Terapéutica y variables psicológicas asociadas en pacientes con diagnóstico de VIH-SIDA. *Psicología y Salud*, 16 (1), 51-62. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/291/29116106.pdf>
- Wolff, C., Alvarado, R., & Wolff, M. (2010). Prevalencia, factores de riesgo y manejo de la depresión en pacientes con infección por VIH: Revisión de la literatura. *Revista Chilena de Infectología*, 27 (1), 65-74. Recuperado de: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182010000100011

ANEXOS

- Anexo 1 Caso de Mario
- Anexo 2 Cuestionario sobre Estrategias de Afrontamiento
- Anexo 3 Cuestionario para la evaluación de la Adherencia al Tratamiento VIH.
- Anexo 4 Instrumento de evaluación para la asesora técnica
- Anexo 5 Cronograma de Gantt

Anexo 1

Extracto. “Ellas y ellos hablan. *En la calle y en el Hogar de la Esperanza. Testimonios y reflexiones*” (Navarro, Bonilla y Richard, 2012, p.27-32).

Mario.

Testimonio personal escrito por él.

Yo nací el 11 de Mayo de 1963 en una provincia de Costa Rica llamada Puntarenas. Éramos una familia numerosa de 9 hermanos. Como teníamos problemas económicos fuimos a vivir a un lugar muy pobre, con muchas limitaciones. Era un terreno donde la gente que no tenía casa se construían casas con madera vieja y latas de zinc. No había techo y recuerdo que cuando llovía se mojaba la cama donde dormía. Se cocinaba con leña, pues no había electricidad. No teníamos cañería de agua potable. El servicio sanitario estaba ubicado a la orilla de la laguna sucia donde no se pescaba ni se comía los peces que ahí estaban.

Toda mi niñez la viví entre todas esas limitaciones, asociado a una familia con padres alcohólicos, agresión física, verbal, psicológica y con muchas limitaciones económicas. Por la mañana yo iba con mi padre al mercado muy temprano para recoger la verdura que él vendía en la carreta por las calles, regresaba a mi casa al mediodía y de ahí me iba a la escuela donde pasaba mis mejores momentos ya que si había algo que yo amaba era estudiar y me apasionaba leer y escribir y las clases de música, todo lo que era cantar y participaba en cuanto evento artístico existía: en las celebraciones del día de la madre, las fiestas patrias, de la independencia, etc.

Un día cansado por las agresiones de mi familia, de las limitaciones con las que había crecido y con el montón de frustraciones a lo largo de mi vida, asociado a una necesidad innata de aventurarme y de tener nuevas experiencias en mi vida, decidí dejar mi casa, mi

familia y tome decididamente el bus que me llevaría a San José la capital de país, que estaba ubicada a 2 horas de distancia de la tierra que me había visto nacer, crecer, sufrir, llorar, aguantar hambre y cuanta tragedia pudo existir en esta tierra.

Una vez ahí, fue peor, sin conocer el lugar, su gente, pasando frío, sin tener que comer ni donde dormir. Recuerdo que fui a dar a un lugar muy famoso que había en San José llamado Calle 12 y en donde vivían la mayoría de travestís que se dedicaban a la prostitución. Me dediqué a buscar la forma de sobrevivir sin necesidad de delinquir. En esos días conocí un muchacho gay de origen oriental, y del cual nos habíamos hecho muy amigos, que tenía una casa donde alquilaba habitaciones tipo familiar y al cual le había pedido que a cambio de trabajo me diera comida y dormida. De esa forma sobreviví muchos años hasta que conocí al que fuera mi primera y única pareja con quien conviví 8 años de mi vida.

Un día conversando con un amigo, me contó que estaba trabajando en un hospital en labores de aseo y me animé a solicitar trabajo el cual me dieron asistiendo pacientes y en donde me sentí identificado desde el primer momento en que empecé a laborar. Ahí tuve excelentes relaciones con mis compañeros de trabajo, y tanto fue el amor que tenía por lo que hacía, que un día decidí estudiar Enfermería, pues realmente me sentía comprometido con los pacientes del Hospital.

