

VIVENCIAS DE ADULTOS MAYORES CON DIAGNOSTICO DE VIH

**CAROL YULIETH ROJAS HERRERA
CAMILA TRIANA MENDEZ**



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA SALUD COLECTIVA
BOGOTÁ D.C
2013**

VIVENCIAS DE ADULTOS MAYORES CON DIAGNOSTICO DE VIH

**CAROL YULIETH ROJAS HERRERA
CAMILA TRIANA MENDEZ**

**Trabajo de Grado presentado como requisito parcial para optar el titulo de
Enfermera**

**Asesora
LILIANA QUEVEDO LEÓN**



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA SALUD COLECTIVA
BOGOTÁ D.C
2013**

NOTA DE ADVERTENCIA

“La Universidad no se hace responsable por los conceptos emitidos por sus alumnos en sus trabajos de grado. Solo velara que no se publique nada contrario al dogma y a la moral católica y porque los trabajos de grado no contengan ataques personales contra persona alguna, antes bien se vea en ellos el anhelo de buscar la verdad y la justicia”.

*Artículo 23 de la Resolución N° 13 de Julio de 1946
Pontificia Universidad Javeriana*

Nota de aceptación

Firma. Presidente del jurado

Firma Jurado

Firma Jurado

Bogotá D. C., Noviembre 29 de 2013.

AGRADECIMIENTOS

Durante el proceso y la elaboración de nuestra investigación existieron muchas personas apoyándonos entre esas destacamos la labor de nuestra asesora de tesis la profesora Liliana Quevedo L. por su apoyo constante, seguimiento, formación y retroalimentación.

También queremos hacer una dedicatoria especial a nuestras compañeras que hicieron parte en el inicio de este trabajo Julieth Romero y Sindy Restrepo quienes aportaron para la consecución de este trabajo de grado, a los participantes por su tiempo, esmero y esfuerzo quienes hicieron parte del logro de los objetivos propuestos, a nuestras familias por su colaboración, entendimiento y apoyo incondicional al elegir una gran carrera que nos permitió crecer como personas y como profesionales, a la Pontificia Universidad Javeriana por acogernos como un segundo hogar.

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	11
1. ANTECEDENTES Y SITUACIÓN PROBLEMA	13
2. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TERMINOS.....	23
2.1 ADULTO MAYOR	23
2.2 VIH (VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA).....	23
2.3 VIVENCIAS	23
2.4 SENTIMIENTOS.....	24
2.5 PENSAMIENTOS	24
2.6 COMPORTAMIENTOS.....	24
2.7 APOYO SOCIAL.....	25
2.8 ATENCIÓN DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD.....	25
3. JUSTIFICACIÓN.....	26
4. OBJETIVOS.....	28
4.1 OBJETIVO GENERAL.....	28
4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	28
4.3 PROPÓSITOS.....	28
5. REVISIÓN DE LA LITERATURA	29
5.1 HISTORIA DEL VIH.....	29
5.2 ADULTO MAYOR Y ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL	30
5.3 ADULTO MAYOR Y VIH.....	31
5.4 MITOS Y CREENCIAS DEL VIH	33

5.5 CONSECUENCIAS E IMPLICACIONES DEL ADULTO MAYOR CON O SIN VIH.....	35
5.6 VIVENCIAS	37
5.7 SENTIMIENTOS, COMPORTAMIENTOS Y PENSAMIENTOS ASOCIADOS AL ADULTO MAYOR FRENTE AL VIH	37
5.8 RESOLUCIÓN DEL VIH	41
6. DISEÑO METODOLÓGICO.....	44
6.1 TIPO DE DISEÑO.....	44
6.2 PARTICIPANTES DEL ESTUDIO	44
6.3 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.....	45
6.4 PARTICIPANTES	45
6.5 TAMAÑO DE LA POBLACIÓN	46
6.6 ORGANIZACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS	46
7. CONSIDERACIONES ÉTICAS	47
8. ANÁLISIS Y RESULTADOS	48
8.1 SENTIMIENTOS ANTES DEL DIAGNOSTICO DE VIH	49
8.2 PENSAMIENTOS ANTES DEL DIAGNÓSTICO DEL VIH	50
8.3 COMPORTAMIENTOS ANTES DEL DIAGNÓSTICO DEL VIH.....	52
8.4 APOYO SOCIAL ANTES DEL DIAGNÓSTICO DE VIH	55
8.5 LA ATENCIÓN DEL PPROFESIONAL DE SALUD, ANTES DE TENER VIH	56
8.6 SENTIMIENTOS DURANTE EL DIAGNÓSTICO DE VIH	58
8.7 PENSAMIENTOS DURANTE EL DIAGNÓSTICO DE VIH.....	60
8.8 COMPORTAMIENTOS DURANTE EL DIAGNÓSTICO DE VIH	63
8.9 APOYO SOCIAL DURANTE EL DIAGNÓSTICO DE VIH	64

8.10 LA ATENCIÓN DEL PROFESIONAL DE SALUD DURANTE EL VIH	67
9. CONCLUSIONES	70
10. RECOMENDACIONES	71
BIBLIOGRAFIA.....	72

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Datos sociodemográficos	48

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo A. consentimiento informado.....	82
Anexo B. Entrevista Semiestructurada	85
Anexo C. Carta de Autorización de los Autores	86

INTRODUCCIÓN

De acuerdo a la OMS (Organización Mundial de la Salud) la población adulta mayor ha aumentado progresivamente y también los índices de VIH en esta población, teniendo en cuenta que no solamente afecta a otros grupos poblacionales como son adultos, niños, gestantes entre otros, por lo que tomamos como referente la población adulto mayor para el desarrollo de la investigación y así mismo reconocer las vivencias que ellos tienen y tuvieron antes de contraer el VIH. (Organización Mundial de la Salud, 2010)

Los objetivos de nuestra investigación se centran en Identificar los sentimientos, pensamientos, comportamientos y apoyo social antes y durante el diagnóstico de VIH en el adulto mayor e Identificar las experiencias frente a la atención recibida por parte del personal de salud antes y durante el diagnóstico de VIH. Este estudio de tipo cualitativo a través de entrevistas semi-estructuradas permitió recolectar la información acerca de las vivencias de los adultos mayores diagnosticados con VIH, en la que participaron adultos mayores por medio de la técnica “bola de nieve”.

En cuanto a las expresiones reflejadas a los adultos mayores de identifico que en cuanto los sentimientos antes de tener el VIH fueron de alegría, felicidad debido a los estilos de vida que llevaban y así mismo por la ausencia de cualquier tipo de enfermedades, pero podemos rescatar que al momento de reconocer que son portadores del VIH se identificó que los sentimientos encontrados fueron de tristeza, irritabilidad, ansiedad, desánimo y culpabilidad a diferencia de los sentimientos al momento de lidiar y de llevar tiempo con la enfermedad se evidencio que en ahora los adultos mayores refieren ser felices, optimistas y que su estado de ánimo es bueno.

Así mismo se identificó que los adultos mayores pensaban que el VIH solo lo padecían las personas Gays debido a la información que ellos rescataron en los medios publicitarios cuando aparecieron los primeros casos de esta enfermedad, así mismo se evidencio que también los mitos y las creencias de la transmisión del VIH generan impacto en la forma de pensar del adulto mayor llevándolos a no utilizar métodos de protección para su vida sexual, en comparación con los pensamientos del durante el diagnóstico se evidencio que la educación por parte de los profesionales de la salud (médicos, enfermeros, psicólogos) generaron cambios en la forma de ver de la enfermedad, viéndola ya como cualquier enfermedad crónica y tratándola como a esta, como es el juicio en la medicación, en la alimentación y estilos de vida saludables para así prolongar la vida.

Los comportamientos antes de tener la enfermedad están relacionados con ser personas sociables, con el no uso de métodos de protección sexual también

manifestaban el consumo de bebidas alcohólicas y el cigarrillo; mientras que los comportamientos durante la enfermedad los adultos mayores tienden a retraerse a tener relaciones sexuales por el miedo a transmitir la enfermedad, así mismo buscan medidas de superación y protección para sus vidas y toman la vida con mayor calma y tranquilidad.

Con referente al apoyo social del antes, para el grupo de entrevistados es representativo el concepto de amistad y la familia. Sin embargo en el Apoyo social durante la enfermedad se evidencia que los adultos mayores, se refugian en Dios presentándole sus preocupaciones, problemas o aflicciones y sintiendo la necesidad de dejar todo en sus manos, en cuanto al apoyo por parte de los familiares y amigos en algunos adultos sigue siendo la misma relación debido a no informar su diagnóstico por temor al rechazo y ser objeto de prejuicios.

Finalmente, la atención del personal de salud antes de tener VIH, es común para los entrevistados el hecho de que no asistían a controles médicos con frases como “A mí nunca me informaron nada”, “Nunca asistía a consulta médica a menos de que estuviera enferma(o)” y niegan haber recibido información de campañas de protección en salud sexual. Para la atención del personal de salud durante el VIH algunos informaron rechazo de parte del profesional de la salud con expresiones de “Me trataron mal, me humillaron, otros se sienten vulnerados en sus derechos como pacientes y personas humanas, sin embargo otros en cambio han recibido la atención oportuna y necesaria para el control de la enfermedad.

En conclusión es importante que los profesionales tengan mayor respeto hacia los pacientes adultos mayores, que informen con mucha mesura, delicadeza, amor y acompañamiento ya que la persona al enterarse de esta enfermedad por más conocimiento que se tenga genera impacto a nivel emocional, sentimental, físico, social, que aún en las personas que no tienen el suficiente conocimiento de esta enfermedad pueden llevar a que tomen decisiones apresuradas como de suicidio o castigo así mismo.

1. ANTECEDENTES Y SITUACIÓN PROBLEMA

A través de los años enfermedades poco conocidas en su tiempo como el VIH comenzaron a evidenciarse de forma relevante en los seres humanos. En un principio se creía que esta patología era solo problema de las llamadas damas de compañía o de las personas homosexuales, con el tiempo la enfermedad entro en auge y paso de ser el problema de unos pocos para convertirse en un problema de salud pública que afecta a todos los individuos de los sociedad sin exclusión alguna. Aunque hoy en día se habla de una prevalencia del VIH en los jóvenes, se evidencia como los adultos mayores son víctimas de esta enfermedad catastrófica. El VIH es una enfermedad que ha traído diferentes problemas que afecta tanto al individuo que la padece como a aquellas personas que conviven o que son cercanos a estas; de igual manera el VIH es una enfermedad que genera un estado de vulnerabilidad ya que aparte de afectar su estado de salud altera su estado emocional, psicológico, espiritual, social y económico. (Ministerio de Salud del Gobierno de Chile, 1981).

Parte del problema de esta enfermedad es que el adulto mayor no tiene el suficiente conocimiento de su transmisión debido a la falta de conocimiento llevando a que las personas externas a este diagnóstico crean estigmas o mitos de su contagio creando una barrera de discriminación hacia los que la tienen.

“El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) es una enfermedad que altera el sistema inmune, llevando a un deterioro progresivo de dicho sistema produciendo una deficiencia inmunitaria. Se habla de inmunodeficiencia cuando el sistema inmunitario ya no puede cumplir la función de combatir las infecciones y otras enfermedades. Las infecciones que acompañan a la inmunodeficiencia grave son denominadas «oportunistas» porque los agentes patógenos causantes aprovechan la debilidad del sistema inmune. Como bien se sabe por la historia de la comprensión del VIH/ SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida) pasó del “Gay Related Inmune Deficiency – Grid”, por la “enfermedad de las cuatro H’s: homosexuales, haitianos, heroinómanos, hemofílicos” hasta llegar al término epidemiológico actual: Un virus que causa un síndrome” (OMS, 2012). Pero al transcurrir el tiempo se identifico epidemiológicamente que el VIH afecta a cualquier tipo de persona sin importar su edad, género o condición social, especialmente esta enfermedad la padecen personas adultos jóvenes, mujeres en gestación y niños.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) “El VIH es una enfermedad realmente alarmante debido a que ha alcanzado niveles altos y se considera una pandemia, afectando a un gran número de personas sin importar sexo, edad, condición económica o social” (Organización Mundial de la Salud, 2010),

Repercutiendo a todo tipo de población incluyendo a aquellas personas que se encuentran cerca de las que han contraído esta enfermedad, como: familia, amigos y seres queridos. De igual manera se identificó que a nivel mundial esta pandemia afecta más a la población adulto joven; no dejando atrás otro tipo de población como los adultos, las mujeres en gestación, mujeres, niños y adultos mayores; encontrándose que en esta última población se evidencio un aumento considerable del VIH.

El VIH Se considera como uno de los más grandes problemas de salud a nivel mundial, una enfermedad que ha generado gran polémica debido a la estigmatización y por las consecuencias que trae. “Según el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y las Naciones Unidas (ONUSIDA), el número de población mundial viviendo con VIH en adultos y niños para el año 2011 correspondía a 34 millones de personas y 2.5 millones de personas con nuevas infecciones para el mismo año”. (OMS, UNICEF, UNAIDS. Core slides VIH/SIDA. 2012)

Evidenciándose un gran impacto en su crecimiento tanto en el presente como para los años futuros, esto ha creado una gran polémica en la sociedad debido a que esta enfermedad repercute en la vida de la persona en todos los ámbitos, no solo social, económico, familiar, político, psicológico o físico; si no que repercute de forma importante al individuo y a las personas que se encuentren a su alrededor.

En un inicio la relación VIH – adulto mayor no tomo mucha importancia dado que su frecuencia era más alta y significativa en los otros grupos etáreos, en años anteriores al 2005 las tasas de diagnóstico de VIH en los adultos de 60 años o más se mantuvo estable en los estados Unidos, para estos mismos años los Afro-americanos habían tenido las más altas tasas de nuevos diagnósticos de VIH comparado con otras razas. Pero entre los años 2005 y 2007, la proporción de adultos mayores que vivían con VIH aumentó del 24% al 28,5%, reflejándose un incremento importante en este grupo poblacional tal como lo muestran las estadísticas. Para el año 2008 en los Estados Unidos los adultos mayores representaban el 16,4% (6.788 casos) de nuevos diagnósticos de VIH y se estima que para el año 2015 la mitad de las personas que viviran en este país con VIH serán mayores de 50 años. (Brennan, D. Emler, C. Eady, A. 2011).

“Para el año 2000 se reportó en América Latina 1,3 millones de personas viviendo con VIH y en el Caribe 360.000 personas con este mismo diagnóstico, entre ellos hombres, mujeres y niños de diferentes edades” (Organización Panamericana de la Salud (OPS).Organización Mundial de la Salud (OMS). Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, 2001). Enfocándose como los principales riesgos que llevan al crecimiento de esta enfermedad las relaciones sexuales sin protección y el uso compartido de inyecciones para la administración de sustancias psicoactivas, así mismo se identificó que la mayor población que contrae y transmite esta enfermedad son personas heterosexuales o aquellas

personas que más cambian de parejas sexuales como los(as) trabajadores sexuales.

Muchas veces se piensa que esta enfermedad solo afecta a personas jóvenes, pero la realidad es que también afecta a otro tipo de poblaciones, entre ellas los adultos mayores en los cuales el número de casos ha aumentado desde el año 2000 en un 2,3% y aumentará en los siguientes años según la última cifra del 2011 (3,6%), debido a que ellos también se involucran en relaciones íntimas y relaciones sexuales sin protección, así como ocurre con otro tipo de poblaciones. Por otra parte el VIH se reconocía como ajena en esta población llevando muchas veces a que esta enfermedad progresara al SIDA, por la falta de un diagnóstico temprano por causa de los estereotipos que se tiene en estas personas.

En Colombia entre los años 1983 a 2010 la población general con VIH era menor del 1% pero superior a 5% en población que vivía en contexto de vulnerabilidad, tales como mujeres trabajadoras sexuales (MTS), hombres que se relacionan sexualmente con hombres (HSH) e individuos que vivían con parejas infectadas con el VIH (Panorama del VIH/SIDA en Colombia, 1983-2010).

La problemática radica en que la condición de vulnerabilidad es uno de los principales factores que llevaron a que se desarrollara el VIH en Colombia especialmente en este tipo de personas, debido a la falta de educación, recursos económicos y salubridad ya que si estos no se brindan pueden llevar a un déficit de conocimiento y a una limitación de las estrategias de salud sexual. Creando en la población Colombiana un problema a nivel colectivo tanto en lo social como en lo económico ya que el VIH es una enfermedad que se reconoce como catastrófica debido a los altos costos que esta genera en el Sistema General de Seguridad Social de la Salud y por causar gran polémica a nivel social, psicológico y laboral.

“En un comparativo reportado por el Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA) que se realizó en la Ciudad de Bogotá para el primer trimestre de los años 2010, 2011 y 2012 sobre la frecuencia absoluta y relativa de casos de VIH/SIDA, en distribución por sexo, ciclo de vida y aseguramiento se encontró para los adultos mayores un porcentaje de 2.3% en el primer trimestre del 2010, un 3.6% en el primer trimestre de 2011 y un 2.8% en el primer trimestre de 2012” (Situación actual del VIH en el distrito capital, primer trimestre 2012), evidenciándose un aumento estadístico de contagio en este grupo poblacional a pesar de que bajo el porcentaje para el año 2012, pero teniendo como base el año 2010 se muestra un incremento en casos.

Lo anterior permite evidenciar que el adulto mayor como el resto de grupos etáreos no ha sido ajeno a la pandemia que presenta el VIH, la búsqueda literaria en VIH muestra que es poca la información que se tiene en este grupo de edad específico, siendo mayor en adultos jóvenes, adolescentes, niños, gestantes y que

solo hasta hace unos pocos años se ha vuelto la mirada sobre este grupo poblacional, que como lo muestra la estadística es cada vez mayor, y que cuando se habla de contagio con VIH se evidencia que también ha sido afectado.

De acuerdo a la “Organización Mundial de la Salud (OMS), se define como adulto mayor a toda persona mayor de 60 años, subdivididos en tres categorías como la tercera edad que va desde los 60 hasta los 74 años, cuarta edad desde los 75 hasta los 89 años, longevos desde los 90 hasta los 99 años y los centenarios que van desde los 100 años en adelante” (Fong, A. Hechavarria, J., 2002). Como característica especial en esta población es que pueden presentar enfermedades crónicas que alteran su calidad de vida, entendiéndose calidad de vida como “el estado de satisfacción general, derivado de la realización de las potencialidades de la persona, posee aspectos subjetivos como el bienestar físico, psicológico y social, la intimidad, la sexualidad, la expresión emocional, la seguridad percibida, la productividad personal y aspectos objetivos como el bienestar material, las relaciones armónicas con el ambiente físico, social y con la comunidad, y la salud objetivamente percibida” (Menéndez, J. Guevara, A. Arcia, N. León D, Esther. M. Alfonso, J., 2005).

Teniendo en cuenta que la sexualidad es un aspecto inherente al ser humano que evoluciona a lo largo de la vida y de forma paralela a su crecimiento biológico, psicológico y social, y que permanece en todo ser humano hasta la muerte, uno de los problemas que se evidencian frente a la sexualidad del adulto mayor es el pensamiento no solo de la población en general sino del profesional de salud de que por su edad no son sexualmente activos, lo que condiciona y crea mitos o tabúes de este tema generando así falsas expectativas en los adultos mayores de su derecho a la sexualidad. Si la relación entre calidad de vida y enfermedad crónica se le adjunta otra enfermedad como el VIH a grandes rasgos las consecuencias para el adulto mayor podrían ser desastrosas repercutiendo en su diario vivir y en su calidad de vida.

El incremento de otras enfermedades de transmisión sexual diferentes al VIH también lleva a pensar que el tema de la sexualidad y la educación en este aspecto al adulto mayor se ha dejado de lado y retoma importancia cuando las estadísticas muestran que la población adulto mayor ha tenido un incremento mundial, según el Instituto Nacional de envejecimiento “La población mundial de personas mayores de 65 años está aumentando a un ritmo sin precedentes, actualmente se totaliza 506 millones y en poco más de 30 años se habrá duplicado hasta 1300 millones. De esta manera, se estima que el porcentaje de las personas mayores pasará del 7 por ciento registrado a finales de junio de 2009 al 14 por ciento en 2040”. Se ha encontrado que el crecimiento de la población de adultos mayores predomina en países subdesarrollados en relación con los que viven en países desarrollados, identificándose que “en el año 2008, el 62% (313 millones de personas) de la población mundial mayor de 65 años vivía en países en vías de desarrollo; para el 2040 se pronostica que esas naciones cuenten ya

con más de mil millones de adultos mayores y el 76% de lo proyectado para todo el planeta”. (Instituto Nacional de Envejecimiento de EU. Población de adultos mayores se duplicará en 2040).

Según el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) en Colombia la población de personas mayores de 59 años para el año 2011 fue de 743.572 que represento el 16% de la población adulto mayor en el país (Encuesta distrital de demografía y salud Bogotá, 2011). Reflejándose así que para el año 2011 la cantidad de población adulto mayor era aún más alta que la proyección que se tenía para el año 2020, creando una transformación a nivel económico y político ya que dentro de esta edad se encuentra la mayor proporción de las enfermedades crónicas, así mismo se busca el mejoramiento a nivel social, físico y salubre con el fin de mejorar la condición de vida de esta población.

“Con respecto a las personas mayores de 65 años para el año 2005 la proporción era de 2’612.508 y para el año 2010 aumentó a 4.5 millones de personas” (Encuesta distrital de demografía y salud Bogotá, 2011) (Ojeda, G., Ordoñez, M., Ochoa, L., 2010); aumentado por diferentes causas entre ellas el descenso de la fecundidad y la reducción de las tasas específicas de la mortalidad por edad lo que ha llevado a un alto crecimiento de esta población llevando a que la pirámide de edades se transforme inversamente, también dado por el crecimiento de la esperanza de vida en la población adulto mayor.

