

**UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRES
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
CARRERA DE TRABAJO SOCIAL**



**TRABAJO DIRIGIDO
SISTEMATIZACIÓN**

**PROCESO DE REINSERCIÓN AL TRATAMIENTO
ANTIRRETROVIRAL DE PERSONAS
DIAGNOSTICADAS CON VIH/SIDA**

(EXPERIENCIA DESARROLLADA CON PACIENTES PVVS QUE ABANDONARON
SU TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN LA CIUDAD DE EL ALTO EN LA
GESTION 2018)

POSTULANTE: Roger Maldonado Villca

TUTORA: Lic. Daysi Marleny Soza Arenas

LA PAZ – BOLIVIA

2024



DEDICATORIA

A mi padre Adolfo Maldonado Limachi (Q.E.P.D), por guiarme durante todo este proceso, por sus enseñanzas y su ejemplo, aunque no esté físicamente conmigo.

A mi madre Prudencia Villca Vda. de Maldonado, pues sin ella no lo había podido lograr, pues a lo largo de mi vida me protege y me lleva por el camino del bien. Por eso dedico mi trabajo en ofrenda por tu paciencia, y apoyo en esta etapa de mi vida.

A mi hija Zoe y mi esposa Angela, por brindarme su apoyo incondicional e imprescindible, son el motor y el eje principal de mi vida.

A mis hermanos Betto, Lourdes y Ros Mery por sus consejos y apoyo.



AGRADECIMIENTO

Agradecer a Dios quien me ha guiado y me dado la fortaleza para seguir adelante en los momentos difíciles y también por los momentos felices.

A mi familia por brindarme todo el apoyo necesario y creer en mí para llegar a este punto de mi vida.

A la Lic. Daysi M. Soza Arenas, gracias por la paciencia, motivación y guía académica en todo momento.



RESUMEN

El presente documento de trabajo dirigido, es acerca de la sistematización sobre el “proceso de reinserción al tratamiento antirretroviral de personas diagnosticadas con VIH/sida, una experiencia desarrollada con pacientes PvvS que abandonaron su tratamiento antirretroviral en la ciudad de El Alto en la gestión 2018”, la cual se desarrolló en conjunto con el CRVIR Centro Regional de Vigilancia Información y Referencia de El Alto y las estudiantes de último año de la carrera de Trabajo Social.

Como bien se sabe la enfermedad del VIH/sida es un tema muy delicado, es por ello que el presente trabajo se basa en el proceso que los pacientes PvvS realizaron con las estudiantes de trabajo social a través de capacitaciones, orientación y charlas tanto teóricas y prácticas, las cuales permitieron que los mencionados pacientes retomaran su tratamiento antirretroviral para el bienestar de su salud.

La metodología empleada que permitió la reconstrucción de la experiencia, es el modelo de Celats, la cual trabaja con 8 momentos metodológicos, siendo así que el documento sigue la línea de investigación cualitativa y cuantitativa permitiéndonos rescatar información que sustenta a la sistematización.

Por ello se rescató los datos más relevantes sobre los factores que influyen en cuanto al abandono del tratamiento antirretroviral por parte de los pacientes PvvS y la intervención del Trabajo Social que es esencial en cuanto al apoyo, la capacitación y orientación sobre este tipo de temas y que no solo va direccionado al individuo sino que engloba a su entorno familiar.

Es por ello que el Trabajo Social otorga una dirección de trabajo sobre temas de orientación y capacitación misma que permite el respeto de los derechos humanos que deben ser aplicados en cada paciente PvvS, permitiéndonos revelar la importancia de la profesión en temas delicados de salud como el VIH/Sida y



permitiéndonos un trabajo relacionado desde la participación del paciente Pvs y su entorno familiar, siendo el apoyo y a orientación esencial para que los mismos puedan retomar o continuar con su tratamiento antirretroviral.



INDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN	1
CAPITULO I MARCO METODOLÓGICO DE LA SISTEMATIZACIÓN	2
1.1.Justificación	3
1.2.Objeto de la Sistematización.....	4
1.3.Eje de la Sistematización	5
1.4.Objetivos De La Sistematizacion	5
1.4.1.Objetivo General	5
1.5.Metodología de la Sistematización	5
1.5.2.Proceso Metodológico De La Sistematización	6
1.5.2.1.Descripción del desarrollo de la experiencia.....	7
1.5.2.2.Marco Teórico-Conceptual en que se inscribe la experiencia	8
1.5.2.3.Contexto en que se inscribe la experiencia y su relación con el ámbito del proyecto	9
1.5.2.4.Intencionalidad de la experiencia	10
1.5.2.5.Estrategia metodológica que se implemento	11
1.5.2.6.Análisis del desarrollo de la experiencia	12
1.5.2.7.Resultados de la experiencia	13
1.5.2.8.Conclusiones, hipótesis y perspectivas generales que abre el trabajo	14



CAPITULO II MARCO TEÓRICO	16
2.1. Salud.....	17
2.2. Medicina Social	18
2.3. Determinantes De Salud	19
2.4. La Salud Desde La Perspectiva Del VIH	20
2.5. Salud Sexual Y Reproductiva.....	20
2.5.1.Derechos sexuales y reproductivos	22
2.6.ITS (Infección de Transmisión Sexual).....	22
2.7.FACTORES DE RIESGO EN LA TRANSMISIÓN DEL VIH.....	23
2.8.VIH	27
2.8.1.COMO SE TRANSMITE EL VIH.....	28
2.8.2.SIDA.....	29
2.8.3.Diagnostico.....	29
2.8.4.Sintomas	29
2.8.5.Pasos Para El Diagnóstico Del Vih	30
2.8.6.Etapas De La Infección Por El VIH.....	31
2.9.Procesos que se generan a partir del diagnóstico de VIH/SIDA	32
2.9.1.Período de desorganización:	32
2.9.2.Punto de Recuperación	32
2.9.3.Reorganización:	33



2.10. TRATAMIENTO ANTIRETROVIRAL.....	33
2.10.1. Análogos de los nucleósidos/nucleótidos.....	34
2.10.2. Inhibidores no nucleósidos de la transcriptasa inversa.....	34
2.10.3. Inhibidores de la proteasa.....	35
2.10.4. Inhibidores de la penetración del VIH.....	35
2.10.5. Inhibidores de la integrasa del VIH.....	35
2.11. MEDICAMENTOS.....	35
2.12. Los tratamientos que actúan directamente contra el VIH.....	36
2.12.1. Característica del Tratamiento Antirretroviral.....	36
2.13. Función de los medicamentos contra el VIH.....	37
2.14. Quiénes Son Los Pacientes Pvs.....	37
2.15. Adherencia Al Tratamiento Antirretroviral.....	37
2.16. Importancia de la adherencia como factor de éxito terapéutico.....	38
2.17. Etapas de cambio del PVVS.....	39
2.17.1. Peligro cuando se abandona el TARV.....	40
2.18. Construcción De La Imagen Social Del Vih/Sida.....	41
2.19. El VIH/SIDA Como Un Estigma Social.....	41
2.20. Teoría De Necesidades Humanas.....	42
2.20.1. Familia.....	43
2.20.1.1. Clasificación de la familia.....	44



2.20.2. Tipos de respuesta de la familia ante situaciones de crisis.....	46
2.20.2.1. Importancia del trabajo social con familias desde un punto de vista sistémico.....	46
2.21. REDES SOCIO FAMILIARES.....	48
CAPITULO III CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLO LA SISTEMATIZACIÓN	51
3.1. Contexto Nacional.....	52
3.2. Contexto Local	54
3.3. Contexto institucional.....	56
3.4. Características de la institución	56
3.4.1. Tipo de institución.....	56
3.4.2. Misión	56
3.4.3. Visión.....	56
3.4.4. Objeto de la institución.....	57
3.4.5. Valores	57
3.4.6. Carácter de la institución.....	58
3.4.7. Programas y proyectos institucionales.....	59
3.4.8. Prevención y promoción.....	59
3.4.9. Atención y tratamiento.....	59
3.4.10. Fortalecimiento de la Gestión	60