Estuve trabajando ahí durante 8 años, y en ese tiempo empecé a salir con compañeros que usaban cocaína. Allá un día, en una de esas tantas fiestas, tuve la oportunidad de conocer y de tener mi primera experiencia con el crack, situación que cambió mi vida por completo.

Ingresado en un lugar para iniciar un proceso de rehabilitación a las drogas, decidí reingresar a la universidad, y reiniciar mis estudios de Enfermería que había abandonado por causas de las drogas. La trabajadora social que llevaba mi caso en la universidad, me dijo que el trámite para la residencia era muy largo y entonces me habló del Hogar de la Esperanza, en donde ella había sido parte de la Pastoral Social.

Ella gestionó mi ingreso al Hogar para vivir aquí e ir a la universidad. A los 3 meses tuve una recaída con drogas y abandoné el Hogar. Me fui a vivir a la calle donde duré 2 años, completando así 10 años de vivir en ella y hundiéndome cada vez más en el consumo del crack hasta que un día empecé a enfermarme. Una mañana del 04 de julio del año 2005, sintiéndome muy mal, decidí ese día ir al hospital. Como estaba viviendo en condición de calle, era necesario buscar un albergue para iniciar tratamiento ya que viviendo en calle no iba a poder ser adherente, fue entonces cuando ella habló con el Psicólogo de la Clínica de VIH para que él me buscara un espacio y el único lugar donde encontré espacio fue otra vez en el Hogar de la Esperanza.

Llegué al Hogar en Fase de sida, pesando menos de 40 kilos, con un síndrome de desgaste físico, ni comía, ni tan siquiera podía caminar o sea llegué a morir con dignidad porque la verdad yo llegué a morir de sida al Hogar. Ese día que llegué estaban en una reunión con todos los residentes del Hogar, yo entré y me quedé en una salita de espera acostado en un mueble mientras terminaba la reunión para que me atendieran, mi apariencia de hace 2 años antes era completamente irreconocible que los pocos que estaban y que me conocen no me reconocen. En un momento dado llegó don Orlando el Director, me miró y lo único que me dijo fue: 'esta vez si me vas a dar la oportunidad de ayudarte'.

Me quedé e inicié el tratamiento, y decidí darme la oportunidad de salir adelante, y con la ayuda de todo el equipo interdisciplinario del Hogar empecé a elaborar un nuevo proyecto de vida asociado a toda una red de apoyo que incluía el control médico y el seguimiento en la Clínica de VIH para fortalecer la adherencia y disminuir el riesgo de una posible resistencia al Tratamiento, esto debido a que yo había hecho abandono muchísimas veces. Incorporé estilos de vida saludables, dejando de fumar, teniendo una alimentación saludable, durmiendo ocho horas diarias, buscando apoyo espiritual, y así establecí hábitos de salud mental, con ejercicio físico y manejo del stress.

Con estos cambios mi vida empezó a tener sentido y propósito, mis actitudes y mis comportamientos fueron de vida y no de muerte ya que el Hogar me cambió todas las representaciones sociales que tenía con respecto al VIH. El Hogar me devolvió la esperanza, me fortaleció la fe en Dios, en mí mismo y en las personas, reencontré mi amor propio, mi autoestima y el sentido por la vida. Por primera vez me sentía amado, aceptado, respetado.

Después de haber estado en condición de calle, hundido en las drogas, muriendo de sida, habiendo perdido absolutamente todo, mi familia, mi trabajo, mi salud física, mental y espiritual, me sentí persona, había recuperado gracias al Hogar de la Esperanza mi dignidad como ser humano.

Yo inicié un proyecto de vida y dentro de las metas que me propuse fue reingresar a la universidad, reiniciar los estudios de mi carrera y graduarme como profesional en Enfermería. Con el apoyo absoluto del Hogar, y de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Costa Rica, universidad en la que estudiaba, asociado a mi esfuerzo, aferrado a la vida, consciente de mis capacidades, fortalezas y potencialidades, logré graduarme.