En la ciudad de Bogotá, la población adulto mayor ha tenido un incremento importante debido a factores como el mejoramiento de la atención en la salud, los servicios sociales, las tasas de mortalidad y la disminución de la fecundidad. Para el año de 1985 el porcentaje de adultos mayores fue de un 6% comparado con el año 2010 que fue de un 10%, proyectándose para el año 2020 un aumento en esta población de un 14%.

Todo lo anterior nos muestra que el grupo de adultos mayores ha incrementado progresivamente en la ciudad de Bogotá, lo cual lleva a pensar en mejorar y brindar un mejor cuidado en esta población en el área de la salud y ampliar políticas para el bienestar tanto físico, colectivo e interpersonal, de esta misma forma crear mayor cubrimiento en programas de Promoción de la salud y prevención de la enfermedad debido a que este grupo es más propensos a adquirir enfermedades.

Con respecto al VIH la mayoría de los estudios que muestra la literatura han sido dirigidos a personas jóvenes, son pocos los estudios en torno al VIH realizados con adultos mayores, y más aún los relacionados con vivencias, ejemplos de ellos son estudios realizados en diferentes países pero en grupos poblacionales de menor edad y/o en condiciones de vulnerabilidad, como el estudio realizado en Argentina en el año 2007 sobre las experiencias del estigma: Gente viviendo con VIH/SIDA, los participantes fueron 47 personas con una media de edad de 34

años, donde expresaron “como se aprende a vivir con esta enfermedad, el manejo de ciertos signos y síntomas característicos de la misma, sobrellevando los estigmas que se han generado en torno al VIH” (Pecheny, M. Martín M. Jones, D., 2007). Si bien así una forma o posibilidad de retomar el tiempo perdido es reintegrarse a la vida, es importante hacerle frente al problema y no vivir con los estigmas implantados por la sociedad, de igual manera repercute la importancia de la literatura en cuanto a las vivencias pues permitiría mejorar y aclarar por medio de las experiencias de otros el cómo llevar una enfermedad como esta, el mejorar los estilos y calidad de vida.

Otro estudio realizado en el Área Metropolitana de Buenos Aires (Argentina) con personas entre los 35 y más de 40 años viviendo con VIH muestra que hay enfoques de comportamiento que reducen la sexualidad de las personas que viven con VIH, “los actos arriesgados y peligrosos reconocidos como el consumo de drogas y la sexualidad promiscua son experiencias reflejadas en el día a día como son el aislamiento general, el temor y la culpa”. (Grimberg, M., 2009). El miedo a transmitir la enfermedad, parálisis sexual, falta de deseo y placer hacen parte de situaciones de descuido, de malos hábitos y sucesos indeseables, generando la importancia de fortalecer programas de educación, prevención y promoción de la salud sexual permitiendo así disminuir el riesgo de contraer enfermedades como es el VIH y llevar una vida agradable sexualmente activa, no estar con el miedo de estar solo y abstenerse a tener una relación sentimental por temor a transmitir la enfermedad.

Por otro lado una revista brasilera muestra los relatos y las situaciones vividas por mujeres entre 23 a 41 años contagiadas por el VIH y “cómo afrontan su situación apoyándose en la parte religiosa, el soporte social, el soporte familiar, la presencia de hijos y la complicidad profesional como factores positivos para el enfrentamiento de la enfermedad.” (Galvão, M. Gimenez; P. Simone, S., 2011). Uno de los aspectos que ayuda a mejorar los estilos de vida en las personas son las creencias, pues les permite confiar en alguien que les puede ayudar a enmendar sus problemas tanto psicológicos, emocionales y sociales, contribuyendo a la resolución del conflicto interno de la obtención de la enfermedad y de los problemas que ha traído ésta en su vida; de igual manera las redes de apoyo son importante en el mejoramiento de los trastornos psicológicos y físicos que padece la persona durante su enfermedad.

En un estudio que se realizó en Perú en el año 2005 muestra que “son muchas las personas que viven con VIH que no cuentan con el apoyo social y económico que necesitan para satisfacer sus necesidades básicas, entre ellas la salud, que más que una necesidad es un derecho y así poder llevar esta enfermedad con un riesgo mínimo tanto para el paciente como para su familia” (Llanos, L. Mayca, J. Navarro, G., 2006). Cuando se habla de pacientes con VIH se puede relacionar con las limitaciones que muchos tienen ante los accesos a la información y la salud, originando a su vez lo que se conoce como inequidades en esta población,

no solo en la parte sanitaria sino en la calidad de vida de estos individuos. De allí surge que muchos de ellos tengan perspectivas diferentes frente a su enfermedad y frente al acceso a los servicios.

Un estudio realizado en población gay y bisexual de más de 50 años de edad viviendo con VIH, publicado en Enero de 2013 por profesores de la universidad de Washington, muestra que “la comorbilidad, las limitaciones en las actividades, y la victimización son factores de riesgo significativos para la disminución de la calidad física y mental”. (Fredriksen, G, 2013). Muchas veces el adulto es rechazado por la sociedad o los familiares por el envejecimiento, se aumenta más el rechazo y la victimización en aquellas personas que son portadoras del VIH y pertenecen a otro tipo de orientación sexual, generando así polémica en sus vidas y confrontación llevándolos muchas veces a crear resentimientos hacia sí mismo y hacia los demás.

En un estudio de la Fundación Nuestros Jóvenes de Bogotá se seleccionó a personas desde los 18 hasta los 50 años con diferentes orientaciones sexuales como: Heterosexuales, homosexuales y transgenero con VIH para identificar su red de apoyo social, se observó como “ellos manejan el estigma y discriminación. Los sentimientos descritos por los entrevistados fueron: Auto culpa, baja autoestima, vergüenza, depresión profunda e ideas suicidas”. (Fundación Nuestros Jóvenes. Voces Positivas). Muchas veces se discrimina fuertemente a este tipo de población, creando en ellos la abstención de ir a consultas médicas o participar en programas de salud trayendo consigo un déficit de conocimiento que genera mayor depresión, susceptibilidad, ansiedad frente al diagnóstico que los llevan a tomar decisiones equivocadas como el suicidio; aparte señala que “los estigmas que se presentan con mayor frecuencia en las personas con VIH son de extrañamiento en el sentido de recordar cómo eran física y psicológicamente antes de tener esta enfermedad, sentimientos de culpa, rabia, vergüenza o vulnerabilidad que son añadidos al sufrimiento mismo causado por la inmunodeficiencia”. (Fundación Nuestros Jóvenes. Voces Positivas) De esta forma se expresan las complicaciones por las que el adulto frecuenta con esta enfermedad aparte de las posibles consecuencias que puede estar atravesando por su condición física, sentimental, familiar o red de apoyo, perjudicando aún más su existencia y su calidad de vida.

Un estudio que se realizó en la ciudad de Bogotá en el año 2010 acerca de la masculinidad, homosexualidad, VIH y SIDA e identidad de género, con personas entre los 16 y 62 años de edad en la población homosexual, reportó que “los sentimientos encontrados frente a su condición fueron rechazo, miedo al rechazo social y culpa por no encajar con los estereotipos que se manejan culturalmente” (Santamaría, M., Londoño, B., Burgos, G., Urquijo, L., Luque, R., 2010). Muchos de estos individuos sienten que todavía se les discrimina cuando intentan salir en público, creen que sus derechos han sido quebrantados, que no tienen voz y voto para elegir lo que más les compete, no encajando dentro de la sociedad, no

participando dentro de las leyes y estatutos, desequilibrando su estado y condición de salud.

En un estudio que se realizó sobre los factores psicosociales asociados a la infección por VIH/SIDA en pacientes residentes de la ciudad de Bogotá en personas de diferentes edades en el año 2007, informa que los “problemas psicológicos que más se presentan en los pacientes son de incertidumbre; en cuanto a la calidad y duración de la vida, expectativas a nivel familiar y social, sentimientos de culpa, ansiedad, depresión” (Rodríguez, M., Pulido, S., Amaya, A., Garavito, I., Salazar, M., 2007), donde cada uno de estos aspectos se reúnen y generan síntomas físicos, psicológicos, sentimentales y espirituales negativos, complicando las enfermedades que se presentan en esta etapa de la vida, que traería como consecuencia más problemas y decaimiento en la condición de salud.

Un estudio realizado por la Universidad Nacional de Colombia en el año 2009, con participantes de 18 a 27 años de edad en la ciudad de Bogotá, muestra las representaciones sociales del VIH/SIDA en jóvenes con o sin VIH.

El análisis de la investigación refiere tres categorías que agrupan las construcciones sociales, el estigma, los recursos personales frente a la enfermedad y seis subcategorías que muestran cómo se desarrolla el autocuidado, la discriminación, los valores individuales, las redes sociales y las actividades de riesgo. Además incluye el aprendizaje personal de estos estudiantes al empezar a aceptar el diagnóstico y las experiencias de bienestar físico, emocional e interpersonal con las que viven. En segundo lugar, los jóvenes narran la experiencia de tener VIH desde la parte individual y la parte familiar, haciendo un paralelo entre la vivencia de antes (conductas peligrosas o negativas) y la vivencia de ahora (adopción de buenos hábitos); al igual que otros documentos ya mencionados, este estudio tiene una fuerte asociación con el estigma y las prácticas de discriminación e insiste de manera minuciosa en cómo es la vivencia desde el inicio de la infección en el cuerpo, las manifestaciones clínicas y hasta la parte subjetiva de la enfermedad (Fonseca, A., 2009).

Vemos como los estudios anteriormente mencionados manifiestan diversos aspectos del VIH, pero son estudios realizados con personas jóvenes, o con grupos específicos como lo son los homosexuales y en donde no se muestran estudios con adultos mayores que consoliden de manera apropiada las investigaciones dentro de este grupo poblacional, en Colombia no hay estudios que expongan con sensatez las vivencias o experiencias que puedan servir como referente en la construcción del conocimiento.

Es por esto que se reitera que los estudios que más se encuentran de vivencias de personas diagnosticadas con VIH son en personas de edades menores o jóvenes como es en el caso del estudio que se realizó en la “Ciudad de Neiva en

el año 2012 sobre los significados de las vivencias en niños y niñas afectados por el VIH/SIDA, adscritos a un centro de atención y apoyo, los niños manifestaron señalamiento, discriminación, miedo de revelar su condición y rechazo como parte del día a día” (Garzón. R., Sánchez, C., Perdomo, L., 2012) La infancia es una etapa donde hay mayor susceptibilidad emocional y apego a diferentes personas de manera tal que al tener esta enfermedad se ven marginados por la sociedad que los rodea, creando límites y barreras con el fin de no sentirse oprimidos y avergonzados por los demás compañeros o conocidos.

Un estudio que se realizó en la ciudad de Popayán, en el año 2012, denominado conocimientos, actitudes y prácticas de las gestantes y madres con VIH de niños menores de 1 año en torno a su cuidado y el de su hijo, el cual describe el cuidado, los procesos de afrontamiento y adaptación de las madres según el modelo de la teórica sor Callista Roy, la descripción sociohumanística, conocimientos, formas de transmisión, riesgo de infección, actitudes y sentimientos ante el diagnóstico entre otros. (Muñoz, S., Castro, É., Fiscal, L., Narváez, L., Paz Cuéllar, J., Villamarín, M., 2012).

El relato de estas mujeres, los sentimientos expuestos junto con su situación de salud hacen que estas generen más preocupación, malestar e incomodidad hacia la crianza que le tienen que dar a sus hijos por ser diagnosticadas con VIH ya que no saben cómo afrontar la vida o dar respuesta resolutive a su conflicto interno; además su nuevo rol de madre implica más responsabilidades como el trabajo, la educación, la familia, su salud y las relaciones psicoafectivas con los otros. De esta forma se puede evitar el que estas personas se alejen del mundo y se acerquen más a la realidad que están viviendo, no solo por la esperanza de salir adelante si no porque sus pequeños son el motor e impulso para existir.

Son variadas las investigaciones que se han realizado en torno al VIH, en diferentes grupos de edad, en especial en niños, jóvenes y gestantes, tal vez por ser los grupos poblacionales que se considera con más riesgo de contraer la enfermedad o con más expectativa de vida, pero como lo muestran las estadísticas el VIH/SIDA es una pandemia que ha afectado a toda la población sin discriminación de sexo, raza y edad y son pocos los estudios encontrados en adultos mayores y muchos de ellos también son realizados en población con condiciones de vulnerabilidad.

En Colombia el Ministerio de salud y protección social a través del observatorio Nacional de la Gestión Programática en ITS –VIH / SIDA mediante la resolución 3442 del 2006 pone a disposición a nivel público como instituciones públicas y privadas, organismos internacionales y a la población civil, todo lo relacionado con estas enfermedades, que como fin implementan, desarrollan y evalúan los planes, proyectos y estrategias para asegurar la salud y contribuir con el logro de las metas establecidas en los objetivos del milenio para el VIH/SIDA, así mismo la ley colombiana estableció para el adulto mayor en el artículo 21 del proyecto de ley 272 de 2007 en el que “funda el derecho al tratamiento contra el SIDA, la

asistencia médica y psicológica que le permita reducir los efectos de su enfermedad y las complicaciones de esta”. (Cámara de representantes, 2007) Así mismo, se puede reconocer por el ministerio de protección social en el decreto número 1543 de Junio 12 de 1997 en Colombia por el cual se “reglamenta el manejo de la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), el Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y las otras enfermedades de transmisión Sexual (ETS) para todos los grupos de edad, entre ellos la tercera edad”. (Ministerio de protección social, 1997)

El interés por esta investigación surgió desde tercer semestre en el cual tuvimos nuestro primer contacto con el adulto mayor en el Hospital Samaritana de Bogotá y en quinto semestre desde la práctica comunitaria en la localidad de Usme y práctica clínica en el Hospital San Ignacio de Bogotá, donde trabajamos especialmente la promoción de la salud y prevención de la enfermedad en esta edad y todo lo relacionado con enfermedades crónicas como el asma, hipertensión, diabetes; donde pudimos encontrar un gran afecto y compromiso hacia esta población, ya que las enfermeras son una de las portadores del cuidado integral con el fin de mejorar los estilos de vida ya que aparte de que muchos de estos se ven afectados con enfermedades crónicas también se ven afectados por la discriminación y la mala atención por parte de sus familiares o cuidadores y en donde en la práctica se evidencia que el tema de la sexualidad en el adulto mayor no es tratado.

Pese a que se han encontrado estudios que nos dan a conocer las consecuencias de enfermedades catastróficas como el VIH en la población adulta mayor, no se evidencia de manera concreta estudios que nos permitan abarcar las vivencias de los adultos mayores que han sido diagnosticados con VIH, es esta la razón por la cual surge la pregunta de investigación ¿Cuáles son las vivencias de un grupo de adultos mayores con diagnóstico de VIH?.

2. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TERMINOS

2.1 ADULTO MAYOR

Según la ONU establece la edad de 60 años para considerar que una persona es adulta mayor. (Instituto para la atención de los adultos mayores en el distrito federal. Ciudad de México. (2012).

Para la presente investigación los participantes fueron Adultos mayores de 60 años.

2.2 VIH (VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA)

“Es un virus que afecta las células del sistema inmunitario, alterando su función produciendo un deterioro progresivo del sistema inmune” (Organización mundial de la salud, 2010). El VIH es una enfermedad que altera el sistema inmunitario, llevando a un deterioro progresivo de dicho sistema produciendo una deficiencia inmunitaria.

Para la presente investigación los participantes fueron adultos mayores de 60 años con diagnóstico médico de VIH.

2.3 VIVENCIAS

La vivencia determina “de qué modo influye sobre el proceso de la persona uno u otro aspecto vivido de la realidad” (Vygotsky, L. S., 1996, p. 68).

Para la presente investigación las vivencias fueron las experiencias anteriores y durante el diagnóstico de VIH teniendo en cuenta: sentimientos, pensamientos, comportamientos y apoyo social del adulto mayor con diagnóstico de VIH.

2.4 SENTIMIENTOS

“Es la percepción de los acontecimientos que tiene el ser humano y está estrechamente relacionado con las emociones” (Encyclopedia Britannica facts matter, Article Free Pass Feeling).

Para la presente investigación los sentimientos fueron todas las emociones del adulto mayor antes y durante el diagnóstico de VIH.

2.5 PENSAMIENTOS

“Los psicólogos definen el pensamiento como el manejo de las representaciones mentales de la información. Una representación puede adquirir la forma de una palabra, una imagen visual, un sonido o de datos en cualquier otra modalidad”. (UDEM. Universidad de Monterrey, 2013).

Para la presente investigación los pensamientos fueron todas las ideas con respecto a la enfermedad que el adulto mayor tenía antes de contraer el VIH e ideas frente a su diagnóstico.

2.6 COMPORTAMIENTOS

“Se puede considerar como toda actividad que realiza un organismo siempre que ocurra en el mundo físico (Bayés, 1978). En este sentido, el comportamiento sería tanto la actividad observable como la no observable, ya se le denomine pensamiento, percepción, imaginación, emoción, o incluso cognición”. (Ardila, R., 1991)

Para la presente investigación los comportamientos fueron las conductas que el adulto mayor tenía antes de contraer el VIH; comportamiento a nivel social, uso de sustancias psicoactivas, bebidas alcohólicas, protección sexual y conductas durante el diagnóstico.

2.7 APOYO SOCIAL

“Es considerado como todo tipo de recursos que se le proporcionan al individuo dentro de un contexto comunitario, tales como la familia, amigos o personas cercanas los cuales ayudan a superar o sobrellevar dicha crisis del adulto mayor”. (Rodríguez, J., Pastor, A., López, S., 1993, p. 352).

Para la presente investigación el apoyo social fueron todas las personas que el adulto mayor percibió como soporte emocional antes y durante el diagnóstico de VIH.

2.8 ATENCIÓN DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD

“Considerado como el espacio entre el profesional de salud y el paciente que posee el VIH, donde se refuerzan los aspectos éticos, se ofrece integralidad, igualdad y respeto por el otro, sin que el individuo sea víctima de discriminación y estigmatización por parte del personal de salud”. (Uribe, A., 2010).

Para la presente investigación la atención de los profesionales de la salud fue el trato y acompañamiento antes y durante el diagnóstico del VIH.

3. JUSTIFICACIÓN

Dentro del análisis de la bibliografía se identifica un vacío investigativo sobre las vivencias del adulto mayor con VIH a nivel nacional como internacional. Este estudio pretende indagar cuales son las vivencias del adulto mayor frente al diagnóstico de VIH, identificando los sentimientos, pensamientos, comportamientos y apoyo social del adulto mayor con diagnóstico de VIH.

Se debe tener en cuenta que muy seguramente el VIH no es la única enfermedad a la que se ven expuestos los adultos mayores, sino que a su vez pueden presentar algunas de las enfermedades crónicas como “hipertensión arterial, enfermedad cardíaca, cáncer, enfermedad respiratoria y diabetes, entre otras; estas enfermedades son las principales causas de mortalidad en el mundo, son responsables por el 59% de 56.5 millones de muertes anuales y el 45.9% de la carga global de enfermedad y son la mayor causa de muerte y discapacidad a nivel mundial.” (Organización Mundial de la Salud, 2013). Reconociendo que si un adulto mayor presenta alguna de estas enfermedades crónicas y se le suma el diagnóstico de VIH se alterara de forma considerable su estado de salud físico, psicológico y familiar; aparte de estas repercusiones en la persona y la sociedad que lo rodea, también se verán afectadas las entidades de salud debido al costo ya que él VIH es considerada como una enfermedad de alto costo.

Se ha expuesto que hay poca información e investigación en adultos mayores con diagnóstico de VIH a nivel internacional y nacional, acerca de las vivencias por las que se enfrentan, evidenciándose poco conocimiento y permitiendo considerar la posibilidad de indagar sobre esta población con el fin de identificar y reconocer las vivencias para mejorar la calidad del cuidado.

Es por esto que se ve la importancia de investigar las vivencias de adultos mayores con diagnóstico de VIH, permitiéndonos entrar en contacto con esta población con el fin de obtener conocimiento de ellos frente a la enfermedad y por ende contribuir a mejorar el cuidado por parte del profesional de enfermería en aquellos adultos mayores que no tienen la enfermedad, en los que ya tienen un diagnóstico y así mismo, poder aportar información basada en las vivencias del adulto mayor sobre la forma como se puede manejar la enfermedad permitiendo llegar a un bienestar integral.

Para los profesionales de enfermería es importante conocer las vivencias del adulto mayor con VIH y contribuir a mejorar el cuidado de enfermería y de los profesionales de salud en este aspecto, ya que como lo muestran las estadísticas y los diferentes estudios el adulto mayor vive su sexualidad, no está exento de tener relaciones sexuales y contraer enfermedades como el VIH, que al adquirirla repercute en la calidad de vida y en el bienestar del adulto mayor, de la familia y la sociedad, como ya se mencionó las estadísticas muestran que por el mismo

proceso de envejecimiento pueden haber enfermedades crónicas y aumentándose una enfermedad como el VIH afecta su calidad de vida.

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

Describir las vivencias del adulto mayor con diagnóstico de VIH.

4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

Identificar los sentimientos, pensamientos, comportamientos y apoyo social antes del diagnóstico de VIH en el adulto mayor.