3.4.12. Proceso de admisión de PVVS.....	60
3.4.12.1. Admisión del área de trabajo social	61
3.4.12.2. Atención a casos de agresión sexual.....	62
3.5. Nivel de Intervención	63
3.5.1. Intervención individual y familiar.....	63
3.5.2. Intervención grupal	64
3.5.3. Intervención en comunidad.....	64
3.5.4. Funciones de trabajo social dentro del CRVIR	64
3.5.4.1. Asistencia social	64
3.5.4.2. Gestión social	65
3.5.4.3. Educación social	65
3.5.4.4. Organización y promoción Comunitaria	65
3.5.4.5. Investigación social	66
3.6. Material de registro que utiliza.....	66
3.7. Marco Jurídico.....	67
CAPITULO IV RECONSTRUCCION DE LA EXPERIENCIA Y PRESENTACION DE RESULTADOS.....	69
4.1. UBICACIÓN DE LA EXPERIENCIA	70
4.1.1. Características Generales de las Zonas donde se desarrolló la experiencia.....	72



4.1.1.1. Zona Villa Bolívar	72
4.1.1.2. Zona Kenko.....	72
4.1.1.3. Zona San Luis.....	72
4.1.1.4. Zona Charapaqui II	72
4.1.1.5. Zona Kiswara	73
4.1.1.6. Zona San José de Yunguyo.....	73
4.1.1.7. Zona Ballivian	73
4.1.1.8. Zona Alto Munaypata	73
4.1.1.9. Zona Villa Mercedes G	73
4.2.Características De La Población Que Participó En el Estudio.....	74
4.2.1.Características Sociodemográficas.....	74
4.2.1.1.Edad de los y las PVVS que abandonaron el Tratamiento Antirretroviral	74
4.2.1.2.Sexo de los y las PVVS que abandonaron el TARV	75
4.2.1.3.Estado Civil de los y las PVVS que abandonaron el Tratamiento Antirretroviral	76
4.2.1.4.Grado De Instrucción de los PVVS que abandonaron el Tratamiento Antirretroviral	77
4.2.1.5.Procedencia De Los PVVS Que Abandonaron El Tratamiento Antirretroviral	79



4.2.1.6.Tipo De Población De Los Pvvv Que Abandonaron El Tratamiento Antirretroviral	80
4.2.2.Características Economicas.....	81
4.2.2.1.Ocupación de los PVVS que abandonaron el Tratamiento.....	81
4.2.2.2.Ingresos que Perciben los PVVS que abandonaron el Tratamiento Antirretroviral	83
4.2.3.Características Sociales	84
4.2.3.1.Tenencia de la Vivienda de los PVVS que abandonaron el Tratamiento Antirretroviral	84
4.2.3.2.Grupo Familiar de los PVVS que abandonaron el Tratamiento Antirretroviral	85
4.2.3.3.Características médicas de los pacientes PVVS que abandonaron el Tratamiento Antirretroviral.....	86
4.2.4.Factores Que Inciden En El Abandono Del Tratamiento Antirretroviral	87
4.2.4.1.Factores que coadyuvan abandono del tratamiento antirretroviral.....	87
4.2.4.2.Tiempo en el que se incorporaron los Pacientes PVVS a su Tratamiento Antirretroviral.....	89
4.2.4.3.Situación familiar con respecto al diagnóstico de los pacientes que abandonaron el Tratamiento Antirretroviral	90



4.2.4.4. Discriminación Hacia Los Pacientes PVVS Que Abandonaron El Tratamiento Antirretroviral.....	92
4.2.4.5. Actual Condición de los Salud De Los Pacientes Pvs Que Abandonaron El Tratamiento Antirretroviral	93
4.2.4.6. El Proyecto Socioeducativo Le Fue De Mucha Ayuda Para Retomar Su Tratamiento Antirretroviral.....	94
4.2.4.7. Usted Recomendaría A Pacientes Pvs Que Abandonaron Su Tarv Participar De Proyectos Socioeducativos De Trabajo Social Para Recibir Información Pertinentes Acerca Del VIH/SIDA.....	96
4.2.4.8. Sugerencias De Los Pacientes Pvs Que Retomaron Su Tratamiento Antirretroviral En El CRVIR De La Ciudad De El Alto.....	97
CAPITULO V INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS Y ANÁLISIS DEL PROBLEMA.....	99
5.1. Priorización De Problema	100
5.1.1. Matriz de priorización.....	100
5.1.2. EXPLICACIÓN DE PROBLEMA	101
5.1.2.1. Árbol de problemas.....	101
5.2.1.2. Explicación del problema	103
5.2.1.3. Prognosis del diagnóstico tematico	104
5.2.1.4. Líneas de Acción Estratégica desarrolladas en la experiencia.....	104
a) Educación social	105



b)	Promoción social	105
CAPITULO VI PROPUESTA DE INTERVENCION		106
1.	Titulo	107
2.	Objetivos	107
2.1.	Objetivo General.....	107
2.2.	Objetivo Específicos	107
3.	Participantes.....	107
3.1.	Participantes Directos.....	107
3.2.	Participantes Indirectos.....	108
4.	Enfoque de orientación del proyecto	108
5.	Fases que contemplo el proyecto.....	109
5.1.	Fase de Motivación	109
5.2.	Fase de planificación	110
5.3.	Fase de organización.....	113
5.4.	Fase de Ejecución	114
5.5.	Fase de Evaluación	114
6.	Método Desarrollado.....	115
6.1.	Fases metodológicas desarrolladas.....	115
CAPITULO VII CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES		118
Conclusiones.....		119



Recomendaciones.....	120
BIBLIOGRAFIA:	121
WEBGRAFIA:	124
ANEXOS.....	125

INDICE DE GRÁFICO

	Pág.
Gráfico N° 1 Edad de los y las PVVS que abandonaron el Tratamiento Antirretroviral.....	74
Gráfico N° 2 Sexo de los y las PVVS que abandonaron el TARV.....	75
Gráfico N° 3. Estado Civil de los y las PVVS que abandonaron el Tratamiento Antirretroviral	76
Gráfico N° 4. Grado De Instrucción de los PVVS que abandonaron el Tratamiento Antirretroviral	78
Gráfico N° 5. Procedencia De Los PVVS Que Abandonaron El Tratamiento AntirretroviraL.....	79
Gráfico N° 6. Tipo De Población De Los PvvS Que Abandonaron El Tratamiento Antirretroviral	80
Gráfico N° 7 Ocupación de los PVVS que abandonaron el Tratamiento.....	81



Gráfico N° 8. Ingresos que Perciben los PVVS que abandonaron el Tratamiento Antirretroviral	83
Gráfico N° 9. Tenencia de la Vivienda de los PVVS que abandonaron el Tratamiento Antirretroviral	84
Gráfico N° 10. Grupo Familiar de los PVVS que abandonaron el Tratamiento Antirretroviral	85
Gráfico N° 11. Características médicas de los pacientes PVVS que abandonaron el Tratamiento Antirretroviral.....	86
Grafico N12. Factores que coadyuvan abandono del tratamiento antirretroviral.....	88
Gráfico N° 13. Tiempo en el que se incorporaron los Pacientes PVVS a su Tratamiento Antirretroviral.....	89
Gráfico N° 14. Situación familiar con respecto al diagnóstico de los pacientes que abandonaron el Tratamiento Antirretroviral	91
Gráfico N° 15. Discriminación Hacia Los Pacientes PVVS Que Abandonaron El Tratamiento Antirretroviral.....	92
Gráfico N° 16. Actual Condición de los Salud De Los Pacientes Pvs Que Abandonaron El Tratamiento Antirretroviral.....	93
Gráfico N° 17. El Proyecto Socioeducativo Le Fue De Mucha Ayuda Para Retomar Su Tratamiento Antirretroviral.....	95
Gráfico N° 18. RECOMENDACION A PACIENTES PVV QUE ABANDONARON SU TARV.....	96



INTRODUCCIÓN

El presente documento surge a partir del requerimiento de la Modalidad de Trabajo Dirigido para lograr el grado de Licenciatura en Trabajo Social.