Aun estudiando decidí retribuir al Hogar un poco de lo mucho que me había dado y empecé a hacerme cargo de forma incondicional de toda la parte de salud en el Hogar, ofreciendo no solo acompañamiento terapéutico, sino además asistía en labores propias a mi rol como profesional en formación en Enfermería porque aún estaba estudiando y era parte de la población residente del Hogar.

Vale la pena mencionar que decidí vivir en un apartamento, logrando así la autonomía y la independencia, pasos importantes en mi proceso de resocialización que me han permitido fortalecer mi desarrollo personal ya que ahora tengo un horario establecido que debo cumplir; este nuevo rol me ha permitido crecer como profesional, de hecho es un status completamente nuevo para mí.

Hoy en día mi mensaje desde el Hogar es que el sida no mata a las personas, que ser VIH es solo una condición; hoy lo que verdaderamente causa daño es esa muerte social asociada al estigma y a la discriminación y que se fortalecen con las representaciones sociales de miedo y muerte. Las personas podemos convertir esas situaciones de sufrimiento social en oportunidad de vida y que tenemos derecho a vivir una vida con dignidad como todas las personas. Mi posición es contribuir a cambiar ese esquema mental y a sensibilizar a las personas que no son VIH.

Al día de hoy muchos de mis sueños los he realizado: ser profesional en Enfermería, el haber dejado de consumir drogas, dar abordaje a poblaciones en situaciones de sufrimiento social, reinsertarme social y laboralmente, mis nuevas relaciones con mi familia. Haber cambiado mis representaciones sociales respecto al sida ha sido un logro importante que me ha permitido cambiar mi visión de la vida y de mí mismo.

A pesar de todos los momentos tan oscuros de mi vida, estoy plenamente convencido que la mano de Dios estaba ahí cuidándome, y hoy por hoy, sé que la vida tiene sentido y propósito para mí, y que todas estas adversidades hoy me permiten ser fuerte y superar las crisis, pero sobre todo me han permitido ser una persona de retos y desafíos, permitiéndome valorar cada momento de mi vida.

Anexo 2

Cuestionario sobre Estrategias de Afrontamiento

Buenas, mi nombre es Ana Silvia Salas Jiménez soy estudiante de psicología de la Universidad de Costa Rica. Estoy realizando en el Hogar Nuestra Señora de la Esperanza mi Trabajo Final de Graduación, por eso estoy trabajando con las personas beneficiarias del Hogar.

Este cuestionario es confidencial, no voy a anotar su nombre o ningún otro dato que se pueda utilizar para identificarlo. Las preguntas son sobre lo que usted hace normalmente ante un problema y en su vida.

Cada pregunta tiene cuatro opciones de respuesta:

3=Siempre 2=Casi siempre 1=A veces 0 = Nunca

“Siempre” quiere decir que usted en todas las ocasiones hace lo que se le está preguntando (por ejemplo “siempre ayudo a los demás”). “Casi siempre” quiere decir que usted normalmente hace lo que se le pregunta, pero en ocasiones, por diferentes razones, no lo hace. “A veces” quiere decir que usted en algunas ocasiones hace lo que se le pregunta pero normalmente no lo hace. Por último, “nunca” quiere decir que usted en ninguna ocasión hace lo que se le está preguntando (por ejemplo nunca salgo a caminar en las tardes).

Si en algún momento se siente incómodo/a o desee dejar de contestar a las preguntas, puede decírmelo o bien si tiene alguna pregunta o no entiende algo, puede hacerla. Muchas gracias.

Por favor piense en ocasiones en su vida cuando ha tenido que enfrentar algún problema. A continuación le diremos una oración con distintas acciones que las personas hacen ante un

problema. Por favor, responda con un “siempre”, “casi siempre”, “a veces” y “nunca” según sea su caso.