Identificar los sentimientos, pensamientos, comportamientos y apoyo social durante el diagnóstico de VIH en el adulto mayor.

Identificar la atención del profesional de salud antes del diagnóstico de VIH.

Identificar la atención del profesional de salud durante el diagnóstico de VIH.

4.3 PROPÓSITOS

- Dar a conocer las vivencias del adulto mayor con VIH a profesionales del área de la salud, fortaleciendo el cuidado y la atención a este grupo poblacional.
- Dar a conocer a las instituciones de salud la investigación para mejorar las políticas de atención a los adultos mayores.

5. REVISIÓN DE LA LITERATURA

El VIH es una pandemia que afecta el estado de salud de las personas, según la OMS define el estado de salud como “un estado completo de bienestar físico, mental y social” (Salud y enfermedad. Gobierno de España) donde los sujetos pueden vivir en un ambiente sano y disponer de una buena asistencia sanitaria. Pero en el caso de las personas que adquieren esta enfermedad es muy diferente su situación de vida ya que esta afecta su existencia en todos los sentidos, llevando muchas veces a querer deshacerse de sus vidas, especialmente porque no encuentran solución a la enfermedad y son muchas las alteraciones sociales, psicológicas, laborales que crea el VIH en su diario vivir. El VIH estadísticamente cada vez está creciendo a nivel mundial por diferentes factores, entre ellos tener relaciones sexuales sin métodos de protección, el uso de jeringas usadas por personas contaminadas, transfusiones sanguíneas, etc, que pueden ser prevenibles pero que por falta de un buen conocimiento se adquieren fácilmente y afectan la calidad de vida de cada una de las personas que la adquieren.

5.1 HISTORIA DEL VIH

Según la OMS el VIH es una enfermedad que altera el sistema inmunitario y destruye o trastorna su funcionamiento, lo que acarrea el deterioro progresivo de dicho sistema y acaba produciendo una deficiencia inmunitaria. “Se habla de inmunodeficiencia cuando el sistema inmunitario ya no puede cumplir su función de combatir las infecciones y otras enfermedades” (Organización Mundial de la Salud, 2010).

Para el año de 1981 se identificó en Estados Unidos los primeros casos de esta enfermedad en hombres homosexuales que llegaban al servicio de salud con síntomas como el cáncer, pero aun en esta época los científicos no podían orientar la realidad de esta enfermedad, años después se pudieron crear pruebas que permitieron identificar el Virus de Inmunodeficiencia Humana. Los primeros casos reportados del VIH fueron en las comunidades homosexuales y posteriormente aumentaron en heterosexuales, especialmente en personas adictas al consumo de drogas inyectables; a razón de lo sucedido se identificaron otras formas de transmisión del VIH como las relaciones sexuales, transfusiones sanguíneas y finalmente por transmisión vertical de madre a hijo durante el embarazo, durante el parto o por medio de la lactancia materna. (Ministerio de Salud del Gobierno de Chile, 1981)

Si bien el VIH es una enfermedad preocupante con mayores retos en la historia de la humanidad hay que tener presente su distribución ya que afecta principalmente a adultos jóvenes, pero su crecimiento ha venido aumentando en otros tipo de

poblaciones como es el caso de los adultos mayores. “Según el informe que realizó el instituto de trabajo de seguridad y servicios sociales de los trabajadores del estado (ISSSTE), la población heterosexual menor de los 25 años reporta los mayores niveles de contagio con el VIH/SIDA a diferencia de aquellas personas que se contagian con el SIDA solamente” (VIH en hombres heterosexuales, 2007) donde se ubican con mayor riesgo las personas homosexuales, heterosexuales, sexoservidores o sexoservidoras, a diferencia de los casos reportados en el adulto mayor que aparece como un nuevo grupo etareo dentro de las personas con diagnóstico de VIH, aunque según la Organización de las Naciones Unidas esta ha aumentado progresivamente.

5.2 ADULTO MAYOR Y ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

Para describir el incremento de los adultos mayor se abordara la siguiente definición: la ley 272 del 2007 de la república de Colombia define al “adulto mayor como aquella persona mayor de los 60 años”. (Cámara de representantes, 2007).

La (OMS), encontró que la población mundial se está acelerando de una forma impresionante debido a que la esperanza de vida ha aumentado sustancialmente llevando a que aumente el porcentaje de población adulto mayor. “Entre el año 2000 al 2050 se pronostica que la población mayor de los 60 años se duplicara pasando de un 11% al 22% que en números absolutos es de 605 millones a 2000 millones de adultos mayores en medio siglo”. (Organización Mundial de la Salud, 2010), se analizó que esta población ha tenido un crecimiento predominante en países subdesarrollados en relación con los que viven en países desarrollados, identificándose que “en el año 2008, el 62% (313 millones de personas) de la población mundial mayor de 65 años vivía en países en vías de desarrollo; “para el 2040 se pronostica que esas naciones cuenten ya con más de mil millones de ancianos, el 76% de lo proyectado para todo el planeta”. (Instituto Nacional de Envejecimiento de EU, 2012) Identificándose en las estadísticas se reconoció que la población adulto mayor ha aumentado y seguirá aumentando especialmente en los países subdesarrollados, debido a la transición demográfica, su desplazamiento hacia otras zonas y el envejecimiento activo; por lo general la cobertura en salud ha mejorado en esta población prologando su vida por más tiempo, permitiendo así el incremento de esta tanto nacional como internacionalmente.

En América Latina y el Caribe la población mayor de 60 años y de más ha aumentado progresivamente; “Entre los años 2000 al 2025, 57 millones de adultos mayores se incorporaran a los 41 millones existentes; entre los años 2025 al 2050 este aumento será de 86 millones de personas, ubicándose así en países como

Brasil, México, Colombia, Argentina, Venezuela y Perú”. (Quintanar, A., 2010)). Teniendo en cuenta los antecedentes y lo mencionado frente al aumento del adulto mayor, es importante que se reconozca este incremento con el fin de mejorar las políticas, los recursos económicos y el estado de salud, debido a que esta población es más vulnerable a generar enfermedades crónicas que empeoran su condición de salud y así mismo tienen menos apoyo por parte de la familia, amigos o conocidos que no suelen realizar intervenciones para ellos lo que podrían llevar a disputas dentro y fuera del país; de ahí la importancia de implementar estrategias para un mejor futuro como lo son la promoción de la salud y prevención de las enfermedades que más se destacan en esta edad y las de tipo infectocontagiosas.

“A nivel de Colombia el incremento de población adulto mayor para el año de 1993 fue de un 6,9% a diferencia del año 2005 que fue de un 8,9%”, (Sardi Perea, E., 2006), así mismo según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud “desde 1990 a 2010 la población menor de 15 años subió de un 31% a 35%, en tanto que la población con 65 o más años aumento de un 5% a 7%” (Ojeda, G., Ordoñez, M., Ochoa, L., 2010), con lo que se puede identificar que cada vez este país tiene mayor índice de población adulto mayor especialmente por el impacto que se ha dado por la medicina; generando una reducción significativa en la mortalidad, así mismo las tasas de fecundidad han disminuido en la población Colombiana que por consiguiente genero los resultados demostrados en las estadísticas.

Para el año de 1993 al 2005 Bogotá era una de las ciudades que encabezaba la estadística de mayor proporción de adultos mayores en comparación con las otras ciudades del país, con una concentración de 99.8% de adultos mayores, así mismo represento un 16.1% de la población total; para el año 2005 el índice de envejecimiento para la ciudad de Bogotá fue de un 21.0 (Ojeda, G., Ordoñez, M., Ochoa, L., 2010). Parte del aumento de esta población y del encabezamiento de mayor concentración de adultos mayores en la ciudad de Bogotá es debido a que esta tiene más ofertas de salud permitiéndoles tener a la mano todos los servicios que posiblemente no se pueden encontrar en la parte rural, como los especialistas, la realización de las cirugías, etc, que son parte importante para el mejoramiento y acondicionamiento de la salud; otro de los factores que limita al pertenecer a una zona rural es la parte económica, puesto que si se enferman las condiciones de transporte y de movilización vienen a ser un costo adicional para su salud.

5.3 ADULTO MAYOR Y VIH

“A nivel mundial para el año 2007 se registraron 2.7 millones de nuevos casos de VIH, y 2 millones de personas fallecieron por el SIDA en este mismo año; la

cantidad de jóvenes entre 15 y 24 años con la infección del VIH a nivel mundial fue de un 45%. Se estima que 370.000 niños(as) menores de 15 años, para el mismo año tuvieron contacto con el VIH” (Aguayo, N., 2008).”Con relación a los datos expuestos para el año 2011 se identificó que el país con mayor número de adultos mayores con VIH es África, la parte sub- sahariana presenta 4.9%, norte de África y medio oeste Asiático 0.2%, sur y sur este Asiática 0.3%, este de Asia 0.1%, Caribe 1.0%, Europa de este y Asia central 0.8%, Europa central y occidental 0.2%, norte América 0.6%, Oceanía 0.3% y Latinoamérica 0.4%”(OMS, UNICEF, UNAIDS. Core Slides VIH/SIDA, 2012). Se espera que para los próximos años el índice demográfico del VIH a nivel mundial disminuya consecuentemente en todos los continentes con el fin de prolongar la existencia de muchas personas que se encuentran enfermas, reducir las complicaciones a nivel social, económico y laboral. Así mismo la expectativa general es modificar los aspectos negativos del VIH creados por la Sociedad y que pueden llegar a debilitar también al adulto mayor si es detectado con este virus.

En Latino América y el Caribe el crecimiento del VIH es de constante aumento y desarrollo generando un impacto social, económico, político y sentimental en toda la población que la adquiere como a las personas que conviven con ellos, aun mismo se ve perjudicada la sociedad que los rodea y aun mismo los países, de igual manera se identificó que el VIH/SIDA no solo afecta a la población en condiciones de vulnerabilidad, al contrario cualquier persona la puede adquirir por su fácil medio de contagio; la situación en Latinoamérica se presenta de forma heterogénea: las tasas de prevalencia promedio de la población adulta son de 2,5% y 1,5% en Belice y Honduras respectivamente y de 0,9% en El Salvador y Guatemala, le adjudican a Centroamérica, mientras que en el Brasil, México, el Cono Sur y la Región Andina, el margen de las tasas promedio generales se encuentra entre 0,3 a 0,5% y en su mayor parte se habla de una epidemia concentrada a diferencia del Caribe que muestra una epidemia generalizada continua (con excepción de Cuba) y ocupa el segundo lugar a nivel mundial, después de la Región de África Subsahariana, con una tasa de prevalencia promedio de 1,6% en población adulta. (Zurm, U., 2006).

Esto refleja un alto índice de VIH en América latina llegando casi a alcanzar los mismo índices de VIH que África subsahariana; país que tiene mayor población con este diagnóstico, también se reconoce que la posibilidad de tener esta enfermedad no se trata solo de los términos de vulnerabilidad como lo es ser joven o tener gusto por el mismo género, también otro tipo de poblaciones pueden y adquieren esta enfermedad solo por el simple hecho de tener relaciones sexuales sin protección o compartir jeringas con otras personas para inyectarse sustancias psicoactivas.

Así como a nivel internacional, “Latino América y el Caribe se han aumentado los índices del VIH, a nivel de Colombia desde el año de 1985 al 31 de Diciembre de 2011 se reportó un total de 75.620 casos de infección por VIH/SIDA en personas

desde los 20 a mayores de 60 años, observándose un crecimiento paulatino. Según el informe Mundial de avances en la lucha contra el SIDA en Colombia, dentro de los estudios realizados y estadísticas se evidencio que para los mismos años los casos notificados en personas entre los 15 a 44 años de edad se presentaron 77.4% (5.175) casos de VIH/SIDA; identificándose que la mayor población que adquirió esta enfermedad comienza desde una corta edad. De igual manera se resalta que en los últimos años el porcentaje de casos de VIH en personas mayores de 45 años fue de un 21.3% (1.425) casos; en cuanto a la proporción por género en personas mayores de 60 años se pudo analizar que hay mayor población de hombres con esta enfermedad con un 74,0% y en las mujeres con un 26,0%”(Informe mundial de avances en la lucha contra el Sida. Colombia 2012), reflejándose mayor número de casos en el hombre durante los años estudiados, considerándose que la mayor consecuencia de tener esta enfermedad son las relaciones sexuales, de igual manera esta se considera como una prioridad de salud pública esto debido a que genera altos costos a nivel de tratamiento y atención, trayendo como consecuencias muchas veces a que estas personas no se les permita adquirir un seguro porque no van acarrear con costos superiores a los que pueden cubrir o algunas veces cuando se tiene esta enfermedad se les niega el servicio de salud por lo anteriormente dicho.

“En cuanto al SIVIGILA en la ciudad de Bogotá se realizó dentro de los primeros trimestres de los años 2010, 2011 y 2012 se reconoció que el porcentaje de la población adulto mayor con VIH para el año 2000 fue de 2.3%, para el año 2011 un 3.6% finalizando con el año 2012 donde el porcentaje de población con esta enfermedad fue de un 2.8%”(Situación actual del VIH en el distrito capital, primer trimestre, 2012). Estos datos demuestran que aunque son pequeños los porcentajes de población adulto mayor con VIH en la ciudad de Bogotá, son estos una advertencia, ya que se pueden seguir aumentando, como lo vemos en las estadísticas para el año 2010 al 2011 donde se ve un incremento importante, viendo la importancia de tratar y prevenir esta enfermedad por medio del conocimiento científico de la salud sexual en esta población.

5.4 MITOS Y CREENCIAS DEL VIH

La sociedad en la que vivimos aún tiene la percepción de que los adultos mayores no tienen relaciones sexuales, “gran porcentaje de personas piensan que los adultos mayores que han quedado viudos(as) o que se han separado no tiene derecho a formalizar una nueva relación sentimental y juzgan el derecho que tienen de tomar decisiones como darse una nueva oportunidad de compartir con un nuevo compañero(a), porque son muy adultos o por el respeto hacia la memoria de sus cónyuges, llevando a muchas personas adultas mayores a tomar decisiones apresuradas solo por sentirse amados y queridos, generando impulsos

de tener relaciones sexuales con personas que no conocen o frecuentan lugares donde ofrecen servicios sexuales sin saber su estado de salud, llegando muchas veces a contraer enfermedades de transmisión sexual como el VIH/SIDA”(Wong, L. Álvarez, Y. Domínguez, M. González, A., 2010). Discutir temas como la intimidad, la relación de pareja y el erotismo no son fáciles de hacer, muchos adultos se encuentran reacios frente al tema por lo que prefieren deshacer los lazos familiares y de amistad, ya que no comprenden ni entienden sus circunstancias personales, lo que pasa por su mente, que quieren lograr con sus vidas o sencillamente el deseo de concretar un futuro al lado de una pareja.

Otro de los factores que lleva a que aumente los índices de esta enfermedad (VIH) en el adulto mayor “son los prejuicios que se tienen de esta población frente a la sexualidad ya que se cree que estos al llegar a una edad avanzada no tienen relaciones sexuales debido a su condición física, ignorando la felicidad y deseos que como seres humanos tienen” (Esguerra, I., 2007). En ocasiones los prejuicios no son buenos por que limitan al individuo a hacer lo que más le gusta hacer, muchas veces los familiares creen que por ser adultos ya han perdido la sensibilidad y el deseo sexual con sus parejas, así mismo cuando uno de los cónyuges ha muerto, la demás sociedad cree que estos ya no son aptos para tener una nueva relación lo que genera en los adultos mayores prohibiciones y resentimientos hacia ellos mismos y hacia los demás, trayendo como consecuencia amargura y desolación en el transcurso de su vida por los prejuicios que se le imponen.

Los adultos mayores algunas veces tienen percepciones de que tener relaciones sexuales con mujeres de su misma edad no hay riesgo de contraer alguna enfermedad, de igual manera se evitan el riesgo de que su pareja quede en embarazo ignorando la protección que se debe de asumir al momento de tener relaciones sexual, las mujeres que llegan a esta edad no exigen protección por que solo piensan que ya culminaron con el tiempo de reproducción dejando atrás los problemas que puede acarrear el tener relaciones sexuales sin protección. (Pond, V.; Scaccabarozzi, L., 2010).

La adquisición de una enfermedad como el VIH no puede ser motivo de desconocimiento de la sexualidad de un individuo, es por esto que se ve la importancia de que esta población tenga conocimiento sobre como tener relaciones sexuales con protección con el fin de prevenir enfermedades como es el VIH y así mismo permitir que estos inculquen en sus familias o personas cercanas la importancia de la protección sexual.

“Desde hace varios años la inclusión y llegada del viagra ha permitido que el adulto mayor tenga nuevamente relaciones sexuales, Según el artículo Características de la actividad sexual de los adultos mayores y su relación con su calidad de vida 2010 en Chile, define que el ser humano es netamente sexual, que la calidad de vida de los hombres y las mujeres se mejora gracias a la

sexualidad, regula el estrés y mejora el sueño”(Guadarrama, R. Ortiz, M. Moreno, Y. González, A., 2010), ve todos los beneficios más que los contra de ejercer la relación sexual, aunque por parte de sociedad todavía hay obstáculos frente a las relaciones sexuales, aun no se acepta que estos tengan o vuelvan a tener relaciones , no obstante se siguen reprimiendo los derechos del adulto mayor de tener la oportunidad de gozar del amor, cariño, deseos sexuales. Es tanta la opresión de la sociedad, es mayor la ignorancia y el egoísmo que se tiene frente a esta población que muchos de estos prefieren distanciarse de su propio cuerpo y quedarse solos ya que piensan que la sociedad los puede discriminar si tienen una relación sentimental.

“En cuanto la revolución del viagra el artículo Envejecer en el siglo XXI. "No siempre Querer es Poder". Hacia la de-construcción de mitos y la superación de estereotipos en torno a los adultos mayores en sociedad 2009 de Argentina, el Viagra es uno de los grandes inventos del siglo XX porque modificó el ejercicio de la sexualidad en muchas personas que pensaban que ya no tenían más acceso a la genitalidad y pudo revitalizar el funcionamiento sexual de la pareja”. (Amico, L., 2009). Sin embargo el poco conocimiento del adulto mayor con temas relacionados con la verdadera acción de dichos medicamentos como el viagra lleva a que algunos adultos mayores lo consideren como la primera opción en el tema de la sexualidad, mejorando así su estilos de vida ya que al compartir y relacionarse con una persona les permite sentirse apreciados y acompañados durante su diario vivir ya que cuando se cumple con edades mayores muchas veces son discriminados por la familia y al tener la oportunidad de tener una novia o compañera que cuente ya sea de manera sentimental o física los hacen sentir como cualquier otro hombre activo.

5.5 CONSECUENCIAS E IMPLICACIONES DEL ADULTO MAYOR CON O SIN VIH

“La vulnerabilidad de esta población como todos sabemos radica en el desarrollo de diferentes cambios fisiológicos y anatómicos. De igual manera en esta etapa de su vida por la edad se ven expuestos a enfermedades crónicas ya sean de tipo genético, ambiental, social o físicas; entre las más reconocidas la hipertensión arterial, diabetes, enfermedades cardiacas, enfermedades respiratorias y el cáncer”(Organización Mundial de la Salud, 2013).

La mayoría de enfermedades crónicas predisponen tanto la condición anímica como física del paciente haciéndolo más vulnerable a enfermedades oportunistas, entre ellas podemos encontrar la Tuberculosis e influenza que pueden llevar a que la población se afecte más en su estado de salud físico, como psicológico donde

los sentimientos como la depresión, ansiedad y culpa juegan un papel muy importante para la adquisición de estas.

Uno de los cambios a largo plazo que pueden contraer los adultos mayores es la pérdida de cognición. Según un estudio de Abordaje de los factores de riesgo en el deterioro cognitivo en adultos mayores con VIH: un modelo de trabajo social los adultos mayores con el VIH que se realizó en el año 2007 en la Universidad de Alabama en E.U, presentan mayor deterioro de la función cognitiva (atención, memoria, razonamiento y velocidad de procesamiento), comparada con personas de la misma edad no infectados y adultos más jóvenes infectados con el VIH.

“Asimismo, estos mismos estudios demuestran que los adultos más jóvenes con el VIH obtienen peores resultados en las medidas cognitivas en comparación con los Jóvenes de la misma edad sin VIH” (Vance, D. E.; Struzick. T. C., 2007). El VIH también puede aislar a las personas de su propio mundo causando tristeza en el individuo por que no puede cumplir con sus metas, deseos y anhelos, se acorta más el tiempo de vida, no puede disfrutar con sus seres queridos; en el adulto mayor se pierden las aspiraciones de terminar con una vejez sana y la senectud se torna monótona, vacía, llena de sufrimiento u amargura por una enfermedad que no se espera adquirir en esta edad.

Según el estudio Calidad de vida, aspectos psicológicos y sociales en pacientes con infección VIH avanzada de España, desarrollado en los años 1996 a 1997 y cuyos participantes contaban con una media de edad de 34 años definen que “la crisis multidimensional que el SIDA ha provocado en la sociedad, junto con el importante impacto sobre la condición física quien lo padece, favorece a la aparición de repuestas depresivas y de ansiedad de forma sistemática; esto conllevando a una alta carga sintomática con una elevada prevalencia de trastornos de la esfera psicológica y deterioro de la calidad de vida.