Debido a la actual pandemia del Covid-19, el proceso de sistematización se llevó a cabo mediante el análisis documental, la cual constituye en la recuperación de una experiencia de trabajo desarrollada a través de un convenio con el Centro Regional de Vigilancia Referencia de ITS/VIH/SIDA (CRVIR) de la ciudad de El Alto en la gestión del 2018, dicha sistematización se enmarca en recuperar la experiencia vivida llevada a cabo con los Pacientes PVVS, del proyecto “fortaleciendo los conocimientos de las personas que abandonaron su tratamiento antirretroviral en la gestión 2018, teniendo en cuenta que la Sistematización es un proceso metodológico que recupera hechos significativos de una experiencia vivida para rescatar los aportes metodológicos y técnicos, tanto de la profesional de Trabajo Social como de los sujetos participantes.

El objetivo principal de la presente sistematización, es analizar y recuperar el proceso de intervención de las estudiantes de Trabajo Social desarrollado durante la gestión 2018 con los Pacientes PVVS, con el propósito de recuperar el desarrollo de la experiencia que abordó el abandono del tratamiento antirretroviral de los pacientes PVVS, para fortalecer así y dando respuesta a la necesidad de reinsertar a los pacientes PVVS a su tratamiento antirretroviral.

Cabe resaltar que el VIH causa la destrucción de las células blancas y como consecuencia la deficiencia del sistema inmune dejando vulnerable al organismo de infecciones por agentes infecciosos oportunistas o crecimiento de células cancerígenas normalmente controladas por el sistema inmune.

Es entonces que en este marco de análisis fue construida la presente sistematización, cuyos objetivos, estrategias, proceso metodológico desarrollado, orientó el análisis y recuperación de la intervención que permitieron la reinsertión de los pacientes PVVS a su tratamiento antirretroviral.



CAPITULO I MARCO METODOLÓGICO DE LA SISTEMATIZACIÓN



1.1. Justificación

Como bien se entiende la sistematización es un proceso de análisis de una experiencia vivida con una finalidad determinada, por ello se justifica el recuperar los procesos desarrollados por las estudiantes de Trabajo Social en el proyecto “Fortaleciendo los conocimientos de las personas PVVS que abandonaron su tratamiento antirretroviral”, siendo así un premisa importante que fundamenta la sistematización, es la posibilidad de constituir un instrumento de reflexión del quehacer profesional, abstracción que puede conducir tanto al incremento del bagaje teórico, como el análisis de instancias metódicas, para enriquecer procedimientos técnicos del Trabajo Social, es un espacio significativo como es el Centro Regional de Vigilancia Referencia e información de ITS/VIH/SIDA (CRVIR).

El virus del VIH es un virus oportunista que se encarga de destruir las defensas del organismo, las lleva a su nivel más bajo y ocasiona una descompensación en el organismo, la cual se destruye y se muestra incapaz de combatir cualquier otra infección, causando así la muerte.

El sida es la enfermedad causada por el daño que produce el virus del VIH en el sistema inmunitario. Una persona tiene sida cuando contrae infecciones raras y peligrosas o tiene un número extremadamente bajo de células CD4 es la fase más grave de la infección por VIH que con el tiempo termina provocando la muerte. Una vez contraído el virus permanece en el cuerpo de por vida, no existe cura para el VIH.

En los documentos recabados y revisados se pudo constatar que el principal problema fue que los pacientes PVVS abandonaron su tratamiento antirretroviral, Viendo la información que contiene los documentos respecto al abandono del tratamiento antirretroviral, nos indica que en las gestiones del 2016 al 2017 se determinó que los abandonos registrados alcanzan a 412 casos, por lo cual es un tema bastante preocupante ya que las personas que son portadoras del virus son y están en riesgo.



Por lo que se planteó y llevo adelante el proyecto “Fortaleciendo los conocimientos de las personas que abandonaron su tratamiento antirretroviral”.

Dentro de la experiencia se pudo observar que muchas de las personas diagnosticadas no tenían conocimiento sobre el VIH/sida, o en otros casos escucharon sobre el tema, pero no tomaron atención, por lo que el proyecto pretendía captar a los pacientes que abandonaron su tratamiento, como también fue de beneficio para los pacientes que viven con el virus, donde se dio a conocer la importancia del tratamiento antirretroviral a los pacientes PVVS, mediante sesiones educativas, la cual busco también que los pacientes tomen conciencia y retomen su tratamiento.

La importancia de esta sistematización, es justamente dar a conocer la experiencia desarrollada por las estudiantes de trabajo social en el proyecto “fortaleciendo los conocimientos de las personas que abandonaron su tratamiento antirretroviral” y desde ese punto la posibilidad de plantear nuevas formas de intervención por parte del Trabajo Social, en cuanto al abordaje de los pacientes PVVS que abandonaron su tratamiento antirretroviral de VIH/sida.

De igual manera constatar un aporte para el Trabajo Social, la cual aportara en la medida en que brinde un conocimiento en el área de intervención pre profesional donde se desarrolla el nivel teórico, metodológico y técnico, analizando el desarrollar de las funciones de asistencia, investigación, educación y gestión social.

1.2. Objeto de la Sistematización

Recuperar los procesos desarrollados por las estudiantes de Trabajo Social en el proyecto “Fortaleciendo los conocimientos de las personas PVVS que abandonaron su tratamiento antirretroviral”, gestión 2018.



1.3. Eje de la Sistematización

La intervención de las estudiantes de trabajo social en el proyecto “fortaleciendo los conocimientos de las personas que abandonaron su tratamiento antirretroviral” en Ciudad de El Alto, gestión 2018.

1.4. Objetivos De La Sistematizacion

1.4.1. Objetivo General

Recuperar los procesos desarrollados por las estudiantes de Trabajo Social en el desarrollo del proyecto “Fortaleciendo los conocimientos de las personas que abandonaron su tratamiento antirretroviral”, para aportar en procesos de capacitación a los pacientes PVVS.

1.4.2. Objetivos Específicos

- Conocer los factores que influyeron para que los pacientes PVVS abandonaran el tratamiento antirretroviral.
- Identificar y reflexionar las tareas y funciones que desarrollaron las estudiantes de Trabajo Social en el proyecto “Fortaleciendo los conocimientos de las personas que abandonaron su tratamiento antirretroviral”.
- Rescatar las percepciones de los pacientes PVVS sobre el proyecto “Fortaleciendo los conocimientos de las personas que abandonaron su tratamiento antirretroviral”.

1.5. Metodología de la Sistematización

1.5.1. Modelo Metodológico

La presente sistematización de la experiencia ha sido conceptualizada desde diferentes visiones, al constituirse en un aprendizaje de una experiencia realizada por las universitarias del cuarto año de practica IV en la gestión del 2018, siendo así que se pueden construir nuevos conocimientos que permitan desarrollar capacidades de intervención. Por



ello es necesario enmarcar la sistematización dentro un contexto metodológico el cual permite integrar teoría y práctica, con el objetivo de producir nuevos conocimientos científicos a partir de la realidad.

Siendo así que la metodología que presenta el CELATS fue la más apropiada para llevar a cabo esta sistematización ya que manifiesta que:

Es un método que integra teoría y práctica para producir conocimiento a partir de la experiencia.

Es una forma de investigación cuyo objeto de conocimiento es una experiencia en la cual se ha participado. (CELATS. 1985).

Es así que la sistematización implica necesariamente la reconstrucción ordenada como la conceptualización cuya coherencia lógica es ya parte del proceso cognoscitivo de mayor profundidad.

Es por ello que se tomó en cuenta este modelo metodológico que permitió recuperar los procesos desarrollados por las estudiantes de Trabajo Social en el proyecto “Fortaleciendo los conocimientos de las personas que abandonaron su tratamiento antirretroviral”, rescatando la intervención implementada, que permitió a los pacientes PVVS retomar e adherirse al tratamiento antirretroviral de forma voluntaria.