1. Habla con una persona de confianza para sentirse mejor.	3	2	1	0
2. Mejora su relación con Dios o algún ser superior.	3	2	1	0
3. Piensa que no hay nada que hacer.	3	2	1	0
4. Ve el lado positivo de la situación.	3	2	1	0
5. Pide consejos a algún amigo o familiar.	3	2	1	0
6. Reza o hace oración para sentirse mejor.	3	2	1	0
7. Piensa que sin importar lo que haga nada se solucionará.	3	2	1	0
8. Tiene presente la situación en todo momento.	3	2	1	0
9. Trata de ver la situación de manera distinta.	3	2	1	0
10. Busca a alguien para contarle su problema.	3	2	1	0
11. Pide a Dios que la situación se resuelva bien.	3	2	1	0
12. Se prepara para lo peor.	3	2	1	0
13. Piensa todo el día en qué podría hacer sin encontrar solución.	3	2	1	0
14. Ve la situación como una oportunidad de un cambio positivo.	3	2	1	0
15. Evita el problema realizando otras actividades.	3	2	1	0
16. Busca apoyo en un líder religioso (sacerdote, pastor, ministro, etc.).	3	2	1	0
17. Se resigna a la situación porque sabe que no puede resolverse.	3	2	1	0
18. Le cuesta pensar en otras cosas.	3	2	1	0
19. Piensa en lo que podría aprender de la situación.	3	2	1	0
20. Sigue su vida como si nada hubiera pasado ignorando el problema.	3	2	1	0
21. Acude a alguna actividad religiosa.	3	2	1	0
22. Tiene una sensación de que nunca va a terminar.	3	2	1	0
23. Aunque intente distraerse piensa en lo que está	3	2	1	0

pasando continuamente.				
24. Piensa que las situaciones no son totalmente negativas.	3	2	1	0
25. Tomar más alcohol del que habitualmente consume.	3	2	1	0
26. Toma pastillas para tranquilizarse que no le ha recetado un doctor.	3	2	1	0
27. Tiene más relaciones sexuales por semana.	3	2	1	0
28. Fuma más cigarrillos de los que normalmente consume.	3	2	1	0
29. Consume drogas ilícitas.	3	2	1	0
30. Tiene sexo sin protección.	3	2	1	0

Ahora le haré unas preguntas referidas a su vida diaria, si no entiende pregunte lo que necesite y si alguna le incomoda puede decirme. Cuando usted enfrenta un problema...

3=Siempre 2=Casi siempre 1=A veces 0=Nunca

Estrategias de Afrontamiento al VIH/SIDA

Pregunta: Piense en el último mes. En su vida diaria usted...				
1. Cumple con cinco tiempos de comida al día.	3	2	1	0
2. Trata de mantenerse informado/a sobre el VIH/SIDA.	3	2	1	0
3. Hace ejercicio o actividad física.	3	2	1	0
4. Asiste a grupos y/o charlas sobre el VIH/SIDA.	3	2	1	0
5. Consume los alimentos que le recomiendan el personal de salud.	3	2	1	0
6. Busca en Internet información sobre VIH/SIDA.	3	2	1	0
7. Sigue las indicaciones necesarias para cumplir el tratamiento.	3	2	1	0
8. Se interesa por las noticias sobre el VIH/SIDA.	3	2	1	0

9. Se toma los medicamentos.	3	2	1	0
10. Habla con otras personas con VIH/SIDA para conocer más del tema.	3	2	1	0
Por su condición de VIH/SIDA				
11. Si tiene alguna duda le pregunta al personal de salud (médicos, enfermeros/as, etc.).	3	2	1	0
12. Acude al psicólogo/a.	3	2	1	0
13. Consulta con el personal de salud cuando siente molestias físicas.	3	2	1	0
14. Busca ayuda del personal de salud cuando tiene problemas familiares.	3	2	1	0
15. Confía en que el personal de salud le ayudará a enfrentar su situación de salud.	3	2	1	0
16. Asiste a actividades que realizan las asociaciones de VIH/SIDA.	3	2	1	0

¿De todo lo que usted ha hecho para hacer frente a la situación de VIH positivo que es lo que más le ha ayudado?