Se identificó que los efectos en el área psicológica y social en las personas seropositivas se encuentran presentes durante todo el proceso, independientemente del periodo de infección o enfermedad en que se encuentre; se constituye el momento de la noticia del diagnóstico y la confirmación de este, en los aspectos más dramáticos para la persona y su familia” (Suárez, M., et al., 2002). De esta manera aborda que uno de los factores que afecta primordialmente a la población que adquiere el VIH es la depresión causando como consecuencias un choque emocional y afectivo perjudicando aún más su estado de salud, es por esto que se debe desde el momento en que se le informa que es portador del VIH tomar medidas preventivas y saludables con el fin de que la persona no se deje afectar drásticamente para que no tome decisiones apresuradas como lo es el suicidio.

5.6 VIVENCIAS

Según el diccionario de la real academia las vivencias son todos “aquellos hechos que se experimentan sobre algo” (Real Academia de la Lengua Española, 2012), es decir es aquella experiencia que una persona vive en su vida y que de alguna manera hace parte del carácter o forma de ser o comportarse.

Las vivencias son todas los sentimientos, comportamientos y pensamientos que hacen parte de todo ser humano, en el adulto mayor son considerados como aquellas manifestaciones que se generan a partir del estado de ánimo; es decir si su estado de ánimo está bien se reflejara alegría, felicidad, generosidad, respeto, tolerancia, en cambio sí son malos serán de rabia, intolerancia, negativismo, etc.

El apoyo social también se considera vivencia, siendo este la ayuda de recursos psicológicos, sentimentales y sociales provenientes de alguno o varias personas que se encuentren o no en alguna dificultad; mientras que el apoyo familiar mejora la relación o comunicación verbal, el afecto es más sincero y caluroso permitiendo mayor confianza y confidencialidad en los problemas del individuo.

5.7 SENTIMIENTOS, COMPORTAMIENTOS Y PENSAMIENTOS ASOCIADOS AL ADULTO MAYOR FRENTE AL VIH

Durante la etapa del envejecimiento el adulto mayor tiene cambios físicos, dentro del proceso de la edad cronológica al pasar los años el ser humano va teniendo cambios en sus sistemas que se van reflejando al pasar el tiempo, es por ello que se reconoce al adulto mayor como vulnerable debido a que su organismo va decayendo según la edad, sumándole a esto que si ha tenido malos hábitos físicos, ambientales o de salud puede llevar muchas veces a padecer enfermedades entre estas las más reconocidas para esta edad como son las enfermedades crónicas. (Galbán, A, 2007).

Un estudio realizado en el año 2002 en los Estados Unidos de los síntomas psicológicos en personas de 50 años que viven con VIH, se identificó que este tipo de “población son más vulnerables psicológicamente, no cuentan permanentemente con el apoyo de los familiares, amigos o con la sociedad en sí debido a su diagnóstico”. (Heckman, T. G., Heckman, B. D., Kochman, A., Sikkema, K. J., Suhr, J., Goodkin, K. 2002) Ellos necesitan de la ayuda de la salud mental pues piensan que pronto fallecerán y que por el trato que han recibido por personas incomprensibles, el resto de la población los va a tratar de la misma manera, así mismo se ve afectada su autoestima sintiéndose culpables de adquirir esta enfermedad generándose rechazo, desaliento para seguir adelante,

negación de querer seguir viviendo o lo que es peor no aceptan la ayuda médica que se les ofrece (administración de fármacos). Igualmente, es tan grande el problema que ellos tienen al momento de enterarse que son portadores de esta enfermedad que se somatizan y crean síntomas más complejos tanto física como psicológicamente.

Otro de los estudios que fue desarrollado en Colombia en personas desde los 18 hasta los 50 años, llamado Voces Positivas: Resultados del índice de estigma en personas que viven con VIH donde refleja que la discriminación y el estigma “son realidades de la vida diaria, teniendo que pasar muchas veces por la negación de los servicios de salud, trabajo, estudios entre otros”. (Fundación Nuestros Jóvenes. Voces Positivas), debido a que tienen miedo a ser descubiertos y recibir por parte de ellos discriminación, rechazo y algunas veces hasta ser encarcelados. La discriminación puede llevar a efectos nocivos sobre la enfermedad, así mismo esta implica sobre la persona la toma de decisiones como el adquirir rápidamente un tratamiento. La discriminación por cualquier razón es una violación de los derechos humanos y es algo que el sistema legal de un país puede y debe abordar ya que muchas veces esta deteriora la comunicación y la convivencia generando sentimientos de desprecio a otra persona que es igual y que por ley tiene los mismos derechos que otra persona.

Otra manera en la que esta población se siente vulnerable es por los estigmas que se tienen frente a la enfermedad, sin realmente conocerla bien, cómo se transmite, generando así discriminación y opresión sobre los sentimientos de las personas que son VIH positivo, marcando sus vidas como quien marca su cuerpo con un tatuaje, llevándolo día y noche sin poderlo quitar. Es el caso de aquellas personas que tienen el estigma de que si utilizan los mismos utensilios físicos se pueden contagiar del VIH, si tienen algún contacto físico o si se les habla muy cerca también los pueden contagiar; a pesar de que en esta edad el adulto mayor tiene cambios como sufrir de depresión de alguna manera influye en su toma de decisiones o de medidas como estar solo, no tener ni consultar a nadie, ni adquirir ayuda porque tiene miedo de ser rechazado.

En un estudio realizado en Buenos Aires, Argentina en el año del 2009 sobre la Sexualidad, experiencias corporales y género: Un estudio etnográfico entre personas viviendo con VIH en el Área Metropolitana de Buenos Aires, Argentina entre las edades entre los 35 y 40 años, donde los adultos con VIH “reducen su sexualidad por problemas de seguridad y protección” (Grimberg, M., 2009), así mismo consideran que las relaciones sexuales son un peligro, son de restricción y represión, ellos las llaman así porque tienen miedo a ser discriminados por la sociedad, también porque no quieren que así como muchos de ellos llegaron a este diagnóstico por fuerzas involuntarias como el empobrecimiento, las violaciones o drogas no quieren que otros sean contagiados y discriminados como ellos lo son por la sociedad que los rodea. Del mismo modo las personas que entran en contacto con esta enfermedad prefieren aislarse porque tienen

resentimientos contra ellos mismos y presentan temor de transmitirla, la misma sociedad se encarga de rechazarlos aislarlos, dejándolos desempleados, sus familias los alejan y la sociedad los discriminan. De igual manera este artículo habla de la gran congruencia de adquirir esta enfermedad por medio de la administración de drogas inyectables o también de contraer una relación con una persona que anteriormente fue consumidora y que nunca se hizo exámenes sin saber que era VIH positivo, por lo cual le transmitió esta enfermedad a su compañera de hogar. Es por ello que se ve la importancia que toda persona que es consumidora de algún tipo de drogas por medio de inyecciones, prevenga el riesgo de utilizar las mismas jeringas de igual manera que si han salido del consumo de estas sustancias consulten al médico antes de contraer una relación y perjudique la vida de otros o por miedo a ir al médico y que le den un resultado positivo de VIH se abstenga a comenzar una nueva vida con un compañero(a) y tener una familia.

El estudio de las percepciones de las personas viviendo con VIH/SIDA (PVVS) sobre la calidad de atención relacionada con (TARGA) tratamiento antirretroviral de gran actividad en los servicios de un hospital limeño en Perú a finales del año 2004 y cuyas edades estaban entre los 31 a 40 años, donde habla “como algunas personas que aun viviendo en países desarrollados no tienen el apoyo social y económico necesario para tener una buena salud física, social y psicológica”. (Llanos, L., Mayca, J., Navarro, G., 2006). para poderla compartir con las personas que los rodean, aparte de esto no les brindan información o educación sobre su enfermedad, el tratamiento tanto farmacológico como psicológico dejándolos a la deriva, trayendo como consecuencias el aumento de esta enfermedad (VIH/SIDA) a sus familiares, pareja, amigos entre otros por la falta de comunicación de los métodos de protección sexual, las formas de transmisión y como estas ponen en peligro a su vida.

Es por esto que se realizó un estudio en personas VIH positivas que estaban vinculadas con el hospital Limeño donde se les ofrecían los servicios de TARGA donde algunos decidían que si los hospitalizaran porque el trato era bueno y el servicio y la adquisición del tratamiento era excelente, pero parte del problema con esto es que para recibir esta atención se debe pagar ósea no era ofrecida dentro del marco legal de lo que cubre el POS llevando a que muchas personas no tengan la misma oportunidad de recibir este tratamiento, es por ello que las personas piden la reglamentación de este tipo de tratamiento. Así mismo se concluye que es importante que el sistema de salud informe todo lo referente a la protección sexual en todas las poblaciones incluyendo al adulto mayor, de igual manera educar como se deben utilizar los métodos de protección sexual y especialmente en aquellas personas que ya han sido diagnosticadas con el fin de que se siga transmitiendo esta enfermedad a otras personas.

“En un estudio realizado en ACRIA (Iniciativa de Investigación de la Comunidad de América) Nueva York, en el año 2008 en personas de 30 años y mayores de 50

años Previendo el VIH en Adultos Mayores, el mayor sentimiento que se presenta en estas personas es el temor y la manera de combatirlo es apoyándose en información, en los consejos de la familia, amigos y de su propio médico” (Tietz, D., 2008).

Para muchas personas no es bueno revelar su diagnóstico debido a que presentan sentimientos de temor ya que pueden ser juzgados y discriminados por la sociedad y aun por las personas más cercanas y allegadas como son la familia o amigos, es por esto la importancia de consultar con médicos o psicólogos ya que estos pueden ayudar a cambiar el modo de ver o de pensar de la enfermedad y así mismo permiten modificar los estilos de vida y de pensar para mejorar la condición de salud.

Así como muchas personas sufren y se deprimen viviendo la vida con este diagnóstico hay muchos adultos mayores que le sacan provecho a esta enfermedad y la afrontan por medio de actividades como a continuación lo podremos ver en un estudio que se realizó en Sao Paulo en el año 2008 sobre las experiencias y afrontamientos del estigma en personas que viven con el VIH.

“Según el artículo cuando el adulto mayor adquiere o reconoce que es VIH positivo el sufrimiento es tan grande que genera pensamientos negativos de si mismo y de los demás, aun sin que la gente que está a su alrededor sepa su diagnóstico, es así como este tipo de población crea en su mente ideologías y herramientas con el fin de enfrentar las dificultades por las que tiene que pasar desde el momento en que ha sido diagnosticado con el VIH” (Dafne, M., 2008), con el propósito de eliminar todo tipo de juzgamiento hacia sí mismo o hacia el momento en que las otras personas conozcan de su diagnóstico, no dejándose influir de los rechazos, críticas con el fin de no recaer en su estado de salud psicológica como física.

Según Lazarus y Folkman (1984) “la perspectiva cognitiva se refiere a los conceptos de estrés y adaptación. Al principio la persona debe percibir la situación como una fuente de estrés y luego acceder a sus propias posibilidades de supervivencia” (Rodríguez, J., Pastor, A., López, S., 1993, p. 353) llevando así a que la persona enfrente los obstáculos por medio de oportunidades que se le faciliten y los hagan felices, es el caso de la búsqueda de las prácticas religiosas, que con el fin de encontrar la paz tanto física como espiritual vivirá la enfermedad sin problemas, con dificultades pero sabiendo que alguien más poderoso que todos lo ayudara y lo hará fuerte para las pruebas que genera esta enfermedad, también refleja este estudio que la búsqueda de la religiosidad como estrategia de afrontamiento puede intervenir tanto en su vida, concluyendo que la religiosidad podrá ayudarlos en situaciones de dolor, tensión y agotamiento.

De igual manera la búsqueda de apoyo social es un método de afrontamiento que permitirá en esta población mejorar su estado y condición de ánimo, ya que la

persona se sentirá apoyada ya sea por la familia, amigos o la misma comunidad de una iglesia.

También se puede describir que el apoyo social tuvo un aporte positivo en la salud de estos pacientes ya que no se centran en la enfermedad si no que esparcen su mente a otras actividades, sin sentirse oprimido por la sociedad por ser VIH positivo, de igual manera como veíamos anteriormente dentro de los cambios que tenía el adulto mayor uno de ellos era la depresión, permitiendo así el apoyo social como la búsqueda religiosa puede repercutir positivamente en su calidad de vida

5.8 RESOLUCIÓN DEL VIH

La repercusión en salud que ha tenido el VIH/SIDA en cada país y el mundo ha hecho que se generen políticas de salud frente al VIH y se creen alianzas entre países que permitan amortiguar el impacto de la enfermedad, sus consecuencias y limitaciones. A modo de síntesis se desarrollaron las siguientes políticas a nivel mundial con el fin de mejorar la calidad de vida permitiendo así, que se cumplan los derechos y deberes de esta población.

“En Centroamérica existe el Marco De Cooperación para apoyar la implementación de la respuesta regional de Centroamérica al VIH/SIDA entre el Gobierno de los Estados Unidos y los Gobiernos de la región Centroamericana en Marzo 2010 la cual tiene como propósito reducir la prevalencia e incidencia del VIH/SIDA en la región centroamericana, coordinando iniciativas para brindar una respuesta contundente y efectiva a la región. Este plan regirá durante cinco años en los siguientes países: Belice, Guatemala, el salvador, Honduras, Nicaragua, Costa Rica y Panamá”. (Marco De Cooperación para apoyar la implementación de la respuesta regional de Centroamérica al VIH/Sida entre el Gobierno de los Estados Unidos y los Gobiernos de la región Centroamericana, 2010).

Costa Rica además de pertenecer al Marco anterior también tiene las políticas sociales en VIH-SIDA como es el caso de la ley General sobre el VIH-SIDA N. 7771, aprobada el 20 de abril de 1998”(Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica. (1998). Su objetivo fundamental, según el artículo 1 es “la educación, la promoción de la salud, la prevención, el diagnóstico, la vigilancia epidemiológica y la atención e investigación sobre el virus de la inmunodeficiencia humana o VIH y el síndrome de la inmunodeficiencia adquirida o SIDA; además trata de los derechos y deberes de los portadores del VIH, los enfermos de SIDA y los demás habitantes de la República. (Asamblea Legislativa, 1998).

En Latinoamérica, países como Uruguay fundamenta el Decreto N° 87/008 que consiste en la Creación de la Comisión Nacional de SIDA

(CONASIDA). Dicho organismo se establece como consejo consultivo de coordinación, presentación de propuestas e incidencia en políticas públicas vinculadas al VIH/SIDA. Se constituye como un espacio amplio de participación de multiplicidad de actores relevantes involucrados en la lucha contra el VIH/SIDA y funciona en forma sostenible como ámbito de generación y validación de políticas específicas orientadas al VIH/SIDA. (Área Salud Sexual y Reproductiva. Programa Nacional ITS-VIH/Sida, 2011)

Y el Marco Normativo en relación al VIH/SIDA en Uruguay en el 2010, el cual se creó con la finalidad de actualizar la información acerca del marco jurídico que recoge y consagra los derechos humanos de las personas que viven con VIH. “En atención a la particular vulnerabilidad en la que se encuentran, que requieren una especial atención a su salud y a la promoción de sus derechos económicos, sociales y culturales, como presupuesto del goce de los demás derechos fundamentales”. (Muñoz, M., Galeano, M., Basso, J., Ríos, G., Rodríguez, N., Osimani, M., 2010).

Vemos entonces que en general cada gobierno busca dar respuesta al problema del VIH con acuerdos, decretos, resoluciones, planes y leyes que le den la prioridad a cada grupo poblacional; el reto está en promover acciones que prevengan, controlen la enfermedad y se vuelvan indispensables a la hora de ejecutarlas en la sociedad con el fin de prevenir estas enfermedades a aquellos que no la tienen y de actuar legislativamente en el ejercicio de la ley para aquellas personas que si la tienen.

En Colombia se reconoce el observatorio nacional de gestión programática en ITS/VIH SIDA mediante la resolución 3442 del 2006 la cual posee 24 documentos que buscan reforzar las medidas políticas en materia de salud. “La ley 272 de 2007”(Texto definitivo al proyecto de ley 272 de 2007 cámara de representantes. 2007) del congreso de la república enfatiza el artículo 21 para las personas con VIH las cuales tienen derecho a ser atendidos por asistencia psicológica como médica. “Por su parte la declaración universal de los derechos del adulto mayor en el artículo 1”(Proyecto de declaración universal de los derechos del adulto mayor). Refiere que los adultos mayores tienen derecho a ser tratados dignamente como a cualquier otra persona sin ser discriminados, es así como debe ser reconocido el adulto mayor, apoyado en todas sus esferas sin importar en la condición en que se encuentra, llevando a satisfacer su estado de ánimo y de salud permitiéndoles tener el apoyo no solamente por parte de los psicólogos sino también a la participación a grupos, instituciones o redes de apoyo que ofrecen recreación, comunicación con otro tipo de personas , etc.

Existe la “Guía para el manejo de VIH/SIDA basada en la evidencia Colombiana del Ministerio de la Salud y la protección 2003” (Díaz, C., Álvarez, C., Prada, G., León, F., Sarmiento, C., 2003), que tiene como justificación dar prioridad a las

patologías de alto precio y gran costo de recursos como es el VIH/SIDA, prevenir la transmisión de esta, mejorar la calidad de los PPVS, frenar la progresión del VIH al SIDA, Reducir la proporción de complicaciones y hospitalizaciones de los pacientes con sida, especialmente con el buen manejo de los antirretrovirales, lograr contener los costos del tratamiento y la mortalidad por la enfermedad.

También existe el Plan Nacional de Respuesta Ante el VIH y el SIDA en Colombia (Betancur, D. 2008) que tiene como finalidad contribuir al acceso universal de los servicios de promoción, prevención y atención del VIH/SIDA. Este se basó en dos procesos el plan nacional del 2003-2007 y la consulta nacional logrando un arduo avance en cuanto al tratamiento y la atención oportuna para los pacientes con VIH/SIDA.

6. DISEÑO METODOLÓGICO

6.1 TIPO DE DISEÑO

Para el autor Boyd, Ginger. La investigación cualitativa es el “intento de dar respuesta a cuestiones sobre las experiencias y realidades humanas a través del estudio de las mismas en contacto con la gente y en su ambiente” (Boyd, G., 1990).

El presente estudio es de tipo cualitativo ya que éste nos permite comprender la interacción entre el individuo con su entorno, de igual manera es de gran ayuda para la recolección de la información que se puede dar durante diferentes situaciones cotidianas y el comportamiento que se revelan frente a estas.

“Se utiliza la investigación cualitativa porque nos ayuda a reconocer las vivencias del adulto mayor con VIH, teniendo en cuenta la metodología de Sampieri que se basa en explorar, describir y luego generar perspectivas teóricas” (Roberto, S., 2010); estas van de lo particular a lo general de igual forma en la recolección de los datos se tienen en cuenta los puntos de vista de los participantes como son las emociones, prioridades, experiencias, significados y aspectos subjetivos que permiten identificar y reconocer las vivencias de cada persona.

6.2 PARTICIPANTES DEL ESTUDIO

Los participantes del estudio son hombres y mujeres mayores de 60 años de edad con diagnóstico de VIH. Fueron escogidos mediante la técnica bola de nieve que consiste en conocer a uno o varios participantes que tengan o que sepan de personas que poseen este diagnóstico con el fin de poderlos entrevistar para la muestra. Para la presente investigación se contó con 5 participantes entre ellos 4 hombres y una mujer entre las edades de 60-64 años donde tres de estos contaban con un estrato social nivel III y los restantes con un nivel II; gracias a una persona externa al estudio que no cumplía con la edad pero sí con el diagnóstico, pudimos encontrar a más personas con el mismo diagnóstico y así poderlas abordar por medio de llamadas telefónicas para la realización de las entrevistas semiestructuradas en los hogares de cada uno. Para esta investigación se identificó que hay varios adultos mayores con este diagnóstico pero por el temor al rechazo, discriminación y represión solían negarse a las llamadas telefónicas o sacar excusas debido al miedo que se tiene de ser discriminados.

Cabe resaltar que estos 5 entrevistados se les solicito previo permiso y autorización por medio del consentimiento informado. (Ver anexo A)

6.3 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

“El instrumento de recolección de la muestra se realizó con entrevistas semiestructuradas” (Gómez M., 2006) las cuales son una guía y el entrevistador tiene la libertad de introducir preguntas adicionales para precisar conceptos u obtener mayor información sobre los temas específicos que vayan apareciendo durante la entrevista. **(Ver Anexo B)**

Para la presente investigación se utilizó una entrevista semiestructurada que según Sampieri nos permite obtenerla de forma práctica, ética y teórica; practica en el sentido de captar, mantener y motivar la atención de los participantes permitiendo así que estos se sientan cómodos al conversar sobre el tema. En el sentido ético para que investigador sepa entablar una buena comunicación con la persona entrevistada y la parte teórica con el fin de adquirir la información necesaria para la investigación. De igual manera en esta entrevista semiestructurada se manejó un clima de estricta confianza y empatía con el entrevistado.

6.4 PARTICIPANTES

Para la investigación se realizó una prueba piloto en la casa de uno de los participantes con edad de 45 años el día 12 de Septiembre de 2013, la entrevista duro 50 minutos con 13 segundos y fue transcrita en 2 horas. Una vez finalizada la entrevista se identificó que había algunas dificultades en esta ya que no se cumplía a cabalidad con los objetivos propuestos, por ende se modificaron algunas de las preguntas y se agregaron otras con el fin de que se pudiera extraer más información y se cumplieran con los objetivos de la investigación.

Las entrevistas transcurrieron en el mes de Septiembre-Octubre, en ellas pudimos observar que se cumplieron los objetivos propuestos para la investigación y se presentaron dificultades para la obtención de la muestra debido a que muchos de estos se negaban, no contestaban las llamadas o sacaban excusas para no participar, debido a que todavía existe el tabú y el miedo a revelar su enfermedad a otras personas. (Esperanza viviendo positivamente).