1.5.2. Proceso Metodológico De La Sistematización

La metodología que sustenta la elaboración del plan de sistematización es la propuesta del CELATS la cual considera a la sistematización como un Método que integra teoría y práctica para producir conocimiento a partir de la experiencia, la cual debe incluir algunas preguntas esenciales que en una sistematización debe responder a:

- ¿Qué se hizo? ¿cómo? ¿Por qué?
- ¿Qué influencia tuvo el contexto político-económico-social en la práctica?
- ¿Cuál fue la relación de los profesionales con los sujetos populares?



- ¿Qué procesos fueron generados por la práctica?
- ¿Qué contradicciones influenciaron la práctica o fueron generados por esta y como se resolvieron?

Para poder abordar estos componentes el CELATS plantea ocho momentos metodológicos que son los siguientes:

1. Descripción del desarrollo de la experiencia.
2. Marco teórico-conceptual en que se inscribe la experiencia.
3. Contexto en que se inscribe la experiencia y su relación con el ámbito del proyecto.
4. Intencionalidad de la experiencia.
5. Estrategia metodología que se implementó.
6. Análisis del desarrollo de la experiencia.
7. Resultados de la experiencia.
8. Conclusiones, hipótesis y perspectivas generales que abre el trabajo.

1.5.2.1. Descripción del desarrollo de la experiencia

Según el CELATS hace referencia a este punto como una descripción, relato breve, pero completó, del tipo de trabajo que se realizó, es indispensable para la comprensión de la sistematización de la experiencia, donde se tratara de visualizar la experiencia vivida

Primer Momento: Descripción del desarrollo de la experiencia			
Objetivo: Recopilar la información documental y objetiva de la experiencia desarrollada que permita la recuperación de los hechos más significativos para su correspondiente análisis.			
Actividades	Técnicas	Resultados esperados	Tiempo
Identificación del periodo durante el cual tuvo lugar la experiencia	Análisis de contenido	Periodo identificado donde tuvo lugar la experiencia vivida	3 semanas
Identificación de las	Análisis de	Actores sociales	



personas que participaron en la experiencia	contenido	identificados	
Caracterización del lugar en el cual se desarrolló la experiencia	Análisis de contenido	Lugar identificado donde se llevó a cabo el desarrollo de la experiencia	
Detallar los objetivos del trabajo	Análisis de contenido	Objetivos analizados en relación al trabajo de la experiencia	
Determinar las actividades que se realizaron	Análisis de contenido	Actividades realizadas precisadas	
La evaluación general de la experiencia	Análisis de contenido	Evaluación la experiencia desarrollada	

1.5.2.2. Marco Teórico-Conceptual en que se inscribe la experiencia

Durante este momento según el CELATS toda experiencia de trabajo con sectores populares debe contar con un conjunto de conceptos o categorías fundamentadas teóricamente que hacen comprensibles y le dan un sentido a la meta y acciones del proyecto Así mismo el marco teórico permite contar con una orientación general para la reflexión y análisis de la experiencia desde una perspectiva más general.

Segundo Momento: Marco Teórico-Conceptual en que se inscribe la experiencia			
Objetivo: Determinar los conceptos y teorías que apoyan a la estructura de la experiencia			
Actividades	Técnicas	Resultados esperados	Tiempo
Establecer los	Análisis de	Establecimiento de los	2 Semanas



conceptos y teorías que apoyaron a la experiencia	contenido	conceptos y teorías que aporten a la sustentación del plan de sistematización	
---	-----------	---	--

1.5.2.3. Contexto en que se inscribe la experiencia y su relación con el ámbito del proyecto

Durante este momento se desarrolló dentro de un contexto particular que ejerce una influencia determinante tanto sobre su planteamiento como sobre su desarrollo y resultados. Este contexto y su relación con el proyecto deben ser asumidos y explicitados, para así ubicar la experiencia en sus determinaciones y rescatar sus posibilidades de comparación con otros proyectos.

Tercer Momento: Contexto en que se inscribe la experiencia y su relación con el ámbito del proyecto			
Objetivo: Identificar el contexto en cual se desarrolló la experiencia			
Actividades	Técnicas	Resultados esperados	Tiempo
Identificar el Contexto histórico-social-político en el que se desarrolló la experiencia	Análisis de contenido	El impacto que tuvo el contexto en el desarrollo de la experiencia	3 semanas
Analizar el contexto institucional	Análisis de contenido	La identificación de la institución en: <ul style="list-style-type: none"> • Tipo de institución • Sus objetivos • Campo de 	



		acción	
		<ul style="list-style-type: none"> • Limitaciones 	
Detallar el Contexto donde se llevó a cabo la experiencia	Análisis de contenido	Descripción de la relación institucional y los actores sociales	

1.5.2.4. Intencionalidad de la experiencia

La intencionalidad de un proyecto se puede definir como sus propósitos o finalidades y la perspectiva general que orienta sus acciones, es decir, la realidad nueva que se pretende alcanzar.

Cuarto Momento: Intencionalidad de la experiencia			
Objetivo: Analizar la intencionalidad de la experiencia vivida del proyecto “fortaleciendo los conocimientos en los pacientes que abandonaron su tratamiento antirretroviral” desarrollado en la ciudad de El Alto en la gestión 2018			
Actividades	Técnicas	Resultados esperados	Tiempo
Determinar la intencionalidad de la experiencia vivida	Análisis de contenido	Intencionalidades definidas de acuerdo al tiempo: <ul style="list-style-type: none"> • Corto plazo • Media plazo • Largo plazo 	3 semanas
		Factores externos y variados que permitieron el logro de la intencionalidad de la	



		experiencia	
--	--	-------------	--

1.5.2.5. Estrategia metodológica que se implemento

En este aspecto se refiere al cómo se ha actuado para enfrentar los problemas detectados y lograr el cumplimiento de los objetivos y la intencionalidad del proyecto.

Quinto Momento: Estrategia metodológica que se implemento			
Objetivo: Describir los momentos metodológicos que fueron desarrollados durante la experiencia			
Actividades	Técnicas	Resultados esperados	Tiempo
Definir conceptualmente la Metodología utilizada en la experiencia	Análisis de contenido	Intencionalidades definidas de acuerdo al tiempo: <ul style="list-style-type: none"> • Corto plazo • Media plazo • Largo plazo 	3 semanas
Establecer los pasos metodológicos que se realizaron en la experiencia	Análisis de contenido	Reconstrucción del proceso metodológico	
Explicar los métodos y técnicas utilizadas en la experiencia	Análisis de contenido	Reconstrucción de los métodos y técnicas utilizadas	



<p>Evaluar críticamente la adecuación de métodos y técnicas con relación a los objetivos que se adecuaron en la experiencia</p>	<p>Análisis de contenido</p>	<p>Evaluación de los métodos y técnicas empleadas</p>	
---	------------------------------	---	--

1.5.2.6. Análisis del desarrollo de la experiencia

En este aspecto interesa tener una visión general y dinámica del desarrollo del proyecto, particularizando los procesos que tienen lugar con su puesta en marcha y como ellos han modificado uno los planes originales de trabajo.

<p>Sexto Momento: Análisis del desarrollo de la experiencia</p>			
<p>Objetivo: Analizar la experiencia desarrollada durante la ejecución del proyecto</p>			
<p>Actividades</p>	<p>Técnicas</p>	<p>Resultados esperados</p>	<p>Tiempo</p>
<p>Identificar las contradicciones que se dieron durante la experiencia</p>	<p>Análisis de contenido</p>	<p>Intencionalidades definidas de acuerdo al tiempo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Corto plazo • Media plazo • Largo plazo 	<p>3 semanas</p>
<p>Identificar las dinámicas generadas en el desarrollo de la experiencia</p>	<p>Análisis de contenido</p>	<p>Dinámicas identificadas de la experiencia</p>	



Determinar los aspectos que facilitaron o dificultaron el desarrollo de la experiencia	Análisis de contenido	<ul style="list-style-type: none"> • Aspectos negativos identificados • Aspectos positivos identificados 	
Analizar los procesos desarrollados con los actores sociales en su medio social, la cual haya tenido una influencia en la ejecución del proyecto.	Análisis de contenido	Aspectos significativos identificados	

1.5.2.7. Resultados de la experiencia

Los resultados de la experiencia deben considerarse a dos niveles: en relación a la satisfacción de la necesidad a la que se pretende dar una respuesta, y en relación al proceso educativo que se ha generado a partir de la necesidad y su solución.