¿Qué más necesitaría hacer para hacerle frente a su situación?

Por último me gustaría conocer algunos datos generales sobre usted. Con ellos nadie va a poder identificarlo.

Sexo: Hombre (1) Mujer (2)

Edad: __

Ocupación: __

Nivel educativo:

Ninguna (1) Secundario completa (5)

Primaria incompleta (2) Técnico (6)

Primaria completa (3) Universitaria incompleta (7)

Secundaria incompleta (4) Universitaria completa (8)

Orientación sexual:

Homosexual (1) Heterosexual (2) Bisexual (3) Otro _____(4)

¿Hace cuánto recibió usted el diagnóstico de VIH positivo?

(Tiempo de diagnóstico): _____

Después de que le diagnosticaron el VIH, ¿ha tenido alguna enfermedad que le hiciera necesitar tratamiento o estar internado? (Manifestaciones de SIDA):

Sí (1) No (2)

¿Está tomando tratamiento antirretroviral?

Sí (1)

No (2)

¿Le ha dicho su condición de VIH/positivo a alguno de sus familiares?

Sí (1)

No (2)

Muchas gracias por todo lo que me has ayudado, cualquier consulta puede hacerla a los teléfonos que le entregué.

Anexo 3

Cuestionario para la evaluación de Adherencia al Tratamiento VIH

Fecha de evaluación: _____

Nombre o siglas: _____

Edad: _____

Instrucciones: Nos gustaría conocer algunos aspectos sobre su situación actual y sobre su salud. La información que nos proporcione será estrictamente confidencial. Por favor, responda a todas las preguntas personalmente. Marque la opción que mejor se adecue a su caso y recuerde que no hay contestaciones “correctas” ni “incorrectas”. Si tiene alguna duda, me consulta por favor.

Durante la última semana	Siempre	Más de la mitad de la veces	Aproximadamente la mitad de las veces	Alguna vez	En ninguna ocasión
1. ¿Ha dejado de tomar su medicación en alguna ocasión?					
2. Si en alguna ocasión se ha sentido mejor ¿ha dejado de tomar su medicación?					
3. Si en alguna ocasión después de tomar su medicación se ha encontrado peor ¿ha dejado de tomarla?					
4. Si en alguna ocasión se ha					

sentido triste o deprimido, ¿ha dejado de tomar medicación?					
---	--	--	--	--	--

5. ¿Recuerda qué fármacos está tomando en este momento? (Escribir los nombres)

6. ¿Cómo calificaría la relación que tiene con su médico?

Mala	Algo mala	Regular	Mejorable	Buena
------	-----------	---------	-----------	-------

Por favor responda las siguientes preguntas según su caso.

	Nada	Poco	Regular	Bastante	Mucho
7. ¿Cuánto esfuerzo le cuesta seguir con el tratamiento?					
8. ¿Cómo evalúa la información que tiene sobre los antirretrovirales?					
9. ¿Cómo evalúa los beneficios que le pueden traer el uso de los antirretrovirales?					

10. ¿Considera que su salud					
-----------------------------	--	--	--	--	--

ha mejorado desde que empezó a tomar los antirretrovirales?					
11. ¿Hasta qué punto se siente capaz de seguir con el tratamiento?					

	No, nunca	Sí, alguna vez	Sí, aproximadamente la mitad de las veces	Sí, bastante veces	Sí, siempre
12. ¿Normalmente suele tomar la medicación a la hora correcta?					
13. Cuando los resultados en los análisis son buenos, ¿suele su médico utilizarlos para darle ánimos y seguir adelante?					

14. ¿Cómo se siente en general desde que ha empezado a tomar antirretrovirales?

Muy insatisfecho	Insatisfecho	Indiferente	Satisfecho	Muy satisfecho
------------------	--------------	-------------	------------	----------------

15. ¿Cómo valoraría la intensidad de los efectos secundarios relacionada con la toma de antirretrovirales?

Muy intensos	Intensos	Medianamente intensos	Poco intensos	Nada intensos
--------------	----------	-----------------------	---------------	---------------

16. ¿Cuánto tiempo cree que pierde ocupándose de tomar sus medicinas?