En las entrevistas realizadas se le asignaron letras a cada participante para identificar y guardar su confidencialidad. El total de las entrevistas duraron 3

horas y 31 minutos y la transcripción de estas tuvo una duración de 18 horas donde se organizaron teniendo en cuenta los objetivos propuestos en la investigación: sentimientos, pensamientos, comportamientos, apoyo social y atención del personal de la salud antes de ser diagnosticados con el VIH y durante, es decir, en el diario vivir que tienen con el VIH, de igual manera se relevó para identificar por cada objetivo las respuestas similares y así poder sacar las categorías según lo dicho por los participantes.

6.5 TAMAÑO DE LA POBLACIÓN

El tamaño de la población está dado por la saturación teórica que es aquella que nos permite seguir ampliando el número de participantes para recoger más datos hasta que la información recibida ya haya sido informada y no se tengan nuevos datos. “Podemos decir que hay dos características importantes que son idoneidad y propiedad, la idoneidad hace referencia a la suficiencia y calidad de los datos que la muestra proporciona y la propiedad hace referencia a los métodos utilizados para seleccionar la muestra en este caso la entrevista la cual es apropiada cuando el uso de los participantes suministran la información necesaria para la investigación” (Morse, J., 1991)

6.6 ORGANIZACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS

El análisis de datos cualitativo de la investigación se realizó mediante la transcripción de las entrevistas de manera ordenada, secuencial y completa de toda la información aportada por parte de todos los entrevistados, cabe resaltar que el tiempo de transcripción de cada una de las entrevistas fue más o menos de dos horas y para cada uno de los participantes se contó con un tiempo de 45 minutos para la realización de estas; luego de transcritas las entrevistas se organizan teniendo en cuenta los objetivos propuestos en la investigación (sentimientos, pensamientos, comportamientos, apoyo social y la atención del profesional de salud hacia ellos) para el antes y durante el VIH. Una vez hecho esto se elaboran criterios para la inclusión de unidades de análisis denominadas unidades de significado que son referentes para aludir la vida y la conducta, luego se identificó las similitudes de las respuestas dichas por los entrevistados generando así una o varias categorías para cada objetivo, posterior a esto se inició con la interpretación mediante la búsqueda de la literatura de acuerdo a las categorías que se generaron con el fin de analizar cada una de las respuestas y así poder comparar o hallar similitudes.

7. CONSIDERACIONES ÉTICAS

“El presente estudio se realizó teniendo en cuenta la resolución Número 008430 de 1993 (4 de octubre de 1993)” (Ministerio de Salud, Resolución 008430, 1993), en la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, donde se disponen las normas y requisitos que se deben tener en cuenta para la realización de la investigación en el área de la salud. A través del consentimiento informado se le pudo informar a los Adultos Mayores con VIH en qué consistía la investigación, cuáles eran los beneficios y riesgos que se podían presentar durante la participación del estudio, como se iba a manejar la confidencialidad para el desarrollo de la investigación de igual manera se les informo que la participación era voluntaria y que si se sentía incómodo frente a las preguntas hechas por el entrevistador tenía la libertad de retirarse.

La investigación se clasifico de alto riesgo por la posibilidad de encontrar en los pacientes la remoción de los sentimientos de tristeza y de malos momentos al contar su vivencia. Es por esto la importancia del consentimiento informado ya que si el paciente refiere sentirse mal o se siente ofendido con las preguntas que se le van a realizar, la persona entrevistada tendrá el derecho de decir que no desea continuar, de igual manera antes de realizar la entrevista se les pregunto a qué sistema de salud estaban afiliados y en qué punto de atención eran atendidos, con la finalidad que si se presentaba alguna situación de crisis psicológica nos pudiéramos remitir a esta entidad y hablar con el enfermero o psicólogo para recibir la atención oportuna a la situación generada, de igual manera el consentimiento informado es importante tanto para los participantes como para nosotros como estudiantes ya que por medio de este podemos recuperar o adquirir información de las vivencias en adultos mayor con diagnóstico de VIH, permitiendo expresar las opiniones que los participantes tienen y así mismo entablar una buena comunicación y relación con el fin de no afectar de manera negativa sus sentimientos. **(Ver anexo A)**

8. ANÁLISIS Y RESULTADOS

A continuación se presenta el análisis de los datos, en primer lugar se mostraran los datos sociodemográficos de los participantes (Tabla 1) y en segundo lugar las vivencias de los adultos mayores según los objetivos planteados y sus respectivas categorías.

Tabla 1. Datos sociodemográficos.

EDAD	Entre 60 y 64 años
GENERO	4 Hombres 1 Mujer
FECHA DE DIAGNOSTICO	2 personas hace dieciocho años 1 persona hace diez años 1 persona hace 1 año y diez meses 1 persona hace 9 meses
ESCOLARIDAD	1 Técnico en el SENA. 3 Bachillerato completo 1 Primaria incompleto

Fuente: Las Autoras con base en la información recopilada en la investigación.

Para la recopilación de la información de las entrevistas semiestructuradas se tomaron 5 personas, de los cuales 4 son hombres y una es mujer, las edades que tienen son de 60, 61, 62, 63 y 64 años, dos de estas personas tiene el VIH hace 18 años, una persona hace 10 años, una hace un año y 10 meses y la más reciente hace 9 meses, en cuanto al área académica uno de los entrevistados termino el bachillerato y realizo un técnico en el SENA (Servicio Nacional de Aprendizaje), tres de las otras personas entrevistadas realizaron el bachillerato completo y uno de los entrevistados hizo la primaria completa. Actualmente algunos de los participantes se encuentran trabajando en empresas y otros en sus propias microempresas, otros no trabajan por que tienen una pensión. Dentro de las entrevistas se identificó que algunos de los participantes eran más abiertos a dar información que otros, esto debido al tiempo que llevan con la enfermedad o así mismo por la educación que se les ha brindado por parte de los programas suministrados por las EPS, ya que se les enseña que esta enfermedad es como cualquier otra, que si se cuidan con los medicamentos y en la alimentación podrán vivir muchos años.

También se pudo evidenciar que algunos de los entrevistados eran más participativos, querían contar más de lo que se les preguntaba, algunos se emocionaron porque sabían que esta información se iba a revelar a muchas personas y eso permitirá que otras personas comiencen a cambiar sus estilos de

vida, la manera de cuidarse sexualmente, la manera de tomar decisiones a la hora de saber un diagnóstico como es el VIH. También se identificó mucha preocupación por algunos entrevistados en cuanto a la parte de atención por parte del personal de salud en el momento de entregar el diagnóstico de VIH ya que muchos se sintieron rechazados y discriminados por la forma en que fueron tratados a diferencia de otros participantes que a pesar de la noticia informada recibieron apoyo y comprensión. A continuación se presentan las categorías surgidas y organizadas según los objetivos propuestos en la investigación.

8.1 SENTIMIENTOS ANTES DEL DIAGNOSTICO DE VIH

“Mi vida era feliz”

Mediante los datos obtenidos en las entrevistas realizadas a los adultos mayores con diagnóstico de VIH, se identificó que los sentimientos antes de tener la enfermedad sus vidas eran de felicidad, alegría debido a la ausencia de cualquier tipo de enfermedades y de los estilos de vida que llevaban ya que compartían mucho con los amigos, salían a recochar a rumbeo, tenían a sus familias con salud y vida los que le permitían compartir más tiempo con ellos, esto evidenciado por las expresiones que a continuación se informaran:

“Yo siempre fui una persona muy feliz” (A.A.B)

“Yo era feliz” (L.A)

“Yo me sentía feliz” (J.J.C.A)

“Yo era una persona muy alegre y contenta” (L.F.G)

“Yo era alegre” (H.G)

En la Revista Interamericana de Psicología se determinó:

el bienestar subjetivo en adultos mayores venezolanos, por medio de una escala de felicidad con el fin de identificar y comparar los sentimientos que se tienen durante la adultez con la juventud según Ann Arbor Healthcare nos habla que las personas mayores son mucho más felices que los jóvenes y descubrieron que los adultos mayores son a menudo sorprendentemente felices, incluso en condiciones más desfavorables, lo que permite tomar con más serenidad los problemas, así mismo Tom Smith nos habla que los adultos mayores al llegar a la vejez son más felices a diferencia de los adultos jóvenes ya que refieren mayor satisfacción por la vida que han llevado, sienten que cumplieron con su realización personal,

ellos ven la vida como un sentido positivo y de alegría, también Koivumaa-Honkanar refiere que el sentimiento de felicidad es un factor protector debido a que está asociada a la salud física y mental que permite que la persona no sufra de depresión o sentimientos de suicidio u otros factores psicopatológicos”(Concejo directivo fundación del empresario Chihuahuence. A.C.,)

Esto reflejado por un estudio que se hizo en la población Europea finlandesa, donde las personas que presentaban un nivel bajo de felicidad tenían mayor predisposición de suicidio tanto en género masculino como femenino.

Es relevante en esta revista encontrar que los adultos se encuentren en condiciones más desfavorables, como la llamadas enfermedades propias de la edad o la falta de apoyo por parte de familiares, amigos, entre otros, se llega a la conclusión que a pesar de esto son menos susceptibles a la depresión, por lo que llevan un estilo de vida mejor a diferencia de la guía de adulto mayor: una nueva etapa de vida, nos habla sobre los diferentes cambios que se pueden presentar durante la adultez que pueden desafiar el bienestar emocional; la depresión, entre el 15 al 20% de los adultos mayores la padecen, esta puede aparecer por diferentes variables entre las cuales esta ser mujer, estar separado(a), la viudez, el nivel socioeconómico bajo, insuficiencia del apoyo social o sufrir de enfermedades, también nos hablan de otros frecuentes sentimientos por los que puede atravesar el adulto mayor como son sentimientos de tristeza, irritabilidad, ansiedad, desanimo persistente o mal humor y desesperanza.

8.2 PENSAMIENTOS ANTES DEL DIAGNÓSTICO DEL VIH

“Yo pensaba que esto no le pasaba a las personas normales como yo”

Durante el desarrollo de las entrevistas encontramos que los adultos mayores con diagnóstico de VIH antes de tener la enfermedad pensaban y creían que este tipo de enfermedad solo la tenían los hombres que tenían relaciones sexuales con el mismo sexo, estos pensamientos y aseguramiento lo hacían por la información que tenían a partir de los medios publicitarios al momento de comenzar esta enfermedad, así mismo se evidencio que los mitos que se tienen de esta enfermedad los hacen creer que no la pueden adquirir por ser heterosexuales, esto llevando a tener estilos de vida inadecuados frente a la protección sexual, es por esto que a continuación se expresan las siguientes afirmaciones por el adulto mayor.

“Yo pensaba que esta enfermedad solo le daba a lo gays” (J.J.C.A)

“En la guía de mitos y métodos anticonceptivos de la (UNFPA) Fondo de Población de las Naciones Unidas, nos habla sobre los mitos más encontrados sobre el VIH, por qué las personas piensan que no pueden adquirir esta enfermedad, entre los mitos encontrados fueron; no tengo que preocuparme por el VIH porque yo estoy casada, yo no me preocupo por que mi novio me quiere y yo confié en él, no puedo ser seropositiva porque me siento bien y saludable, otro de los pensamientos que tienen es que como no son prostitutas y homosexuales no la tienen o piensan que solo a las personas provenientes de otros países son los que la tienen” (Zegarra, T., Chávez, S., Guerrero, R., Távora, L., 2011), esto permitiendo identificar que la literatura encontrada tiene correlación con las respuestas dadas por los adultos mayores frente a los mitos y creencias en cuanto al VIH, llevando muchas veces a la despreocupación y desinterés de conocer realmente con quien van a tener una relación sexual generando así la transmisión de la enfermedad. La sociedad muchas veces por falta de conocimiento de la salud sexual y los mitos que reaparecen sobre esta hacen que las personas permanezcan un poco apáticas frente al tema del cuidado y la protección que se debe tener cuando se va a tener una relación sexual, así sea con la persona más conocida siempre se debe de exigir la protección, de ahí la importancia de que las personas reconozcan que los profesionales de la salud los pueden ayudar sin cobro alguno sobre cómo se debe tener relaciones sexuales con protección, cuales son los métodos que permiten proteger a la persona frente a enfermedades de transmisión sexual, con el fin de no contraer alguna de estas enfermedades.

“Nunca pensé que me fuera a suceder esto”

Durante el desarrollo de la entrevista encontramos que los adultos mayores con diagnóstico de VIH antes de tener la enfermedad pensaban acerca de cómo fue que les ocurrió esto, cuál sería la razón de fondo, ya que nunca se imaginaron que algún día de sus vidas les fueran a decir que tenían esta enfermedad, esto a raíz de que pensaban que solo los que la podían tener era las personas gay, además, aunque no se protegían con el condón pensaban ¿por qué ellos la tenían?; como a continuación se evidencia en las siguientes expresiones:

“Uno no piensa que le va pasar esto” (H.G)

“Nunca se me paso por la mente que yo lo fuera a tener” (J.J.C.A)

“Según el informe ejecutivo 2012 sobre las percepciones y experiencias sobre el estigma y discriminación en poblaciones, trans, Homosexuales y usuarios de drogas antes de adquirir la enfermedad manifestaban el miedo de enfrentarse a lo desconocido, despreocupándose y teniendo confianza eterna hacia la pareja al verse como una persona saludable” (Fundación Huésped, 2012); muchas personas dentro del imaginario del respeto y el amor propio se olvida de ellos mismos y desconocen a quien tienen a su lado, que cadena de sexualidad llevan, como son y si realmente son sinceros por eso su sorpresa al recibir la noticia.

“En la guía de mitos y métodos anticonceptivos en el caso de la mujer se asume como la consecuencia de no tener hijos, el pensamiento de que solo le da a extranjeros, el del castigo divino y la desinformación y el descuido por parte de cada uno” (Zegarra, T., Chávez, S., Gerrero, R., Távora, L., 2011), atribuyéndose expresiones como nunca lo voy a tener o porque me dio, lo que traduce la inseguridad de la persona, la claridad ante su estado de salud, el espacio de vida que les queda, se arrepienten de no haber hecho lo que pudieron hacer antes y quisieran regresar el tiempo.

8.3 COMPORTAMIENTOS ANTES DEL DIAGNÓSTICO DEL VIH

“Me gustaba cumplir con mis obligaciones y responsabilidades”

Los comportamientos son todas aquellas actividades que se desarrollan de las ideas y pensamientos que la persona tiene frente a su diario vivir y entre los comportamientos que se evidenciaron en las entrevistas es que les gustaba y aun les gusta trabajar porque así podían y pueden cumplir con las obligaciones que tienen. También referían que les gustaba salir con los amigos a conversar o a rumbeo o jugar o ver partidos como a continuación se evidencia en las experiencias reflejadas por los Adultos Mayores con VIH:

“A mí me gustaba trabajar mucho y salir con mis amigos” (L.F.G)

“Yo cumplía con mis responsabilidades”. (H.G)

Según la Organización Internacional del Trabajo algunos adultos mayores continúan laborando dentro y fuera de la economía formal e informal haciéndose prominente en países como Uruguay y menos frecuente en Honduras, lo cual se convierte en una señal de alerta porque consideran que el adulto mayor puede verse desprotegido y contraer riesgos especialmente para su salud.(Paz, J, 2010)

El adulto mayor al tener un empleo formal o informal se expone a la falta de ingresos, incentivos, condiciones de trabajo poco apropiadas pues como se sabe están aislados y se les indica que están menos capacitados para trabajar por eso la importancia de contar con familiares o amigos que puedan costear o financiar su salud y bienestar.

Según la asociación Gerontológica Costarricense una de los principales motivos o razones por las cuales los adultos mayores trabajan es la satisfacción personal, la necesidad de tener independencia, porque les gusta, los hace sentir bien o los distrae, lo que de alguna manera hace más llevadera su realidad y vivir más tranquilos.(Asociación Gerontológica Costarricense, 2003). La necesidad del

adulto mayor por ser tenido en cuenta en el ámbito laboral es importante, ya que no solo se convierte en una forma de distracción sino que reafirma la posibilidad de sentirse útil dentro de la sociedad, de no ver la limitación que tienen para hacer las actividades sino el empuje y la motivación para salir hacia adelante.

“Las ganas pueden más que cualquier cosa”

En esta categoría los adultos mayores expresan como eran sus comportamientos antes de tener el VIH, reflejándose que al estar en fiestas y estar acompañado de mujeres así fueran desconocidas después de haber bebido sustancias psicoactivas o tener insinuaciones con otras mujeres ellos caían en las manos de ellas, sin saber quiénes eran, quienes habían estado con ellas, que enfermedades podrían tener, llegando a contraer por el descuido y las ganas el VIH, esto evidenciado por las expresiones reflejadas a continuación:

“Las ganas pueden más que cualquier cosa y ahí sí como el cuento que nos íbamos a percatar de que el condón estuviera bueno” (J.J.C.A)

“Me metía con chicas, para divertirme, hasta estuve con las del centro”. (A.A.B)

“Por ser mujeriego y no protegerme con condón tengo el VIH”. (H.G)

Según un estudio que se realizó en el País de Perú sobre las percepciones sobre comportamientos sexuales de riesgo en personas que viven con VIH/SIDA “varios relatos apuntan hacia la exploración sexual, a la necesidad de buscar placer dicen que no se siente igual masturbarse, acariciarse y besarse que es quedarse corto ante la situación, es mejor sentir a la pareja, esa es la forma como se concibe la sexualidad tanto para hombres como para mujeres”. (Juárez - Vílchez, J., Pozo, E., 2010)

Según la investigación sobre sexualidad y derechos en Argentina, “las mujeres manifiestan la necesidad de sentirse amadas, el deseo de profundizar su relación mientras que los hombres se preocupan más por el deseo (“las ganas”) y la atracción física, la primera relación sexual nunca se sabe cuándo pueda suceder no es planeada, las mujeres aluden la relación como romance mientras el hombre lo relaciona con el impulso”. (Gogna, M., 2005)

Si comparamos la categoría anterior con esta otra, no se evidencia la responsabilidad en el cuidado de la salud y las relaciones sexuales, como si se hace respecto al trabajo, tal vez por la falta de conocimiento, el usar condón en su momento, el deseo constante de una pareja desconocida nada de eso se hacía, importaba más la sensación placentera de estar con alguien que el quererse y protegerse así mismo, el adulto mayor se preocupaba por otras cosas, que por su

propia vida en especial si se trababa de compartir momentos agradables con otras personas que no fueran allegadas.

“Yo salía mucho, era recochero y muy sociable”

Los adultos mayores en esta categoría con diagnóstico de VIH dijeron a través de las entrevistas realizadas que sus comportamientos antes de ser diagnosticados o de reconocer que eran VIH, fueron muy sociables, chéveres, les gustaba ir a rumbeo ya fuera con la familia o con los amigos, además a algunos les gustaba salir con varias chicas lo que los caracterizaba haber disfrutado de la soltería al máximo. Otros referían que sus vidas eran felices porque compartían con muchas personas como a continuación se puede evidenciar por las experiencias dadas por los participantes:

“Yo era una persona chévere, recochera y compañerista, me reconocía por ser una persona muy sociable y compartir con la familia”. (L.A)

“yo era sociable y feliz” (L.F.G)

“Yo siempre fui muy tranquilo, sociable y muy rumbero, disfrute de mi soltería” (A.A.B)

Según el estudio “Sociabilidades y sexualidad entre jóvenes de sectores populares de Cali” define el “comportamiento cotidiano y la sociabilidad como forma de entablar lazos sociales como por ejemplo en el hombre quien se transforma cuando tiene fiestas o rumbas, él es el chévere, el bacano, el recochero y amigable a la hora de socializar con grupos del mismo y el opuesto sexo”(Urrea, F.1999-2003). Comparado con lo descrito por los entrevistados, en el adulto mayor los comportamientos antes de tener la enfermedad hacen referencia a la diversión y al ser humano como un ser gracioso quien quiere compartir diversos momentos, identificándose una similitud frente a los comportamientos que se tienen al momento de estar sanos o no tener una enfermedad como es el VIH.

En comparación en cuanto al adulto mayor se identificó en el estudio de envejecer en el siglo XXI “No siempre querer es poder” hacia la de-construcción de mitos y la superación de estereotipos en torno a los adultos mayores, en la sociedad “los adultos mayores los retraen los vulnerabilizan, la sociedad tiene ideas erróneas y negativas, hacen prejuicios y estereotipos que perjudican el buen envejecer llevando muchas veces a que la sociedad o la misma familia los discriminen por la edad que han alcanzado”. (Amico, L., 2009). Es por esto que en este artículo nos muestra que aunque si hay cambios en el adulto mayor eso no significa que ellos no disfruten de la vida, y sean igual que cualquier persona, refiriendo que son personas sociables, compañeritas, que realizan también tareas igual que los

jóvenes y por lo tanto no se deberían de tratar diferente que al fin y al cabo todas las personas vamos a llegar al mismo lugar y no sería bueno que los trataran así.