Asimismo, es importante dar a conocer el impacto que el proyecto ha tenido sobre el medio social en el que se inscribe y sobre los sujetos que participaron en el tanto los actores populares y sus organizaciones como Los profesionales y su institución.



Séptimo Momento: Resultados de la experiencia			
Objetivo: Analizar los resultados de la experiencia desarrollada en el proyecto			
Actividades	Técnicas	Resultados esperados	Tiempo
Determinar la necesidad a la que se pretende dar respuesta	Análisis de contenido	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Hechos significativos identificados a lo largo de la experiencia. ➤ Problema identificado de la intervención desarrollada. 	3 semanas
Determinar el proceso educativo que se ha generado a partir de la necesidad y su solución	Análisis de contenido	Metodológica desarrollada analizada a partir de la necesidad y solución.	

1.5.2.8. Conclusiones, hipótesis y perspectivas generales que abre el trabajo

Además de las conclusiones, hipótesis y perspectivas de trabajo que surgen del proyecto mismo, interesa fundamentalmente a lograr un nivel de generalización que trascienda al proyecto y su medio social particular. Ello permite que estas conclusiones, hipótesis y perspectivas sean de utilidad y permitan difundir y abrir un diálogo con otras experiencias similares que se han llevado a cabo en otras regiones o medios sociales.



Octavo Momento: Conclusiones, hipótesis y perspectivas generales que abre el trabajo

Objetivo: Sintetizar el proceso de reflexión desarrollado a lo largo de la sistematización para comunicar los aprendizajes obtenidos.

Actividades	Técnicas	Resultados esperados	Tiempo
Elaboración de conclusiones inherentes a los diferentes Componentes de la sistematización.	Análisis de contenido	<ul style="list-style-type: none">• Elaboración y presentación del documento de sistematización.• Bibliografía y anexos adjuntos.	3 semanas
Elaboración de documento final de la sistematización.			



CAPITULO II

MARCO TEÓRICO



En un esfuerzo de entender el abandono del tratamiento antirretroviral de pacientes PVVS en el (CRVIR) Centro de Referencia y Vigilancia, Información y Referencia de la ciudad de El Alto y su proceso de reinserción y adherencia al tratamiento, es necesario enmarcarlo en un contexto teórico que nos permita explicar la relación de la calidad de vida de los pacientes PVVS sobre la salud y enfermedad entorno al abandono de su tratamiento ARV que genera riesgo para ellos mismos.

A lo largo del tiempo han existido diversas maneras de explicar la salud y la enfermedad, pero durante la década de los años 70 en la emergente medicina social, la cual permite comprender como una expresión individual o particular del proceso general de la vida social que se va generando en la vida cotidiana.

2.1. Salud

La salud no se restringe a la ausencia de enfermedad en la persona, en 1954 la Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la salud como un estado de bienestar físico, psíquico y social dando a entender que la salud es un bien en sí misma, y sobre todo un recurso imprescindible personal y social (Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja, 1999). La salud pasa de lo meramente físico y biológico a una situación de bienestar más amplia como es el psicológico y social.

Según la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja, la salud varía de una cultura a otra, pues la idea de salud se relaciona de manera directa con el sistema de valores en el marco ideológico y político que cada sociedad tiene en un tiempo y espacio determinado, por tanto, el concepto de salud es variable en espacio y tiempo, desarrolló hasta hoy y seguirá desarrollando. La salud es una categoría vinculada a las condiciones socioeconómicas del individuo, pues a través de ésta podrá alcanzar niveles de bienestar, ya que la salud es una condición para poder alcanzar otros aspectos fundamentales para el ser humano como la paz, la educación, la justicia social (Federación internacional de Sociedades de la Cruz Roja, 1999). Este estado de bienestar físico, psíquico y social desde un enfoque de género asume dos procesos fundamentales que son



la socialización a través de la individualidad de las perspectivas sociales que se enmarcan en los modelos de masculinidad y feminidad.

2.2. Medicina Social

Según la Organización Panamericana de Salud (OPS, 1991), propone estrategias de cambio basadas en una perspectiva ampliada de la salud pública privilegiando el enfoque basado en la población y la inclusión definitiva de un amplio rango de determinantes de la salud, buscan en esencia reposicionar el enfoque epidemiológico del sistema de salud, introducir la perspectiva de la epidemiología sociocultural, repensar necesidades sociales de salud y sus determinantes como objeto de la salud pública y profundizar en el paradigma de la complejidad aplicado a la salud, entre otras. Las ideas y conceptos de este pensamiento se basan en:

- Vincular el proceso salud-enfermedad y los servicios de salud con los aspectos sociales, políticos y culturales.
- El papel activo del Estado en la solución de los problemas de salud.

La mirada alternativa contemporánea de la medicina social contrasta con la de la salud pública y la epidemiología convencional. Esta última asume: el presupuesto teórico de la enfermedad y la muerte para explicar la salud, el método positivista para explicar el riesgo, el enfoque estructural-funcionalista para comprender la realidad y el poder del estado para asegurar la prevención de la enfermedad. Todas ellas, con limitaciones para dar respuestas a problemas de salud propios de una realidad cambiante, compleja y en constante evolución. Desde el campo la medicina social varios autores han defendido la necesidad de nuevos paradigmas para abordar diferentes cuestiones de investigación, especialmente en las áreas de epidemiología, el análisis de políticas de salud y la práctica social a partir de modelos sistémicos dinámicos desde una perspectiva teórica de la complejidad, los niveles micro y macro y las transformaciones de los sistemas de salud. Hacerlo desde la perspectiva de la medicina social es reconocer la necesidad de una mejor comprensión de los determinantes del proceso salud-enfermedad-atención y su complejidad, pero también su pertinencia



en el contexto de los problemas médicos y de salud pública, y en especial su utilidad para el análisis de los problemas de salud y su relación con la producción económica, la determinación social y la práctica política en un contexto social e histórico determinado.

2.3. Determinantes De Salud

La Organización Mundial Salud (OMS, 2007), ayuda a los países y los asociados mundiales en pro de la salud a abordar los factores sociales que conducen a la mala salud y las inequidades reconociendo que la salud es una meta social y una responsabilidad que concierne a toda la sociedad y que cada vez es mayor la evidencia de que mejorar la coordinación y el liderazgo para hacer frente a las dimensiones sociales de la salud en todos los procesos de elaboración de políticas públicas es posible, y que ello redundará en una mejor salud y un mayor acceso a la atención sanitaria.

La comisión de los Determinantes de Salud plantea que los determinantes estructurales son aquéllos que generan la estratificación social. “Éstos incluyen los factores tradicionales de ingreso y educación. Hoy también es vital reconocer género, etnicidad y sexualidad como la estratificación social” (Reca y Garcia, 1989, p. 23).