Mucho tiempo	Bastante tiempo	Regular	Poco tiempo	Nada de tiempo
--------------	-----------------	---------	-------------	----------------

17. ¿Qué evaluación hace de sí mismo respecto de la toma de los antirretrovirales?

Nada cumplidor/a	Poco cumplidor/a	Regularmente cumplidor/a	Bastante cumplidor/a	Muy cumplidor/a
------------------	------------------	--------------------------	----------------------	-----------------

18. ¿Qué dificultad percibe para tomar la medicación?

Mucha dificultad	Bastante dificultad	Regular	Poca dificultad	Nada de dificultad.
------------------	---------------------	---------	-----------------	---------------------

19. Desde que está en tratamiento ¿en alguna ocasión ha dejado de tomar su medicación un día completo o más de uno? Sí _____ No _____

Si responde afirmativamente, ¿cuántos días aproximadamente? _____

20. ¿Utiliza alguna estrategia para acordarse de tomar la medicación?

Sí _____ No _____

¿Cuál? _____

Anexo 4

Instrumento de evaluación

El presente instrumento tiene como objetivo evaluar el desempeño de Ana Silvia Salas Jiménez, en la ejecución de su práctica dirigida llamada «Atención psicológica individual y grupal a población con VIH/SIDA y sus familiares». Este instrumento se compone de dos partes: se presenta al inicio una escala tipo Likert; en la cual usted va a señalar del 1 al 5, donde 1 significa estar en total desacuerdo y 5 significa estar en total acuerdo, según lo que se le esté preguntando. Posteriormente se encuentra un espacio para observaciones generales.

	1	2	3	4	5
1. De acuerdo con los objetivos planteados en este anteproyecto, ¿qué tan pertinente considera usted que fueron las actividades realizadas en este mes?					
2. ¿Considera usted que con las actividades realizadas se han adquirido competencias profesionales para la intervención psicológica con personas que viven con VIH/SIDA en torno a la intervención individual?					
3. ¿Considera usted que con las actividades realizadas se han adquirido competencias profesionales para la intervención psicológica con personas que viven con VIH/SIDA en torno a la intervención grupal?					

4. ¿Considera usted que con las actividades realizadas se han adquirido competencias profesionales para la intervención psicológica con personas que viven con VIH/SIDA en torno a la intervención familiar?					
5. ¿La practicante está cumpliendo con los compromisos adquiridos para el desempeño de esta práctica profesional?					

Elabore

Observaciones generales y recomendaciones:

Anexo 5

	Agosto 2016				Setiembre 2016				Octubre 2016					Noviembre 2016				Diciembre 2016			
Semana	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	1	2	3	4
Actividad																					
Ejecución de práctica dirigida																					
Intervención psicoterapéutica individual y familiar.																					
Intervención grupal																					
Evaluación de estrategias de afrontamiento y adherencia al tratamiento																					
Supervisiones Licda. Cindy Luna																					
Supervisiones Licda. Alicia Sandoval																					
Supervisión con el equipo asesor																					
Actualización de bitácoras y expedientes.																					
Sistematización de la información.																					
Análisis e interpretación de datos																					
Redacción y revisión																					
Elaboración de documento																					

	Enero 2017				Febrero 2017				Marzo 2018				Abril 2017			
Semana	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Actividad																
Ejecución de práctica dirigida	■	■	■	■												
Intervención psicoterapéutica individual y familiar.	■	■	■	■												
Intervención grupal			■	■												
Evaluación de estrategias de afrontamiento y adherencia al tratamiento				■												
Supervisiones Licda. Cindy Luna		■		■												
Supervisiones Licda. Alicia Sandoval				■												
Supervisión con el equipo asesor				■				■				■				■
Actualización de bitácoras y expedientes.	■	■	■	■												
Sistematización de la información.	■	■	■	■												
Análisis e interpretación de datos					■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Redacción y revisión					■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Elaboración de documento					■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■