8.4 APOYO SOCIAL ANTES DEL DIAGNÓSTICO DE VIH

“Tenía una muy buena relación con mi familia”

Lo que más informaban los adultos mayores sobre el apoyo social antes de tener el VIH era que tenían una mayor comunicación y acercamiento con los amigos y la familia, en cuanto a esta última referían que cuando sus padres estaban vivos tenían una mayor interacción y comunicación con la familia pero que a partir de la muerte de alguno de los padres o de los dos hacia que la relación familiar fuera distante debido a que cada uno cogía por su lado, además informan que antes de tener el VIH tenían más amigos y podían salir más porque no tenían las mismas obligaciones que al momento de tener una nueva familia, esto evidenciado por las siguientes expresiones:

“Yo tenía muchos amigos, amigas y compañeros de trabajo además llevaba una buena relación con mi familia”. (L.A)

“Cuando mis padres estaban vivos la relación familiar era mejor”. (A.A.B)

“A mí me gustaba seleccionar a los amigos, por el tema del trago, sobre todo los hombres porque uno solo tiene amigos para tomar y eso no me gustaba”. (J.J.C.A)

Según el estudio Redes de apoyo social en la vejez: Adultos mayores beneficiarios del componente para Adultos Mayores del Programa Oportunidades argumenta que “el proceso de la vejez es difícil por el hecho de que se deterioran aún más la relaciones, se pierde la pareja (viudez) y los compañeros de trabajo” (Salinas, A., Manrique, B., Téllez, M., 2008), Además por términos del incremento en la esperanza de vida existe la necesidad de crear más grupos de conciencia para resolver temas como los estilos de vida saludable, la protección social, el soporte económico, material, emocional y la disponibilidad de apoyo es decir que no sean solo los conocidos, parientes o familiares sino que pueda incluir vecinos y amigos; a diferencia de los adultos mayores entrevistados con VIH, informaban que antes de tener la enfermedad tenían muchos amigos y tenían una buena relación con sus familiares ya que ellos tenían la costumbre de reunirse y compartir con los padres y celebrar las fechas especiales con toda la familia; así mismo refieren que la compañía de los amigos era muy importante para ellos ya que con estos salían a rumbear, divertirse y compartir información, evidenciándose que las respuestas frente a esta categoría no se relacionan con la literatura puesto que los entrevistados aun teniendo una edad avanzada tenían una mejor relación con los

amigos y familiares que a diferencia de lo encontrado se identifica que hay que mejorar las redes de apoyo hacia esta población.

8.5 LA ATENCIÓN DEL PPROFESIONAL DE SALUD, ANTES DE TENER VIH

“A mí nunca me informaron nada”

Respecto a la atención de salud; es aquella que se brinda a los usuarios o pacientes que estén en condición de sufrimiento, afectación por alguna enfermedad o en condiciones saludables, ya sean de promoción de la salud o prevención de la enfermedad. Por parte de los entrevistados se pudo evidenciar que antes de contraer el VIH ellos muy rara vez asistían a un hospital debido a los altos costos que tenía la salud en ese tiempo, así mismo se identificó que rara vez se enfermaban, que lo máximo que padecían eran gripas y por esto solamente asistían a médicos particulares ya que estos ofrecían servicios a un costo bajo a diferencia de los centros u hospitales cercanos a donde ellos vivían, esto reflejado por las experiencias que los Adultos Mayores dijeron:

“La atención era buena, pero nunca nos informaron como debíamos protegernos para tener relaciones sexuales”. (L.F.G)

“Los médicos no nos decían nada de métodos de protección” (A.A.B)

“A mí nunca me dieron información de cómo me debía protegerme cuando fuera a tener relaciones sexuales”. (L.A)

“Nunca me habían dado información sobre el cuidado de mi vida sexual” (H.G)

Según el programa del adulto mayor “Mejorar las condiciones de vida de la población adulta mayor y anciana” el adulto mayor muestra un deterioro en sus condiciones de vida, no solo en el área de la salud sino también en el área de educación, sentimental, económica, etc (Secretaría Seccional de Salud, 2009), que perjudica y repercute en el estado de salud de la persona, por lo que la secretaria de salud se comprometió a mejorar y brindar un mejor cuidado comenzando con la aplicación de la cobertura de aseguramiento en salud y desarrollo de programas de atención y prevención de patologías propias de la edad, construcción de escenarios de vida saludable para mejorar el bienestar, y brindar una mejor educación de promoción y prevención”, en comparación con lo dicho por los entrevistados, los adultos mayores refieren que nunca los educaron o les dieron algún tipo de información los profesionales de la salud sobre promoción de la salud o prevención de la enfermedad, que en este caso especialmente sería la salud sexual, trayendo como consecuencia contraer enfermedades como él (VIH), así mismo ellos identificaron que si se les hubiera

afirmado que esta enfermedad no era solamente en los gay de pronto ellos si se hubieran protegido.

“Nunca asistía a consulta médica a menos de que estuviera enferma(o)”

En cuanto a las respuestas dadas por los adultos mayores que tienen VIH, afirman que no asistían al médico antes de conocer el diagnóstico por diferentes motivos, entre estas porque no padecían de enfermedades o no se enfermaban regularmente, también porque era más viable ir a un médico particular ya que estos eran de mayor accesibilidad y más económicos.

“No íbamos al médico en esa época por que casi no nos enfermábamos” (L.F.G)

“En mi época si era una urgencia muy grave si íbamos a hospitales de resto era médico particular” (A.A.B)

“Cuando yo me enfermaba me atendía un medico particular, pero nunca íbamos a los hospitales. (L.A)

En un informe realizado por la Organización Mundial de la Salud sobre la salud en el mundo para el año 2008, “refiere que la atención primaria de la salud hace 30 años presento enfoques y valores destinados a mejorar la atención de salud en los menos desfavorecidos y hacia toda la sociedad entera con el fin de cumplir varios objetivos como el mejorar la salud, disminuir la morbilidad, aumentar la equidad y mejorar la eficacia de los sistemas de salud” (Organización Mundial de la Salud, 2008), cosa que no se pudo cumplir debido a los altos costos que se manejaban para la atención en la salud, que llevo muchas veces a que las personas prefirieran ser atendidas por particulares o acudir a remedios caseros debido a la falta de plata.

Además la OMS comunica que los recursos de salud los delegaban especialmente a las curaciones de las enfermedades más nunca a la promoción de la salud y prevención de la enfermedad que pudo haber reducido la morbilidad en un 70% a nivel mundial y aun la mortalidad ya que muchas personas al no ser atendidas y no adquirir conocimiento de las enfermedades como es en el caso de las enfermedades de transmisión sexual como es el VIH, muchas personas la adquirieron y está enfermedad muchas veces es tan silenciosa que llega al SIDA y después la muerte.

Frente a lo dicho por muchos de los adultos mayores entrevistados con VIH referían que antes de saber el diagnóstico de VIH siempre asistían a consultorios médicos particular ya que estos los atendían con mejor calidad y era más económica la atención, además ellos preferían asistir a médicos particulares por el sentido de que era muy rara vez que se enfermaban.

8.6 SENTIMIENTOS DURANTE EL DIAGNÓSTICO DE VIH

“Me sentí horrible y depresivo cuando me entere”

Durante el desarrollo de las entrevistas realizadas a los adultos mayores con VIH se identificó que los sentimientos al recibir un diagnóstico como este generaba sentimientos de tristeza, depresión, ansiedad, terror, entre otros, de igual manera los adultos mayores informaban que los sentimientos que ellos tuvieron fueron a partir de como los profesionales de la salud les dieron las noticias ya que muchos les informaron con mesura, respeto, ofreciéndoles un apoyo incondicional y así mismo educándolos e informándoles que en esta enfermedad si se tenía una buena alimentación y fueran juiciosos con los medicamentos la vida de ellos se podía prolongar.

Mientras que otros adultos mayores referían que no tuvieron la misma fortuna de recibir educación y apoyo por parte del profesional de la salud que le informo el diagnóstico, si no que se enfrentaron a profesionales que los humillaron, los regañaron y a la misma vez dieron por hecho que se iban a morir pronto por contraer esta enfermedad, por lo que se identificó que hubieron sentimientos más negativos en estas personas a diferencia de los que sí tuvieron una adecuada información, educación y apoyo, esto evidenciado por las siguientes expresiones:

“Cuando yo me entere llore mucho, tenía tristeza, tuve depresión” (H.G)

“Yo me sentí horrible, sentía mucha rabia conmigo misma, porque a mí, porque a mí, yo maldecía, me llene de culpa”. (L.A)

“Yo entre en una crisis de depresión, tristeza y me ataque a llorar” (A.A.B)

“Yo me ataque a llorar, me sentía muy triste, decepcionado de mí mismo, tenía culpa hacia mí mismo, entre en un terror de que me iba a morir, tenía mucha angustia”. (L.F.G)

Durante la entrega del diagnóstico de VIH en un adulto mayor según descrito por un estudio que se realizó “en la Universidad de El Salvador sobre los efectos psicológicos en personas de ambos sexos entre las edades de 20 a 50 años diagnosticados con VIH” (Avelar, V., Cornejo, I., Torres, J., 2011), se encontró que las personas con esta enfermedad generan cambios tanto psicológicos como emocionales, donde se percibe que los sentimientos encontrados son de ansiedad, abatimiento y depresión, permitiéndose identificar que la literatura en relación con las respuestas dadas sobre los sentimientos se correlacionan o tienen similitud, debido al sufrimiento que se tiene al saber que tienen el VIH.

“En la Guía de esperanza, viviendo positivamente realizada en Virginia Estados Unidos” (Esperanza viviendo positivamente), a diferencia del anterior artículo este nos habla que todas las personas reaccionan de diferente manera al conocer el diagnóstico, esto teniendo en cuenta la aceptabilidad y la incredulidad que cada persona tiene en el momento en que recibe la noticia, muchas veces estas personas tratan de buscar un culpable o alguien a quien señalar para no sentirse responsables de sus comportamientos; en este artículo los sentimientos que más se reflejan son de culpabilidad, temor de poder contagiar o transmitir la enfermedad, identificándose que la literatura con las repuestas dadas por los adultos mayores se correlaciona en cuanto a la culpabilidad que ellos enfrentan o sienten al momento de recibir este diagnóstico.

“Sentí miedo, pero a la vez me siento feliz y soy optimista”

Cuando se cuenta con el debido conocimiento de la enfermedad por parte de los profesionales de la salud o por parte de personas que tienen este mismo diagnóstico se identifica que hay un cambio de parecer de las personas que la acaban de adquirir porque sienten y ven la enfermedad como cualquier otra, también se pudo evidenciar que muchas de estas personas acuden a una ayuda poderosa o espiritual (Dios) que les permite cambiar sus estilos de pensar y de desahogar sus cargas, sus sufrimientos, también se evidencio que al contar su diagnóstico a un familiar o a una persona cercana les permitía desahogarse y sentir un apoyo incondicional tal y como lo evidencian en las siguientes expresiones:

“Yo sentí miedo cuando me llamaron para darme los resultados, pero a la vez no tenía angustia”. (J.J.C.A)

“Ahora mi estado de ánimo es bueno y me siento feliz”. (H.G)

“Soy una persona muy optimista y sé que tengo que seguir adelante”, (H.G)

“Estoy agradecido con Dios porque me permitió que se descubriera rápido la enfermedad”. (L.F.G)

“En un estudio que se realizó en el año 2007 de experiencias de lidiar con el VIH en mujeres infectadas nos habla que cuando una persona entra en crisis de una enfermedad crónica se debe implementar una rutina estructurada de acuerdo al nuevo contexto de la vida que se lleva, a la adaptación de experiencias provechosas” (Giménez, M.; Paiva, S., 2011), es por esto que las personas recurren a estrategias de afrontamiento con el fin de llevar una vida como cualquier persona. En el estudio descrito nos habla como estas mujeres tomaban diferentes rutas para tener una vida como cualquiera, entre ellas está la religiosidad, el creer en alguien supremo con el fin de desahogar sus pruebas y

dificultades, encontrar esa fuerza para llevar una vida feliz y alegre como cualquiera.

Es por esto que se ve la importancia de acudir al apoyo de alguien o como lo hacían estas mujeres entrar en contacto y entrega sentimental como espiritual hacia alguien supremo que les puede ofrecer esa ayuda para seguir adelante, con una percepción diferente de la vida, que sea agradable, saludable como espiritual.

“En un estudio sobre los efectos psicológicos en personas de ambos sexos entre las edades de 20 a 50 años diagnosticadas con VIH” (Avelar, V., Cornejo, I., Torres, J., 2011), nos habla que cuando se tiene conocimiento de la enfermedad o se cuenta con el apoyo de personas que ya han tenido la enfermedad son de gran soporte ya que se aprende de las experiencias de ellos, permitiendo que la enfermedad se tome de manera positiva.

8.7 PENSAMIENTOS DURANTE EL DIAGNÓSTICO DE VIH

“Es una enfermedad como cualquier otra, con sus pro y contra”

Se pudo evidenciar en las entrevistas realizadas a los adultos mayores con VIH que la forma en que ellos ven la enfermedad es como cualquier otra enfermedad, referían que los médicos y los psicólogos les enseñan mucho que esta enfermedad es como cualquier otra enfermedad crónica, y que si la persona se cuida con los medicamentos, la alimentación y protección mejoraría su estado de salud y así mismo se prolongara la vida, es por esto que al hablar y dialogar con ellos sobre sus vidas ya no se sienten mal porque tienen esta enfermedad, si no que advierten la importancia de ser juiciosos para no alterar su estado de salud; como lo refieren a continuación:

“Esta enfermedad es como cualquier otra enfermedad, que si no se cuida uno puede empeorar la salud”. (L.F.G)

“Yo pienso que esta enfermedad es como cualquier otra enfermedad y hay que afrontarla”. (L.A)

“Cuando me entere que tenía esta enfermedad la vida me cambio no crea, hay muchas cosas que se limitan, le cortan las alas, ya que vienen otras complicaciones como enfermedades en base a esta”. (J.J.C.A)

“Es una enfermedad muy peligrosa si uno no la trata y no se cuida” (H.G)

“En la guía de VIH positivo – ¿y ahora qué? En este artículo nos habla que los pensamientos de ellos fueron positivos por el conocimiento que se tenía de la enfermedad, por la experiencia de saber y conocer que pasa con personas que tienen esto” (VIH positivo – ¿y ahora qué? Para aquellas personas que se acaban de enterar que son VIH positivas), el beneficio y los pensamientos y comportamientos positivos como el interés por seguir adelante, trabajar, planear cosas, vivir y aprender es por educación, ya que entienden que el tener el VIH no es tener el SIDA, no es el sinónimo de morir rápido, no es el fin del mundo, ellos solamente saben que tienen el virus y que tienen que aprender a cuidarse y llevar buenos hábitos de vida.

“Según el Trabajo de doctorado basado en el VIH/SIDA en la sociedad de la información, considera que con la ayuda de los medicamentos, las terapias y el uso de tecnologías de la información resolverán las posibles dudas y permitirán enterarse más a fondo sobre el curso de la enfermedad de manera tal que puedan seguir adelante, supliendo sus necesidades emocionales, de conocimiento y de salud” (Cabrera, M., 2003).

Es decir que los beneficios que se tienen según el documento anterior, como es en el caso de los medicamentos, estos les permitirán a las personas con VIH tener una vida prolongada de manera saludable, permitiendo así tener una vida como cualquier persona.

En cuanto a la literatura informada anteriormente se identifica que hay correlación con las respuestas dadas por los adultos mayores, ya que al momento de tener conocimiento de la enfermedad e identificar la diferencia que hay entre el VIH/SIDA y al reconocer los beneficios que traen los medicamentos en sus vidas se generan cambios positivos en la forma de pensar respecto a la enfermedad.

“No he pensado en lastimarme, mi vida ahora tiene sentido”

Durante el desarrollo de las entrevistas realizadas a los adultos mayores con VIH se evidencio que a pesar de haberla contraído ellos nunca pensaron en hacerse cosas malas como maltratarse así mismo, suicidarse o envenenarse, si no que supieron enfrentar y verla con madurez, además ellos referían que los que piensan este tipo de cosas es porque no tienen temor de Dios, de saber que alguien los creo y ese alguien es el encargado de quitar la vida y no ellos, es por esto que concluían en que lo mejor era afrontarla; como a continuación se evidencia con las expresiones dadas por los entrevistados:

“Yo nunca pensé en hacerme daño, como envenenarme o suicidarme”. (H.G)

“Yo amo la vida, la vida me la regalo Dios y el me la quitara cuando él quiera”.
(A.A.B)

“Yo veo esta enfermedad como una oportunidad, ahora estoy más motivado que antes, veo esta enfermedad como una muerte anunciada, vivo ahora más consiente de la realidad porque la tengo, ahora yo le veo la esencia a la vida”. (J.J.C.A)

“Más allá de que sea una muerte anunciada, hay que aprovechar la vida, hay que aprovechar el cuartico de hora que está nos da”. (J.J.C.A)

“Para seguir adelante yo creo mucho en Dios, en la vida, creo que hay que seguir adelante, también creo que es importante seguir con el tratamiento que eso me mantendrá”. (A.A.B)

“Según el estudio efectos psicológicos en personal de ambos sexos los pensamientos que enfrentan en el momento en que son diagnosticados con esta enfermedad muchas son de agonía, preocupación y desacierto de lo que pueda pasar con su vida y aun cuando les dicen que tienen algo que nunca desearían tener es más frustrante” (Avelar, V., Cornejo, I., Torres, J., 2011); de manera tal que no todos los individuos tienen el mismo pensamiento acerca de la enfermedad como es el caso de la ideas suicidas; este mismo estudio nos muestra que la persona pasa por diferentes estados de ánimo desde la desesperanza hasta a la ansiedad, que pueden dar como resultado una inestabilidad emocional seguido de un posible daño hacia sí mismo.

A diferencia del anterior estudio, “en el Análisis del Impacto del VIH/SIDA en la Familia: Una Aproximación a su Representación Social, los pensamientos están inclinados hacia la tragedia, a la definición de la muerte como algo inevitable, algo que va a suceder en cualquier momento” (Palacios, F., Avendaño, M., Gómez, A., 2008), así mismo este artículo nos habla sobre el silencio que debe guardar las personas al tener este diagnóstico por las estigmatizaciones que pueden tener las personas externas a ellos, es por esto que en la literatura estas personas hacen el llamado a la falta de conocimiento y comprensión frente a la enfermedad ya que la mayoría de veces se encuentra es el rechazo y por tanto ellos prefieren privarse de contar su enfermedad.

“En cuanto la parte espiritual según el artículo religión y espiritualidad, una mirada del estigma frente al VIH/SIDA: revisión literaria se considera como un factor importante y una estrategia; el encuentro con DIOS, para aminorar los efectos de la enfermedad” (Arévalo, L. 2012), es decir, implica el acompañamiento para esta enfermedad sin importar el credo, ayuda a controlar y equilibrar las emociones, ya que estos pacientes se hayan perdidos y normalmente tratan de buscar el porqué de su situación, incluyendo una posible cura o resolución hacia la enfermedad.

8.8 COMPORTAMIENTOS DURANTE EL DIAGNÓSTICO DE VIH

“Me gusta luchar por la vida y no hacerle mal a nadie”

A partir de los comportamientos reflejados por los adultos mayores con VIH en las entrevistas se pudo identificar que presentan temor de iniciar una relación amorosa, afectiva, ya que piensan que pueden transmitirla y hacerle mal a otra persona además piensan que si ellos le contaran la enfermedad a la persona que quieren no los aceptarían, de igual forma se evidencio por las personas entrevistadas que les gusta trabajar, luchar y seguir adelante por sus vidas, tomarse los medicamentos a la hora que es, ir a los controles médicos, cuidarse en la alimentación como se refleja a continuación con las siguientes expresiones:

“No me atrevo a tener una persona a mi lado, si voy a tener una pareja ella no va a estar conmigo”.(J.J.C.A)

“Aunque todavía estoy superando la crisis creo que hay tener calma, tranquilidad y no traumatizarse si no ser juicioso.” (A.A.B)

“A mí me gusta luchar por la vida, trabajo para salir adelante, cumplo con las obligaciones que tengo, me toca defenderme, pues la crisis de la noticia me dejo anonadada, sin poder hablar por mucho tiempo y por eso ahora me toca afrontar la vida para salir adelante con mi hija” (L.A)

“Soy muy juicioso con la toma de medicamentos, porque ellos me hacen sentir bien, además soy consciente de que debo cuidar mi salud y tomo medidas de protección frente a mi familia.” (H.G)

Desde que la persona se entera que tiene VIH hay una serie de cambios, como lo son psicológicos, emocionales, sentimentales, muchos de estos entran en shock, donde no saben qué hacer, que pensar, que va a pasar con sus vidas. Según el artículo de VIH positivo y ¿ahora qué? Nos habla de “cómo las personas tienden a tomar medidas rígidas de seguridad, porque no tienen el suficiente conocimiento de cómo es que se transmite, creando aislamiento, abstinencia sexual o sentimental, entre otras”(VIH positivo – ¿y ahora qué?), todo por la falta de comunicación y educación que se les puede brindar a estas personas. En cuanto a la literatura con las respuestas dadas por los adultos mayores se identificó que se correlacionan estas dos ya que al ser conscientes que tienen una enfermedad como es el VIH los hace pensar que si tienen una relación amorosa con alguien pueden transmitirla, es por esto que prefieren tomar medidas de abstinencia sexual para no sentirse culpables de que otra persona tenga el VIH a causa de ellos.