Un punto central, en opinión de los autores de este artículo, es el aspecto de cohesión social relacionado con el apoyo social. Por otra parte, los determinantes intermedios fluyen de la configuración de estar abajo en la estratificación social y, a su vez, determinan las diferencias en la exposición y vulnerabilidad de la salud que compone las condiciones. Se incluye en la categoría de determinantes intermedio: las condiciones de vida, las condiciones de trabajo, la disponibilidad de alimentos, comportamiento de la población y barreras para adoptar estilos de vida saludables y los servicios de salud. Según la Organización Mundial de Salud los “Principales factores determinantes de la salud de la población y sus diferenciales: contexto político y de políticas, situación económica, redes de apoyo social, educación, empleo y condiciones de trabajo, entorno psicosocial y demográfico, entorno físico, estilos de vida (comportamiento),



desarrollo sano del niño, biología humana (genética y envejecimiento), sistema y servicios de salud, género, cultura, estrés, exclusión social, desempleo, adicción, alimento y agricultura, transportación, vivienda, residuales (despilfarro), energía, industria, urbanización, agua, radiación, nutrición y salud”

2.4. La Salud Desde La Perspectiva Del VIH

La Fundación Cuerpo de Cristo en su publicación Módulos de capacitación formación de facilitadores PVVS en salud integral del año 2006, expresa que “por las características de las personas que tienen la inmunodeficiencia, ellas deben recibir una atención integral multidisciplinaria, que no solo deben ser tratadas por médicos, también en coordinación de psicólogos, trabajadores sociales, educadores, sociólogo, antropólogos, nutricionistas, Estado, sociedad civil y ONGs que estén trabajando, en beneficio de una calidad de vida para los PVVS. Promueve el seguimiento y evaluación del PVVS, mejora la calidad de vida con el apoyo de una red de control y disminuye la posibilidad de controlar las enfermedades oportunistas.” Abarca la atención médica, nutricional, proporciona acompañamiento, brinda orientación o consejería permanente, para que el cliente trabaje sobre su autoestima y logre los cambios de actitudes, estimula y apoya a los grupos de ayuda mutua y familiar, abre espacios a las terapias ocupacionales y otras actividades complementarias que le permitan vivir con normalidad y calidad de vida.

2.5. Salud Sexual Y Reproductiva

La conceptualización de la Salud Sexual y Reproductiva (SSR) ha ido transitando por una serie de elementos, pasando desde una concepción netamente biológica de la planificación familiar hacia una esfera más amplia que incluye una serie de determinantes sociales, culturales y económicos que se manifiestan en la realización personal y la calidad de vida de las personas, mediante el ejercicio de derechos sexuales y reproductivos.

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 1998), la SSR se concibe en dos planos: personal y colectivo.



1. Personal

Es un continuo que empieza antes de la concepción, incluye la educación a temprana edad, abarca el desarrollo del adolescente y pasa por el período de la fecundidad y la reproducción, hasta que en la mujer desemboca en la menopausia y el climaterio, y en el hombre en la andropausia.

2. Colectivo

Es parte integrante del desarrollo sostenible de un país y se basa en los derechos y deberes humanos individuales y sociales.

Estos elementos determinaron que el diseño de los servicios de salud sexual y reproductiva se oriente a las personas, bajo un enfoque de derechos humanos y la libertad y las responsabilidades que conllevan el libre ejercicio de la sexualidad.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2004), la SSR es el “conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y el bienestar reproductivos al evitar y resolver los problemas relacionados con la salud reproductiva”. La SSR, bajo un enfoque de derechos, involucra las siguientes dimensiones:

- Salud y desarrollo
- Enfoque integral
- Enfoque de derechos
- Calidad
- Focalización: mujer y hombre desde el nacimiento hasta la vejez
- Selección libre e informada
- Enfoque participativo



2.5.1. Derechos sexuales y reproductivos

Constituye un conjunto de derechos de mujeres y hombres que se basa en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas y personas a decidir libre y responsablemente el número de hijos (OMS, 2003).

1. Derecho a la salud sexual y de la reproducción: como componente de la salud general, a lo largo de todo el ciclo vital de las personas.
2. Derecho a adoptar decisiones con respecto a la procreación: incluidos la elección voluntaria de la pareja, la formación de una familia y la determinación del número, el momento de nacer y el espaciamiento de los propios hijos; y el derecho de tener acceso a la información y los medios necesarios para ejercer una opción voluntaria
3. Derecho a condiciones de igualdad y equidad de mujeres y hombres: a fin de posibilitar que las personas efectúen opciones libres y con conocimiento de causa en todas las esferas de la vida, libres de discriminación por motivos de género.
4. Derecho a la seguridad sexual y de la reproducción: incluido el derecho a estar libres de violencia y coacción sexual y el derecho a la vida privada.

La salud sexual implica un sentido de control sobre el propio cuerpo, un reconocimiento de los derechos sexuales y está fuertemente influenciado por las características psicológicas de un individuo, como su autoestima y su bienestar emocional y mental, además de la cultura y el ambiente donde vive” (OPS, 2002).

2.6. ITS (Infección de Transmisión Sexual)

La salud sexual nos da a conocer que ITS son infecciones de transmisión sexual el cual es adquirido principalmente por medio de las relaciones sexuales, así mismo “las ITS a veces no presentan síntomas, por lo que es importante saber reconocerlas a tiempo. Son unos conjuntos de



enfermedades producidas principalmente por bacterias, virus y hongos, que tienen en común la transmisión por la vía sexual. Es decir, son transmitidas desde una persona a otra, durante las relaciones sexuales” (Redbol 2013).

Afectan tanto a hombres como a mujeres y pueden producir también problemas en los recién nacidos, por transmisión de madre a hijo. Si la persona no recibe tratamiento adecuado y oportuno, las ITS pueden producir complicaciones y secuelas graves, e incluso comprometer diversos sistemas del organismo.

La presencia de lesiones y secreciones en piel y mucosas, de algunas de estas enfermedades, aumentan en la persona la posibilidad de adquirir y transmitir el virus del SIDA por la vía sexual. Las ITS son la sífilis, gonorrea, uretritis, condiloma, herpes genital, tricomoniasis, verrugas, etc. estas mismas infecciones tiene tratamiento para su curación.

2.7. FACTORES DE RIESGO EN LA TRANSMISIÓN DEL VIH

Según varios estudios, existen características de diversa índole que influyen en la transmisión de este virus, entre ellos tenemos:

- **Factores políticos:** Dentro los factores políticos que pueden influir en la transmisión se pueden mencionar como los más importantes la falta de compromiso social y político en el área de prevención y atención de VIH e ITS. Generalmente en países o regiones subdesarrolladas tiene una epidemia incipiente, el VIH este tratado con poca prioridad en las políticas de salud esto significa que no se destinan los recursos adecuados.
- **Acceso a servicios de salud:** El acceso a servicios de salud depende de aspectos geográficos, culturales y económicos. Otros aspectos que influyen en la accesibilidad y efectividad de medicamentos, dificultades en el control de ITS, la relación del personal de salud y el usuario, la discontinuidad en la prestación de servicios de salud u otros. (Misión Alianza, 2015, p. 46)



- **Barreras que existen para el acceso a los servicios de salud:** Se distinguen tres barreras de acceso que se relacionan a través de “determinantes individuales, organizacionales y sociales:
- **Político:** acciones planeadas y dirigidas por el Estado para mejorar el acceso a los servicios de salud. Muchas de las barreras que se presentan están asociadas con deficiencias institucionales del sistema, originadas por la falta de recursos, la mala asignación de los mismos, o como consecuencia de la definición del plan de beneficios y los procedimientos establecidos para hacer parte de la lista de beneficiarios.
- **Acceso potencial:** interacción entre las características del sistema de salud y las del individuo, de la cual surgen barreras atribuidas a la oferta o sistema de prestación de servicios, que se presentan en la entrada, después del contacto inicial, y a la salida del sistema. Respecto a la demanda intervienen factores como predisposición, necesidad y habilidad de los agentes.
- **Acceso real:** relaciona determinantes objetivos, cómo el sistema de salud resuelve las necesidades de los usuarios, y subjetivos de la utilización de servicios, satisfacción.” (Mejía, Sánchez y Tamayo, 2007, p.26)
- **Características culturales:** “Algunas normas culturales influyen la transmisión de VIH e ITS. En las culturas latinas el machismo todavía juega un papel muy importante en las relaciones sexuales. El machismo se expresa por ejemplo en la estigmatización de la homosexualidad. Para subrayar la masculinidad es importante tener o haber tenido muchas relaciones sexuales. Otro factor que puede influir la transmisión de VIH e ITS es la barrera que existe frente al uso del condón, resultado de factores socio-culturales y religiosos. También el consumo de alcohol y drogas puede influir en más, en la transmisión de VIH e ITS, por que estimula tener relación sexual y



más peligrosa, relaciones sexuales sin protección de un condón.” (Aguilera, 2014, p.15).