En un estudio que se realizó en el País de Perú sobre las percepciones sobre comportamientos sexuales de riesgo en personas que viven con VIH/SIDA y

reciben tratamiento antirretroviral en Piura (Juárez-Vilchez, J., Pozo, E., 2010), nos habla totalmente lo inverso, se informa que hay muchos tipos de comportamientos que las personas optan al momento de saber que son portadores del VIH; muchas de estas personas toman comportamientos de venganza, de querer infectar o contagiar a todos, así como a ellos los contagiaron, otros optan por la idea de masturbarse para sentirse menos peligrosos con la sociedad, y satisfacer sus necesidades, también hay muchos que se toman los antirretrovirales y al sentirse bien comienzan a reincidir las relaciones sexuales sin protección re infectándose e infectando a otras personas, por otra parte otros recurren a tener parejas ocasionales con el fin de no enamorarse y generarles daño a diferencia de otros que si lo hacen, por ultimo está el caso de los que no cuentan con preservativos a la mano y cuando están alcolizados o bajo el efecto de las drogas tienen relaciones sexuales, a diferencia de los adultos mayores quienes dicen sentir temor de infectar o hacerle daño a otras personas, y que hay que vivir la vida con responsabilidad. En cuanto la literatura encontrada se evidencio que en cuanto a las respuestas dadas por los adultos mayores no tiene correlación ya que hay personas que en vez de protegerse y no transmitir la enfermedad lo que hacen es trasmitirlas para sentirse bien y no sentirse ser los únicos que tienen la enfermedad a diferencia de los adultos mayores que son más responsables en cuanto a sus acciones como portadores de esta enfermedad y así mismo respetan la vida de otras personas, no perjudicándolas en su salud, su estado de ánimo y todo lo que acarrea una enfermedad como esta.

Según la Organización Internacional del Trabajo, “los trabajadores víctimas de esta enfermedad a pesar de ser discriminados y estigmatizados tienen la oportunidad y ofrecimiento de empleo amplio porque este da la posibilidad de luchar contra ella cada día, se convierte en un espacio de socialización con las demás personas, de sensibilización, educación y protección hacia sus derechos” (Conferencia Internacional del Trabajo, 2009).

La organización refiere a que el trabajo es una medida preventiva, de adopción de cambios positivos hacia el individuo, de atención, apoyo y tratamiento. Para mantener esos comportamientos en el adulto mayor se debe promulgar trabajos informales que no sean de carácter obligatorio y pesado, si no como forma de entretenimiento ya que muy pocos hacen actividad física, recreación, salidas educativas como visitar museos, leer libros o comunicarse abiertamente con otros.

Dos de sus respuestas reafirman lo expuesto por la literatura, ya que tener trabajo, sustento o ejercer alguna actividad económica, los hace sentir vivos, con funcionalidad e inteligencia para ejercer las actividades delegadas por otros o por ellos mismos y con un ancho sendero de vida por recorrer, es decir que su vida no termina con la jubilación, que todavía existe un más allá.

8.9 APOYO SOCIAL DURANTE EL DIAGNÓSTICO DE VIH

“Cuento con el apoyo de amigos y familiares: cómo no saben mi diagnóstico”

Para un adulto mayor el apoyo social es más que cualquier cosa, sentirse querido y pertenecido dentro de sus diferentes roles de vida, el tener esa red de apoyo los hace sentir mejor, confiados, queridos sin ser juzgados, es por esto que la mayoría de los Adultos Mayores con VIH entrevistados informaron que aun con el diagnóstico siguen teniendo los mismos amigos y que siguen teniendo una buena relación con sus familiares ya que los Adultos Mayores no cuentan la enfermedad debido a que han sido educados por los profesionales de salud de que no deben de decirle a nadie de su diagnóstico aparte de personas que él (ella) pueda confiar plenamente, esto por la falta de educación y el estigma que se tiene de esta enfermedad, como a continuación se evidencia a partir de las expresiones dichas por los participantes:

“La persona que más me ha apoyado con este diagnóstico ha sido Dios, mi hija, mi hermana, mi tía”. (L.A)

“Mi familia es mi mayor fortaleza, motivación y fuerza de superación, son incondicionales en mi vida, eso sí póngale la firma”. (J.J.C.A)

“Tengo una buena relación con mi familia, con mis amigos, compañeros, salimos, conversamos, compartimos y me invitan a todo tipo de reuniones.” (L.F.G)

“Mis amigos siguen siendo los mismos, porque nos han enseñado en el área de la salud que no debemos decirles que es lo que tenemos”. (H.G)

El apoyo social es “aquel acompañamiento, cariño, respaldo, ese calor humano que la persona necesita para afrontar todo tipo de dificultades, especialmente cuando se tiene que enfrentar a pruebas de la vida, como es el VIH” (VIH positivo – ¿y ahora qué?), especialmente cuando no se tiene la confianza en alguien en este artículo nos dice que es importante buscarla en los médicos, preguntarles todas las dudas que se tenga de la enfermedad, y si no hay este tipo de apoyo, es importante reconocer que existe fundaciones a las cuales puede acudir.

En otro artículo sobre el apoyo social y conductas de riesgo en adolescentes diagnosticados y no diagnosticados con VIH/SIDA en Cali. Colombia (Orcasita, L., Peralta, A., Valderrama, L., Uribe, A., 2010), que se “fundamenta especialmente en la adolescencia; el apoyo que ellos más encuentran es la de sus padres, novio(a), o amigos, en este artículo nos hablan de tres tipos de apoyo emocional, informacional e instrumental, siendo el primero vinculado a aspectos como la intimidad, apego, el segundo a brindar guía o consejo y el tercero a la prestación de ayuda o asistencia”. En general el apoyo social está estrechamente relacionado con el bienestar psicológico.

El apoyo social es la principal fuente de alegría y motivación en un adulto mayor ya que se sentirá feliz de ser parte de una familia o de un grupo de pares, aquellos que no cuentan con un núcleo familiar o carezcan de afecto podrán compartir sus mismas ideas y momentos de distracción con aquellos que tengan la misma enfermedad, especialmente cuando asisten a fundaciones o casas de hogar donde hayan personas con el mismo diagnóstico.

Según la Guía de esperanza, viviendo positivamente realizada en Virginia, Estados Unidos “la mayoría de personas que reciben este diagnóstico deciden no compartir su estado de salud con amigos y familiares ya que se considera un tema difícil, emotivo si no se sabe expresar, con poca colaboración y entendimiento por parte del otro” (Esperanza viviendo positivamente), lo que los lleva a la decisión de no comentar nada, responder con evasivas sobre su situación y asistir al médico por si solos.

En otro estudio acerca de las experiencias de lidiar con el VIH en mujeres infectadas son claras en decir que con “la divulgación de su diagnóstico hacia sus allegados pueden experimentar prejuicios, rechazos familiares, violencia doméstica, falta de confianza y es por esto que nunca lo comentan con el fin de mantener un apoyo social”. (Giménez, M.; Paiva, S., 2011)

No todas las reacciones familiares tienden hacer negativas, lo importante es que exista compromiso y confianza mutua para poder ayudar a la persona que está enferma, no incomodarlo si no permitirle a esa persona vivir más tiempo con alegría, adaptarse a ver sus cambios tanto de ánimo como de salud, requerir de tiempo y de sacrificio para ayudarlos a afrontar la crisis que están enfrentando.

Según el estudio afrontamiento, apoyo social, calidad de vida y enfermedad, “la espiritualidad juega un papel muy importante porque acerca al individuo emocional o íntimamente con Dios, según el grado y la cantidad de veces que se refugia en el (Rodríguez, J., Pastor, A., López, S., 1993, p. 351); en el adulto mayor este aspecto es de resaltar y analizar ya que cada uno manifestó el deseo y empuje de salir adelante, con frases como Dios es el único que nos puede quitar la vida, además en el sienta refugio y puedo presentarle mis preocupaciones, aflicciones y dejarlo todo en sus manos”. En otros grupos de edad pudimos darnos cuenta que sigue siendo igual de importante ya que Dios es considerado amortiguador y fuente de control del estrés hacia la enfermedad.

“Todavía hay mucha ignorancia de la enfermedad y por eso me rechazaron”

Frente a lo informado por los adultos mayores con VIH se identificó que tuvieron problemas con la familia cuando les comentaron que eran portadores de esta

enfermedad, también reflejaron asombro y angustia por la falta de conocimiento y de aceptación que la sociedad no tiene frente a esta enfermedad, es por esto que ellos prefieren quedarse cayados y no comentarle a nadie debido a la ignorancia que se tiene del VIH; así como se evidencia a continuación con la información aportada por los entrevistados:

“Mi familia cuando se enteró de mi enfermedad me rechazaron, cuando yo llegaba a la casa me hacían cara de rechazo”. (L.A)

“En este momento hay mucha ignorancia todavía sobre la enfermedad y es muy difícil decirle a la gente, porque todavía existe el tabú y si les digo a la gente me harían sentir mal”. (J.J.C.A)

En el estudio análisis de la calidad de vida en adultos mayores, ellos manifiestan su “necesidad de encontrar alguien que los escuche” (Quintanar, A., 2010) ya que muchas veces al expresar sus sentimientos son objeto de burla y aislamiento por parte de familiares y amigos; además cuando creen que pueden contar con la familia que han sido parte de importante de apoyo durante toda la vida estos deberían apoyarlos incondicionalmente pero como se ve a continuación con los pacientes entrevistados son muy pocos lo que lo verdaderamente brindan ese apoyo.

Muchas veces por parte de la sociedad se espera que la actitud sea formal y respetuosa, que aunque hay mucha información de la enfermedad se ha caracterizado que esta información se ha vuelto una desinformación porque aún hay ese estigma e ignorancia por parte de la sociedad.

8.10 LA ATENCIÓN DEL PROFESIONAL DE SALUD DURANTE EL VIH

“Me enseñan y me atienden muy bien, me dicen que tranquilo que ellos son mis amigos”

En cuanto la calidad humana y la asistencia por parte del médico muchos de los entrevistados expresaron su agradecimiento por el trato amable del profesional hacia ellos, ya que si hubieran recibido la noticia de forma brusca como otros la tuvieron que recibir su estado anímico hubiera empeorado además la expectativa de vida que el personal de salud les da y la educación que les ofrecen frente a los medicamentos, alimentación y la protección que deben tener es un punto básico para la vida de ellos, además refieren que para ellos es alentador escuchar que van a vivir más porque podrían compartir y ver crecer a sus seres queridos; esto evidenciado por las siguientes expresiones dichas a continuación:

“Cuando el doctor me iba a decir que yo tenía VIH, me dijo que tranquilo que no me preocupara, que yo podía seguir adelante, además me reviso sin guantes ni nada y me dijo soy su amigo”. (J.J.C.A)

“Aquí la atención es buena, los profesionales de la salud nos tratan y nos atienden bien, me enseñan cómo debe ser mi protección con mi familia y hacia los demás”. (H.G)

“El médico me ha enseñado como debe ser mi alimentación y como me debo de cuidar en cuanto a las relaciones sexuales, me dice que no debo de fumar, ni tomar”. (J.J.C.A)

Según la asamblea general de la AMM (Asociación Médica Mundial) sobre el VIH/SIDA y la profesión médica nos dice que la “atención hacia estos pacientes debe ser competente y apropiada, garantizándole toda la atención y los servicios, estos también deben ser aconsejados y educados en cuanto a las maneras de contagio de la enfermedad, las medidas preventivas para preservar la salud, como deben protegerse frente a las relaciones sexuales, garantizar la educación sobre el tratamiento antirretroviral” (Declaración de la Asociación Médica Mundial, 2006), así mismo el médico debe estimular la participación de las redes de apoyo con el fin de que puedan contar con alguien para desahogarse, sentir el soporte, afecto y compañía del otro; en comparación con esto, según las respuestas dadas en las entrevistas realizadas a los adultos mayores con VIH se puede ver que todavía les falta a muchos profesionales de la salud carisma, respeto, acompañamiento y apoyo hacia sus pacientes, mientras que todavía hay otros que se preocupan por dar una buena y calurosa atención, siendo humanos, generando respeto y confidencialidad, trato amable y escucha activa que le permite al individuo hacerse una idea de quien verdaderamente lo está atendiendo.

“Me trataron mal, me humillaron”

La atención por parte de los profesionales de la salud es una herramienta importante para la vida de los pacientes, ya que ellos son los que informan y dan las explicaciones de cómo debemos cuidarnos y llevar una vida mejor. Los Adultos Mayores expresaron que la atención que les brindaron al momento de darle el diagnóstico fue muy mala ya que en vez de apoyarlos e informarles bien sobre la enfermedad y brindarles una mejor atención para que se sintieran bien, lo que hicieron fue discriminarlos y hacerlos sentir peor de lo que estaban. También referían los adultos mayores que cuando asistían a consultas el personal de salud conociendo el diagnóstico de ellos ya no los trataban igual y ni los valoraban para no tocarlos, además después de saludarlos se lavaban rápido las manos, esto evidenciándose por parte del personal de la salud falta de conocimiento y comprensión hacia al otro, esto reflejado por las opiniones que dieron los entrevistados:

“En el momento de entregar el diagnóstico la señorita me ignora y le dio los papeles a otra persona para que me dijera lo que yo tenía, además el médico me dijo de una manera que no se me va a olvidar, me dijo que a donde yo estaba metido, que para eso no había ningún medicamento, que yo me iba a morir”. (H.G)

“Una psicóloga me ofendió porque me dijo: esta tan enfermo que no ha querido suicidarse, me trato mal, me dejo tirado en una camilla.” (A.A.B)

“Una vez el doctor que siempre me atendía no quiso ni examinarme ni tocarme solo me dio la mano y de una vez se las lavo”. (J.J.C.A)

“El médico y los psicólogos me dijeron de mala manera y por eso soy reacio con ellos, tras de que estaba preocupado me trataron mal”. (A.A.B)

En un estudio que se realizó sobre la atención primaria de la salud: una nueva oportunidad, nos habla que “la prestación de servicios de salud se considera pobre y despectiva al momento de atender al individuo, con una visión totalmente diferente de lo que es brindar atención en salud para las personas no solo en la forma de hablar si no en el no uso de las tecnologías ya que en ocasiones no se cuenta con equipos suficientes para realizar la consulta médica completa”. (Echeverri, O., 2011).

Debemos recordar que ellos tienen derecho por las leyes establecidas a una atención de calidad, que sea oportuna, que dé respuesta a sus expectativas y que sean exitosas para cada uno de los dos tanto para el médico como para el paciente permitiendo así que el usuario tenga total confianza en acudir y confiar a los profesionales de la salud su estado de ánimo y permitir que se les trate cuando estén desanimados o estén enfrentando situaciones terribles o desilusionantes. En cuanto a la literatura las respuestas dadas por el adulto mayor se identificó que todavía hay una mala atención a esta población y se siguen presentando estigmas frente a la enfermedad, vulnerando así a estas personas tanto psicológica, social y afectivamente en vez de apoyarlos y ofrecerles una mejor educación para que se disminuyan los riesgos del VIH en los adultos mayores

9. CONCLUSIONES

Antes de tener el diagnóstico de VIH en la población adulto mayor los sentimientos reflejados fueron de felicidad y alegría, en pensamientos se reconoció la falta de conocimientos sobre la enfermedad y por los mitos que se tienen de ésta pensaban que nunca la iban a adquirir, en los comportamientos se reconoció que sus conductas sexuales no eran ideales debido a la falta de interés por cuidarse a sí mismos, en cuanto al apoyo social se ratificó que contaban con la familia y los amigos incondicionalmente y en la atención del profesional de la salud se evidencio que esta población no recibió educación sexual por parte de los profesionales de salud en la atención recibida en diferentes oportunidades.

En cuanto al momento de recibir el diagnóstico de VIH se puede afirmar que los sentimientos reflejados por los adultos mayores fueron de tristeza, depresión, culpabilidad por haber adquirido la enfermedad, respecto a los pensamientos se pudo analizar que no tuvieron pensamientos de hacerse daño, se ve el respeto por la vida, madurez al saber que alguien supremo se la dio y él mismo la quitará; finalmente para la atención del profesional de salud se analizó que aún persiste el estigma del VIH generando así recriminación y maltrato hacia las personas que la tienen, sin importar la condición por la que pueda estar pasando la persona.

Los sentimientos frente a la enfermedad son de felicidad, optimismo de seguir adelante con sus vidas, respecto a los pensamientos a partir del conocimiento brindado por los profesionales de la salud ven la enfermedad como cualquier otra, en comportamientos los adultos mayores refieren abstenerse a tener relaciones sexuales o una pareja por miedo a ser discriminados y/o transmitir la enfermedad, el apoyo social sigue siendo el mismo debido a que los adultos mayores no comparten su diagnóstico por el temor de ser rechazados, lo que ha sucedido en aquellos que lo han compartido; para finalizar la atención del profesional de salud cuando se torna amable, afectiva y se brinda un apoyo incondicional genera en el adulto mayor confianza y sentido a la vida.

10. RECOMENDACIONES

- En cuanto al área de salud es importante que los profesionales tengan mayor respeto hacia los pacientes y que informen con mucha mesura, delicadeza, amor y acompañamiento ya que la persona al enterarse de esta enfermedad por más conocimiento que se tenga genera impacto a nivel emocional, sentimental, físico, social, que aún en las personas que no tienen el suficiente conocimiento de esta enfermedad puede llevar a que tomen decisiones apresuradas como de suicidio o castigo así mismo.
- Debe haber un cambio en el trato al adulto mayor y reconocer que ellos también tienen derecho a ser informados de cómo mantener una vida sexual saludable.
- Es indispensable entender que en las instituciones de salud se debe mejorar el cuidado de enfermería hacia las personas con VIH, de igual manera es relevante informar a pacientes adultos mayores la importancia de la protección sexual ya que estos no están exceptos a contraer cualquier tipo de infecciones o enfermedades de transmisión sexual, como es el caso del VIH.

BIBLIOGRAFIA

- Aguayo, N. (2008) *Panorama a nivel mundial y nacional del VIH/ SIDA/ITS. PRONASIDA Paraguay*. Recuperado de <http://www.imt.edu.py/admin/uploads/Documento/vih.pdf>
- Alcaldía Mayor de Bogotá (2012) *Situación actual del VIH en el distrito capital, primer trimestre 2012*. Recuperado de <http://www.saludcapital.gov.co/sitios/VigilanciaSaludPublica/Cuidad%20VIH/Informe%201%20trimestre%202012.pdf>.
- Amico, L. (2009). Envejecer en el siglo XXI. "No siempre Querer es Poder". Hacia la de-construcción de mitos y la superación de estereotipos en torno a los adultos mayores en sociedad. *Margen55*, (55). Recuperado de <http://www.margen.org/suscri/margen55/amico.pdf>
- Ardila, R. (1991) Relaciones entre el análisis y la síntesis experimental del comportamiento. *Apuntes de Psicología*, 33, 143-146.
- Área Salud Sexual y Reproductiva. Programa Nacional ITS-VIH/Sida. (2011). *Informe de Progreso Global sobre SIDA. Seguimiento de la Declaración Política sobre el VIH/sida de Uruguay*. Recuperado de http://www.unaids.org/en/dataanalysis/knownyourresponse/countryprogressreports/2012countries/ce_UY_Narrative_Report%5B1%5D.pdf
- Arévalo, L., Ávila, S. (2012). Religión y espiritualidad, una mirada del estigma frente al vih/sida: revisión literaria. *Revista Med*, 20(1): 52-61. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/med/v20n1/v20n1a06.pdf>
- Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica. (1998). *Ley General sobre el VIH-SIDA*. San José, Costa Rica: El Ministerio.
- Asociación Médica Mundial – WMA. (2006) *Declaración de la AMM (sobre el VIH/SIDA y la profesión médica*. Recuperado de <http://www.wma.net/es/30publications/10policies/a25/>
- Avelar, V., Cornejo, I., Torres, J. (2011). *Efectos psicológicos en personas de ambos sexos entre las edades de 20 a 50 años diagnosticadas con VIH en el período de enero de 2006 a junio de 2010 pertenecientes a la fundación salvadoreña para la lucha contra el sida*. (Trabajo de Grado de Licenciatura en Psicología, Universidad de El Salvador). Recuperado de <http://ri.ues.edu.sv/572/1/10136869.pdf>

- Boyd, G. (1990). Using Shoebox in a linguistic field methods course. *Notes on Linguistics*, 50, 37-38.
- Betancur, D. (2008). Plan Nacional de Respuesta ante el VIH y el SIDA. Colombia 2008-2011. Recuperado de: <http://www.acnur.org/biblioteca/pdf/6406.pdf?view=1>
- Brennan, D., Emler, C., Eady, A. (2011). HIV, Sexual Health, and Psychosocial Issues Among Older Adults Living with HIV in North America. *Ageing International*, 36(3), 313-333. Recuperado de <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs12126-011-9111-6?LI=true#page-1>.
- Cabrera, M. (2003). *VIH/sida en la sociedad de la información*. (Trabajo de Doctorado, Internet Interdisciplinary Institute) Recuperado de <http://www.uoc.edu/in3/dt/20262/20262.pdf>
- COMISCA (2010) Marco de Cooperación para apoyar la implementación de la respuesta regional de Centroamérica al VIH/Sida entre el Gobierno de los Estados Unidos y los Gobiernos de la región Centroamericana. Recuperado de http://www.pasca.org/userfiles/MARCO_COOPERACION_CA_VIH_139196.pdf.
- Congreso de Colombia (2007) *Texto definitivo Proyecto de Ley 272 de 2007*. Bogotá, D. C. Recuperado de http://servoaspr.imprenta.gov.co:7778/gacetap/gaceta.mostrar_documento?p_tipo=10&p_numero=272&p_consec=17518.
- Departamento de Salud de Virginia (2007) *Esperanza viviendo positivamente: Una guía de recursos para las personas que son VIH positivas*. Recuperado de http://www.vdh.virginia.gov/epidemiology/DiseasePrevention/documents/pdf/PosLivGuide07_Spanish.pdf.
- Echeverri, O. (2011). *Quinto Foro Atención Primaria De La Salud, APS: Una nueva oportunidad. Plan de desarrollo*. Recuperado de http://salud.univalle.edu.co/pdf/plan_desarrollo/aps_documento_previo_al_foro.pdf
- Encyclopedia Britannica. (2013) *Facts matter. Article Free Pass Feeling*. Recuperado de <http://www.britannica.com/EBchecked/topic/203754/feeling>
- Esguerra, I. (2007). Sexualidad después de los 60 años. *Av. Enferm*, XXV (2), 124-140. Recuperado de http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/xxv2_12.pdf.

- Fong, J., Bueno, J. (2002). Geriatria ¿Es desarrollo o una necesidad?. *Medisan*, 6(1), 69-75. Recuperado de http://www.bvs.sld.cu/revistas/san/vol6_1_02/san11102.htm.
- Fundación del Empresario Chihuahuense. (1999) *Adulto mayor: una nueva etapa de vida. Guía de adulto mayor: una nueva etapa de vida*. Recuperado de http://www.fechac.org/pdf/prodia/guia_adulto_mayor_una_nueva_etapa_de_vida.pdf
- Fundación Huésped. (2012) *Informe Ejecutivo. Percepciones y experiencias sobre estigma y discriminación en poblaciones trans, HSH y usuarios de drogas*. Buenos Aires: Fundación Huésped. Recuperado de <http://www.huesped.org.ar/wp-content/uploads/2012/06/Informe-Final-Percepciones.pdf>
- Galbán, A., Félix, J., Díaz, A. (2007) Envejecimiento poblacional y fragilidad en el adulto mayor. *Revista Cubana de Salud pública* v.33 n.1 Ciudad de La Habana. Recuperado en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S086434662007000100010&script=sci_arttext
- Garzón, R., Sánchez, C., Perdomo, L. (2012) Significado de las vivencias de niños y niñas afectados por el VIH/SIDA, adscritos a un centro de atención y apoyo. *Revista Colombiana de Enfermería*, 7(7), 86-98. Recuperado en http://www.uelbosque.edu.co/sites/default/files/publicaciones/revistas/revista_colombiana_enfermeria/volumen7/significado.pdf.
- Giménez, M.; Paiva, S. (2011) Vivencias para el enfrentamiento del VIH entre mujeres infectadas por el virus. *Rev. bras. enferm.*, 64(6). ISSN 0034-7167. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672011000600006&script=sci_arttext.
- Gobernación de Antioquia. (2011) *Programa del adulto mayor. Mejorar las condiciones de vida de la población adulta mayor y anciana del departamento de Antioquia*. Recuperado de http://www.dssa.gov.co/__media__/_dssa/dssa.gov.co/dmdocuments/2_objetivo-especifico-programa-del-adulto-mayor.pdf
- Gogna, M. (2005). *Estado del arte. Investigación sobre sexualidad y derechos en la argentina (1990-2002)*. Buenos Aires: CEDES. ISBN 987-21844-1-0. Recuperado de http://www.clam.org.br/pdf/est_arte_arg.pdf.
- Gómez, M. (2006) *Introducción a la metodología científica. Capítulo 9. Recolección de datos*. Buenos Aires: Brujas. Recuperado de

<http://books.google.com.co/books?id=9UDXPe4U7aMC&pg=PA121&lpg=PA121&dq=instrumentos+de+recoleccion+de+la+muestra+cualitativa&source=bl&ots=b6pJHWpLEM&sig=H9zfTWxF8eNsgaUytEykyBT1Es0&hl=es-419&sa=X&ei=qN9iUYSaK-y50AGc-IHYCw&ved=0CCwQ6AEwAA#v=onepage&q=instrumentos%20de%20recoleccion%20de%20la%20muestra%20cualitativa&f=false>

- Grimberg, M. (2009) Sexualidad, experiencias corporales y género: un estudio etnográfico entre personas viviendo con VIH en el Área Metropolitana de Buenos Aires, Argentina. *Cad. Saúde Pública*, 25(1). Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2009000100014&script=sci_arttext.
- Guadarrama, R., Ortiz, M., Moreno, Y., González, A. (2010) Características de la actividad sexual de los adultos mayores y su relación con su calidad de vida. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 15 (2), 72-79.
- Heckman, T. G., Heckman, B. D., Kochman, A., Sikkema, K. J., Suhr, J., Goodkin, K. (2002). Psychological symptoms among persons 50 years of age and older living with HIV disease. *Aging & mental health*, 6(2), 121-8.
- Instituto para la atención de los adultos mayores en el distrito federal. Ciudad de México.(2012).Recuperado de <http://www.iaam.df.gob.mx/documentos/quienes.html>
- Juárez-Vilchez, J., Pozo, E. (2010) Percepciones sobre comportamientos sexuales de riesgo en personas que viven con VIH/SIDA y reciben tratamiento antirretroviral en Piura, Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*, 27(1), 31-37. Recuperado de <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v27n1/a06v27n1.pdf>
- Llanos, L. Mayca, J. Navarro, G. (2006) Percepciones de las personas viviendo con VIH SIDA (PVVS) sobre la calidad de atención. *Revista Médica Heredia*, 17 (3). Recuperado de <http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v17n3/v17n3ao5.pdf>.
- Menéndez, J., Guevara, A., Arcia, N., León, D., Marín, C., Alfonso, J. (2005). Enfermedades crónicas y limitación funcional en adultos mayores: estudio comparativo en siete ciudades de América latina y el caribe. *Revista Panamericana de Salud*, 17(5/6), 353–61. Recuperado de <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v17n5-6/26272.pdf> .
- Ministerio de Salud (2007) *Diagnostico preliminar de personas mayores, dependencia y servicios sociales en Colombia. Situación demográfica*. Recuperado de

<http://www.minsalud.gov.co/proteccion-social/Documents/Situacion%20Actual%20de%20las%20Personas%20adultas%20mayores.pdf>.

Ministerio de Salud de Colombia. (1993) *Resolucion 008430 de 1993. Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud*. Recuperado de [http://www.unisabana.edu.co/fileadmin/Documentos/Investigacion/comite_d_e_etica/Res_8430_1993 - Salud.pdf](http://www.unisabana.edu.co/fileadmin/Documentos/Investigacion/comite_d_e_etica/Res_8430_1993_-_Salud.pdf).

Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (2012) *Informe mundial de avances en la lucha contra el Sida. Colombia. Seguimiento de la Declaración de compromiso sobre el VIH/Sida*. Recuperado de <https://www.unaids.org/es/dataanalysis/knownyourresponse/countryprogressreports/2012countries/file.68498.es..pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2012) *Panorama del VIH/SIDA en Colombia. (1983-2010). Un análisis de situación*. Bogotá, D. C.: Legis. Recuperado de http://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/observatorio_vih/documentos/monitoreo_evaluacion/1_vigilancia_salud_publica/b_estudios_comportamiento/PANORAMAVIHCOL_WEB.pdf.

Morse, J. (1991) Strategies for sampling. In: Morse, J. (Ed) *Qualitative Nursing Research: A Contemporary Dialogue*. London: Sage.

Muñoz, M., Galeano, M., Basso, J., Ríos, G., Rodríguez, N., Osimani, M., (2010) *Marco Normativo en Relación al VIH/SIDA en Uruguay. Programa Prioritario ITS/SIDA. Dirección General de la Salud Ministerio de Salud Pública*. Recuperado de http://www.google.com.co/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=6&ved=0CEYQFjAF&url=http%3A%2F%2Fwww.msp.gub.uy%2Fandocasociado.aspx%3F5713%2C21649&ei=BqISUpO6BI3a8wTO5YC4CA&usg=AFQjCNHTeeb4DZuMAMIV5EOMdUx_PhSI0g.

Muñoz, S., Castro, É., Fiscal, L., Narváez, L., Paz, J., Villamarín, M. (2012). Conocimientos, actitudes y prácticas de las mujeres con VIH durante la gestación y crianza (Popayán, 2009). Artículo de investigación. *Investig. Enferm. Imagen Desarro*. 14(1):45-55. ISSN 0124-2059. Recuperado en: <http://start.iminent.com/StartWeb/3082/toolbox/#q=Conocimientos%2C%20actitudes%20y%20pr%C3%A1cticas%20de%20las%20mujeres%20con%20VIH%20durante%20la%20gestaci%C3%B3n%20y%20crianza&p=1>.

Ojeda, G., Ordóñez, M., Ochoa, L. (2010) *Encuesta nacional de demografía y salud, ENDS*. Bogotá, D. C.: Profamilia. Recuperado de <http://www.measuredhs.com/pubs/pdf/FR246/FR246.pdf>.

- ONUSIDA. (2003) *Labor la ONU ante el VIH/SIDA*. Recuperado de http://www.cinu.org.mx/temas/vih_sida/vihonu.htm.
- Orcasita, L., Peralta, A., Valderrama, L., Uribe, A. (2010). Apoyo social y conductas de riesgo en adolescentes diagnosticados y no diagnosticados con VIH/SIDA en Cali, Colombia. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, (31), p. 155-195. ISSN 0124-5821. Recuperado de <http://revistavirtual.ucn.edu.co/index.php/RevistaUCN/article/view/41/92>.
- Organización Mundial de la Salud - OMS. (2008) *La atención primaria de la salud, más necesaria que nunca. Informe sobre la salud en el mundo*. Recuperado de <http://www.who.int/whr/2008/summary/es/index.html>.
- Organización Mundial de la Salud - OMS. (2010) *VIH / SIDA, informe hacia el acceso universal. expansión de las intervenciones prioritarias contra el VIH/sida en el sector de la salud*. Recuperado de http://www.who.int/topics/hiv_aids/es/.
- Organización Mundial de la Salud - OMS. (2012). *Preguntas y respuestas sobre el VIH/SIDA*. Recuperado de <http://www.who.int/features/qa/71/es/index.html>
- Organización Mundial de la Salud - OMS. (2013) *Definición enfermedades crónicas*. Recuperado de http://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/
- Organización Panamericana de la Salud - OPS.Organización Mundial de la Salud (OMS). Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. (2001) *VIH SIDA en las Américas Una epidemia multifacética*. Recuperado de http://www.who.int/hiv/strategic/en/amr_map_01.pdf.
- Palacios, F., Avendaño, M., Gómez, A. (2008) Análisis del Impacto del VIH/SIDA en la Familia: Una Aproximación a su Representación Social. *Psicología Iberoamericana*, 16(2), p.6-13. ISSN 1405-0943.
- Periódico El Universal. (03 de Noviembre de 2012) Población de adultos se duplicará en 2040. *El Universal de México*. Recuperado de <http://www.eluniversal.com.mx/notas/613454.html>
- Pond, V.; Scaccabarozzi, L. (2010) *VIH en adultos mayores comprometidos*. New York: ACRIA.
- Profamilia (2011) *Encuesta Distrital de demografía y salud Bogotá, 2011. Adultos mayores. Cap 17*. Recuperado de <http://www.demografiaysaludbogota.co/admin/acrobat/cap17.pdf>.

- Quintanar, A. (2010) *Análisis de la calidad de vida en adultos mayores del municipio de Tetepango, Hidalgo. Universidad Autónoma del estado de Hidalgo, a través del instrumento WHOQOL-BREFR*. (Tesis de grado de Licenciatura en Pedagogía, Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo). Recuperado de http://www.uaeh.edu.mx/nuestro_alumnado/esc_sup/actopan/licenciatura/Analisis%20de%20la%20calidad%20de%20vida.pdf
- RECOLVIH – IFARMA. (2011) *Voces Positivas. Resultados del índice del estigma en personas que viven con VIH en Colombia. Documento de Investigación*. Recuperado de <http://www.fundacionnuestrosjovenes.org.ec/documentos/BibliotecaVIH/8.%20Voces%20positivas.%20Resultado%20del%20%C3%ADndice%20de%20estigma%20en%20personas%20que%20viven%20con%20VIH%20en%20Colombia..pdf>
- Rodríguez, J., Pastor, A., López, S. (1993) Afrontamiento, Apoyo social, Calidad de vida y Enfermedad. *Psicothema*, (5) (Supl), 349-372. Recuperado de <http://www.psicothema.com/pdf/1148.pdf>.
- Salinas, A., Manrique, B., Téllez, M. (2008). Redes de apoyo social en la vejez: adultos mayores beneficiarios del componente para Adultos Mayores del Programa Oportunidades. En: *III Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población, ALAP, realizado en Córdoba, Argentina*. Recuperado de http://www.alapop.org/2009/images/DOCSFINAIS_PDF/ALAP_2008_FINAL_281.pdf.
- Sardi, E. (2006) Cambios sociodemográficos en Colombia: periodo intercensal 1993-2005. *Revista de la información básica*, 2(2). ISSN: 1909-2466. Recuperado de http://www.dane.gov.co/revista_ib/html_r4/articulo2_r4.htm
- Suárez, M. et al. (2002) *Calidad de vida, aspectos psicológicos y sociales en pacientes con infección VIH avanzada*. Servicio de Medicina Interna. Huelva. España: Hospital Juan Ramón Jiménez.
- Suit, D., Pereira, M. (2008). Vivência de estigma e enfrentamento em pessoas que convivem com o HIV. *Psicol. USP*, 9(3). ISSN 0103-6564. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-65642008000300004&script=sci_arttext.
- Taylhardat, A. (2002) *Proyecto de declaración universal de los derechos del adulto mayor*. Recuperado de <http://www.adolfotaylhardat.net/proyectedeclaracionsobreladultomayor.htm>.

- Toynes, B.; Wright, K., Milano, M. (2008) *Previniendo el VIH en adultos mayores*. New York: ACRIA. Recuperado de <http://www.lgbtagingcenter.org/resources/pdfs/adultspreventionSpanish.pdf>.
- UDEM. Universidad de Monterrey. (2013). *Cursos de profesional. Psicología general. Capítulo 21*. Recuperado de <http://ocw.udem.edu.mx/cursos-de-profesional/psicologia-general/ch21.pdf>
- UNESCO (2012) *VIH positivo – ¿y ahora qué? Para aquellas personas que se acaban de enterar que son VIH positivas*. Zürich, Suiza: Oficina Federal de Sanidad. Recuperado de http://www.ibe.unesco.org/AIDS/doc/HIV_AIDS_356_SP.pdf.
- Uribe, A., Orcasita, L. (2011) Evaluación de conocimientos, actitudes, susceptibilidad y autoeficacia frente al VIH/SIDA en profesionales de la salud. *Av.enferm*, XXIX (2), 271-284. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v29n2/v29n2a07.pdf>.
- Urrea, F., Congolino, M., Herrera, H. (2003). *Sociabilidades y sexualidad entre jóvenes de sectores populares de Cali*. Recuperado de <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/colombia/cidse/sociabilidades.pdf>.
- Vance, D. E., Struzick, T. C. (2007). Addressing risk factors of cognitive impairment in adults aging with HIV: a social work model. *J Gerontol Soc Work*, 49(4), 51-77.
- Wong, L., Álvarez, Y., Domínguez, M., González, A. (2010) La sexualidad en la tercera edad. Factores fisiológicos y sociales. *Rev. Med. Electrón.*, 32(3). ISSN 1684-1824. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1684-18242010000300011&script=sci_arttext.
- Zavala, M et al., (2006) Funcionamiento social del adulto mayor. *Cienc. Enferm.*, 12(2), 53-62. Recuperado de http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=s0717-95532006000200007&script=sci_arttext.
- Zegarra, T., Chávez, S., Gerrero, R., Távara, L. (2011) *Mitos y métodos anticonceptivos de la (UNFPA) Fondo de Población de las Naciones Unidas*. Lima, Perú: UNFPA. Recuperado de <http://www.unfpa.org.pe/publicaciones/publicacionesperu/PROMSEX-Mitos-Metodos-Anticonceptivos.pdf>

Zurm, U. (2006) *VIH/SIDA en Latinoamérica y el Caribe*. Stuttgart: FAKT.
Recuperado de <http://observatoriovihcarceles.org/es/vih-drogas/drogas-drogas-menu.raw?task=download&fid=67>.

A N E X O S

Anexo A. Consentimiento Informado

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA
FACULTAD DE ENFERMERIA
DEPARTAMENTO DE SALUD DE LOS COLECTIVOS



La participación de este estudio es estrictamente voluntaria, la información recogida será utilizada con el único propósito que tiene esta investigación acerca de las vivencias de adulto mayor con diagnóstico de VIH.

Si tiene dudas sobre esta entrevista puede hacer preguntas en el momento en el que se realice la entrevista, igualmente usted puede abandonar en cualquier momento sin que esto lo perjudique de alguna forma, si cualquiera de las preguntas le parecen incómodas está usted en el derecho de hacérselo saber al entrevistador.

Título de la investigación: Vivencias de adultos mayores con diagnóstico de VIH.

Personas encargadas: Carol Rojas y Camila Triana.

Información general del estudio

El objetivo de esta investigación es identificar las vivencias que el adulto mayor con diagnóstico de VIH ha tenido con la enfermedad.

Las vivencias serán los sentimientos, pensamientos, comportamientos que ha tenido el adulto mayor frente al diagnóstico del VIH y el apoyo social recibido.

Plan de estudio

El método de este estudio es de preeminencia cualitativo en salud, donde se realizarán a los adultos mayores entrevistas que se responderán de forma voluntaria. Esta entrevista se realizará de forma oral con la ayuda de un dispositivo electrónico (grabadora).

Beneficios al participar en el estudio

Los participantes voluntariamente compartirán sus vivencias con las estudiantes de enfermería, permitiendo que esta sea una herramienta de apoyo psicosocial y afectiva tanto para el beneficio de ellos como para futuras personas con este mismo diagnóstico.

Riesgo en la participación del estudio

El riesgo de este estudio es que los participantes puedan presentar sentimientos de tristeza o desánimo afectando su estado emocional. Para minimizar este riesgo seremos claros en que si se ven afectados pueden abandonar voluntariamente la entrevista y se les brindará un apoyo psicológico con el fin de que la persona mejore su estado anímico.

Confidencialidad, privacidad y anonimato

Durante el proceso de diligenciamiento del consentimiento informado se le explicara al participante que esta será de extrema confidencialidad y privacidad en cuanto a la conservación de los documentos, entrevistas y grabaciones de voz.

Participación voluntaria

En cuanto a la participación a esta investigación será completamente de orden voluntaria. Aquella persona que quiera retirarse de la entrevista lo podrá hacer sin miedo a recibir algún castigo o algún beneficio.

Preguntas – contactos

En caso de tener alguna pregunta o duda de esta investigación por favor llamar a los siguientes números:

Carol Rojas Herrera carolyulieth23@hotmail.com
3138798461

Camila Triana Méndez camis113@hotmail.com
3115474431

Asesora: Liliana Quevedo: quevedo.l@javeriana.edu.co
Pontificia Universidad Javeriana – Facultad de Enfermería – Tel: 3208320 Ext. 2668 Cra 7 No 40-62 7º piso. Hospital Universitario San Ignacio.

CONSENTIMIENTO

Yo _____ estoy de acuerdo con dar respuesta a la siguiente entrevista formulada por las estudiantes de Enfermería de octavo semestre de 2013 de la Pontificia universidad Javeriana. Entendiendo que dicha entrevista formara parte de la investigación de vivencias de adulto mayor con diagnóstico de VIH. Seré entrevistado en el momento en el que yo desee y daré respuesta a algunas preguntas acerca del tema, además reconozco que mi participación es voluntaria y puedo negarme a contestar cualquier pregunta.

También se me ha informado que los datos que proporcione no serán revelados que no hay necesidad de dar a conocer mi nombre y no recibiré retribución económica por este hecho.

La información que aportare en dicho documento será confidencial y no será usada para ningún otro propósito de estudio.

Nombre del participante:

Firma del participante:

Fecha:

DD _____ MM _____ AA _____

Describir las vivencias del adulto mayor con diagnóstico de VIH.

Anexo B. Entrevista Semiestructurada

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA
FACULTAD DE ENFERMERIA
DEPARTAMENTO DE SALUD DE LOS COLECTIVOS
“VIVENCIAS DEL ADULTO MAYOR CON DIAGNOSTICO DE VIH”**

Entrevista: _____ Fecha: _____
Nombre: _____ Teléfono: _____
Edad: _____ Sexo: _____
Fecha de diagnóstico: _____
Escolaridad y/o nivel de educación: _____

ANTES DE TENER EL VIH

- ¿Cómo era su estado de ánimo antes de tener el VIH?
- ¿Tenía algún conocimiento del VIH?
- Antes de usted tener este diagnóstico, ¿tenía amigos?
- ¿Cómo era la relación con su familia y sus amigos antes del diagnóstico?
- ¿Cuál era su motivación de vida antes de tener este diagnóstico?
- ¿Alguna vez en su centro de atención le informaron sobre métodos de protección sexual?
- ¿La atención que le brindaban en el centro de salud donde usted asistía era buena?

DURANTE

- ¿Cuál fue su reacción al momento de enterarse que tenía VIH?
- ¿Ahora cuál es su estado de ánimo con VIH?
- ¿Qué piensa de esta enfermedad ahora?
- ¿Cómo es su comportamiento sexual, social y de protección ahora que tiene la enfermedad?
- ¿Sigue siendo sus amigos, los mismos que tenía antes del diagnóstico o tiene otros?
- Actualmente ¿Cómo es su relación con su familia y amigos?
- ¿Qué persona lo ha apoyado durante el transcurso de la enfermedad?
- ¿Cuál es ahora su motivación de vida?
- ¿Cómo es el cuidado que le brindan ahora en su centro de salud?