- **Características biológicas:** Factores como el sexo y edad son ejemplos de características biológicas. Las mujeres son biológicamente más vulnerables de infectarse con VIH que los hombres.

Los genitales femeninos están más expuestos a influencias de afuera que los genitales de los varones, y por eso se hacen más susceptible para contraer el virus. Las jóvenes menores de 20 años y las mujeres que pasaron la menopausia son las vulnerables debido a la fragilidad y adelgazamiento de la mucosa vaginal. Otra característica biológica es la presencia de otras ITS que facilita la transmisión de VIH por supuesto los niveles de ITS y VIH en la población incrementan el riesgo de transmisión con VIH en relaciones sexuales sin protección.

La susceptibilidad antimicrobiana a medicamentos de ITS está vinculada con los niveles de ITS circulando en la población.

- **Características socio demográficas:** Como factores socio-demográficos más importantes puede mencionarse el estado civil, la migración, la educación, y el nivel socioeconómico. En general, los solteros tienen más relaciones sexuales que las personas casadas. En teoría el matrimonio puede servir como prevención porque en la cultura occidental la relación marital de las parejas es monógama o tiene menos parejas que las personas solteras, la relación entre la edad de la primera relación sexual y la edad de contraer matrimonio, puede dar información sobre el tiempo en que una persona estaba expuesta a un riesgo más alto. El acceso que una persona tiene hacia información y servicios de salud depende de la educación, el nivel socioeconómico y el área geográfica.



- Movimientos entre distintas áreas geográficas por motivos de trabajo, la pobreza condicionando el sexo comercial, la disponibilidad y el acceso a condones, la percepción de riesgo que tiene una población determinada, todos estos aspectos influyen en la transmisión del VIH e ITS en una población.” (Misión Alianza, 2015, p. 53).
- **Comportamiento sexual:** Es el indicador más importante en la transmisión de VIH e ITS, pero está vinculado fuertemente con las características biológicas, sociodemográficas y culturales. El asunto más importante en la transmisión de VIH y las ITS no es simplemente las relaciones sexuales, sino la protección con el uso del condón durante estas relaciones. Y el uso del condón depende de las características mencionadas arriba y de la aceptación y. otras prácticas sexuales que tiene un riesgo importante para esta transmisión son el sexo anal receptivo y las relaciones sexuales vaginales durante la menstruación. Por supuesto la intensidad de relaciones sexuales, el número de parejas y el nivel de comportamiento de riesgo contribuyen también en la posibilidad de transmitir el VIH y una ITS.
- **Los roles de género:** Bolivia es un país sexista. Lo que aún no se conoce muy bien es el impacto de este esquema ideológico en las personas y la vivencia de su sexualidad. A los hombres se les exige ser duros, proveedores, no demostrar debilidad ni sentimientos de fragilidad, no expresar sus emociones y ser capaces de todo. El tipo de exigencia resulta muy estresante para muchos varones que no saben cómo descargar esta presión. Las creencias populares de que el hombre debe tener muchas mujeres y es más “macho” y aquella que señala que en vez de tener una esposa o pareja se tiene una “mujer” enfatizan posesión sexual del hombre sobre la mujer.
- **Una cultura de discriminación:** La discriminación en Bolivia se hizo evidente aludiendo temas como el de raza, clase económica y social, identidad étnica, identidad de género, acceso a la educación y a un



idioma, creencias religiosas, etc. Al parecer hoy en día y mucho más con la presencia del SIDA, la discriminación se perfila en salud /enfermedad de donde se deriva sanos/enfermos. La salud hoy en día no es un derecho humano básico sino un objeto que se puede tener si se logra comprarlo. Entonces, estar enfermo implica ser pobre.

La falsa creencia de una sociedad justa, normal y moral ha generado todo tipo de discriminación en contra de las PVVS. Comenzando por el aislamiento, los insultos, los juicios de valor, la separación, el abandono, la negación de atención, la violación de la confidencialidad del diagnóstico, la publicación de nombres completos de PVVS en la prensa, hasta la negación del entierro de una persona que ha fallecido a causa de SIDA.

- **Información circundante y las percepciones acerca del VIH y el SIDA:** “Quizás uno de los mayores obstáculos para una verdadera prevención de SIDA es la información, muchas veces errónea, amarillista y falsa que actualmente circula en el medio. La falsa información de que una persona con VIH necesariamente tiene Sida y la imagen de un ser desvalido, sumamente delgado y lleno de sueros que algunos medios han presentado, no permite recordar que hay personas que tienen el VIH y que no se ven enfermas y que hay muchas otras que lo tiene y ni siquiera lo saben” (Misión Alianza, 2015, p. 32). La relación del SIDA con la muerte es algo que debe cuestionarse siempre y demostrar que hay 40 millones de personas que viven con VIH actualmente llevando vidas productivas.

2.8. VIH

VIH Es el Virus de Inmunodeficiencia Humana que se encuentra en cantidad suficiente para su transmisión en la sangre, semen, secreciones vaginales, líquido amniótico y la leche materna de una persona infectada por el virus.



Tiene como célula blanco de infección a todas aquellas que presenten receptores CD 4, entre ellos todos los linfocitos T del linaje CD 4, y algunos macrófagos. Causa la destrucción de su célula blanco y como consecuencia la deficiencia del sistema inmune dejando vulnerable al organismo de infecciones por agentes infecciosos oportunistas o crecimiento de células cancerígenas normalmente controladas por el sistema inmune. El VIH pertenece a la familia de los Retroviridae, estructuralmente virus con envoltura y de configuración eicosaédrica. Como unidad infecciosa cumple un ciclo vital al interior de su célula blanco, linfocitos T o células que presentan receptores CD 4 en su membrana celular.

2.8.1. COMO SE TRANSMITE EL VIH

El VIH se encuentra en la sangre, el líquido preseminal, el semen, los fluidos vaginales y la leche materna. El VIH se transmite a través del contacto de estos fluidos con las mucosas o el torrente sanguíneo de otra persona.

Las vías de transmisión comprobadas son pocas y bien definidas:

- **Vía sexual:** Por relaciones sexuales vaginales, anales u orales, entre personas del mismo o diferente sexo sin protección. El paso del virus en las relaciones sexuales se realiza a través de las lesiones o heridas microscópicas que se producen durante la penetración y otras prácticas sexuales, por donde los fluidos de quien tiene el virus ingresan al cuerpo de la pareja. El 90% de las transmisiones de VIH se producen por vía sexual.
- **Vía sanguínea:** Por contacto con sangre al compartir jeringas o canutos para el uso de drogas o cualquier otro elemento cortante o punzante. Aunque en Argentina ya no se conocen casos, puede transmitirse a través de la transfusión de sangre no controlada.
- **Vía perinatal o vertical:** De la persona gestante al hijo durante el embarazo, el parto y la lactancia. Es la principal vía de transmisión del



VIH en niños. De no recibir el tratamiento y atención médica adecuada, una persona con VIH tiene un 30% de posibilidades de dar a luz a un bebé con VIH. Con tratamiento y atención médica, el riesgo de transmisión del virus al bebé es casi nulo.

2.8.2. SIDA

Corresponde a la última etapa de la infección por VIH, es el Síndrome de Inmune Deficiencia Adquirida, se caracteriza por la presencia de infecciones oportunistas, cuenta de linfocitos CD 4 disminuidos considerablemente.

Originalmente los Centers for Disease Control and Prevention (CDC) definieron al sida como la “presencia de una enfermedad diagnosticada de manera confiable que indica cuando menos moderadamente un defecto de fondo en la inmunidad celular en ausencia de cualquier causa conocida para tal efecto”. Una vez que se identificó al virus causal, el VIH, y se crearon análisis sensibles y específicos para esta infección, la definición del sida ha cambiado. Según la definición actual, las personas infectadas por el VIH se clasifican con base en las condiciones clínicas relacionadas con la infección por el virus y con el recuento de linfocitos T CD4+.

Desde el punto de vista práctico, el médico debe considerar la infección por VIH como un espectro de trastornos que varían desde la infección primaria, con o sin el síndrome agudo por VIH, hasta la infección asintomática y la enfermedad avanzada que se caracteriza por infecciones oportunistas y neoplasias.

2.8.3. Diagnostico

La única forma de saber con toda certeza si tiene el VIH es haciéndose la prueba. Saber si lo tiene o no lo ayuda a tomar decisiones saludables para que prevenga contraer o transmitir el VIH.

2.8.4. Sintomas

En algunas personas produce síntomas similares a los de la influenza dentro de 2 a 4 semanas después de la infección (lo cual se llama infección



aguda por el VIH). Estos síntomas pueden durar algunos días o varias semanas. Los síntomas posibles incluyen:

- Fiebre
- Escalofríos
- Sarpullido
- Sudores Nocturnos
- Dolores Musculares
- Dolor De Garganta
- Fatiga
- Inflamación de los ganglios linfáticos, y úlceras en la boca.

Sin embargo, puede que durante la infección aguda por el VIH algunas personas no se sientan enfermas. Si tiene estos síntomas, no significa que tenga la infección por el VIH. Otras enfermedades pueden causar los mismos síntomas.

2.8.5. Pasos Para El Diagnóstico Del Vih

El VIH se diagnostica utilizando una de las tres diferentes pruebas.

- ❖ **Prueba Rápida:** Es un pinchazo en el dedo; se obtiene una pequeña muestra de sangre de la punta del dedo y se mezcla en una solución. Este se repite dos veces.
- ❖ **Prueba de sangre estándar o pruebas ELISA:** esta prueba de sangre es de 2 semanas para recibir los resultados. Se obtiene sangre del brazo una vez y se analiza en el laboratorio.
- ❖ **Prueba del Western blot:** “La técnica utiliza tres etapas para lograr esto: separación por tamaño, transferencia a un soporte sólido y, finalmente, visualización mediante la marcación de proteínas con el uso de anticuerpos primarios o secundarios apropiados.



2.8.6. Etapas De La Infección Por El VIH

La enfermedad de VIH/SIDA consta de etapas desde la transmisión del virus, basándonos en el autor Andrade, (2005, p.23-26). Las etapas de infección por el VIH son las siguientes:

- **Infección primaria:** Una vez que ingresa el virus en el cuerpo humano unas células muy específicas, llamadas CD4 y linfocitos tienen la misión de detener los organismos de cualquier ataque bacteriano. Es una parte muy importante de sistema inmunitario. El virus se pega a las células CD4 y los utiliza para reproducirse. En pocas semanas se producen miles de millones de nuevos virus de VIH mientras que las células CD4 se destruyen. La mitad de personas presentan síntomas de gripe dos o tres semanas después de la contaminación, síntomas que luego desaparecen. La concentración del VIH en la sangre en esta etapa es muy elevada, por eso existe un riesgo elevado de transmitirlo a otra persona.
- **Etapa asintomática:** El cuerpo reacciona, produciendo nuevas células CD4 para luchar contra el virus, a través de anticuerpos específicos contra el VIH. Desde este momento se produce una intensiva lucha entre los virus y los CD4. Se estima que cada día se producen 100 mil millones de virus. Este combate puede durar años, si existe un equilibrio entre los linfocitos CD4 y el número de virus. En la persona infectada no se observan signos ni síntomas de enfermedad y en general ella se siente bien. Existen personas que viven con el VIH desde hace más de 15 años, sin haber desarrollado la enfermedad de SIDA.
- **Etapa sintomática:** Es cuando empiezan los problemas de salud de manera insidiosa (poco a poco), muchas veces con pérdida de peso, fiebre, diarreas frecuentes, infecciones de la boca (candidiasis, herpes) y cansancio.
- **El SIDA:** Se considera que una persona tiene SIDA cuando el número de linfocitos CD4 es menor a 200 células siendo el valor normal de 800



a 1200. Esta disminución de la defensa del organismo determina que la persona enferma de pulmonías, diarreas, tuberculosis, toxoplasmosis, etc. El estado general de la persona va deteriorándose rápidamente.

2.9. Procesos que se generan a partir del diagnóstico de VIH/SIDA

Las crisis que surgen a raíz de una enfermedad terminal en la familia obliga hacen que modifiquen y adapten a sus miembros a una nueva situación. Dicho proceso puede clasificarse en tres etapas que son: (Kornblit, 1984, p.33)

2.9.1. Período de desorganización:

El impacto que genera una enfermedad terminal en la familia, es el rompimiento del funcionamiento y de la estructura, la cual afectará a todas las personas que forman parte de ella, acentuando en muchos casos los problemas pre-existentes en las líneas del sistema. A raíz de ésta situación pueden generarse distintos comportamientos. Uno de ellos es el de mostrar una reorganización precoz, truncando así las manifestaciones propias de la crisis, por lo que no se logra canalizar la tensión, ni se exteriorizan los sentimientos de dolor y angustia, llevando a la familia a negar el diagnóstico de la enfermedad. Esta condición se presenta en algunas familias de los pacientes con VIH/SIDA, debido al estigma social, emocional y psico - afectivo que se maneja alrededor de la enfermedad.

2.9.2. Punto de Recuperación:

Para reconocer este punto es importante que él o la profesional estén atentos a las distintas señales que son manifestadas por la familia y la persona enferma. Estas señales pueden ser diversas y se visualizarán según las características de cada familia. Por ejemplo, puede ocurrir que un miembro se incorpore activamente al proceso que vive, puede que otro investigue sobre la enfermedad hasta convertirse en experto (Kornblit, 1984, p. 37)

En este momento es donde la familia se encuentra en una mejor condición o estado para asimilar la información relevante sobre la enfermedad.



Además, será más factible la continuación del tratamiento y posibilitará analizar las consecuencias que de dicho proceso pueden derivar.

2.9.3. Reorganización:

Esta nueva fase de organización dependerá de la labor que él o la terapeuta haya realizado en las fases anteriores, de los lazos sentimentales existentes en la familia y de la asimilación misma de la enfermedad y de sus consecuencias. A raíz de ello, la familia se organizará para disfrutar cada día de una manera optimista y en donde logre visualizar una nueva forma de calidad de vida.

Las intervenciones en esta fase deben estar dirigidas a: (Kornblit, 1984, p.45). Lograr que, en la reorganización, la familia pueda conservar el equilibrio entre la cohesión, promoción de la independencia y autoafirmación de sus miembros, incluyendo a la persona enferma. Mantener la consistencia de los límites entre los subsistemas familiares.

Desarrollar y mantener relaciones abiertas con su familia y amigos. Este proceso no es estático, por el contrario, es un ciclo en el cual iniciará cuantas veces sea necesario en la familia y las personas con VIH/SIDA, según las crisis emocionales, sociales y físicas que se desarrollaran a lo largo de la enfermedad.

2.10. TRATAMIENTO ANTIRETROVIRAL

El TARV consiste en el “uso de medicamentos antirretrovirales contra el VIH para tratar la infección. Dicho tratamiento no cura el VIH, pero los medicamentos contra el VIH pueden ayudar a las personas que lo tienen a vivir una vida más larga y sana. El TARV también reduce el riesgo de la transmisión del VIH. Los posibles riesgos de las interacciones medicamentosas de este tipo de productos o con otros que la persona tome. El incumplimiento puede causar resistencia al medicamento y el fracaso del tratamiento.” (Andrade, 2005, p 30)

El inicio del tratamiento antirretroviral debe considerar dos aspectos grandes, a mencionar:



- El aspecto biológico que involucra el criterio clínico, inmunológico y virológico detallado más adelante en este título.
- El aspecto relacionado a la persona, que involucra la voluntad, comprensión y decisión de iniciar la terapia antirretroviral y sus implicancias.

Este aspecto debe ser bien reforzado con la adherencia terapéutica. En el aspecto biológico, el inicio del tratamiento antirretroviral no debe considerarse una emergencia (salvo ante riesgo de transmisión vertical, como profilaxis, en una paciente que se presente en trabajo de parto). Ante la presencia de infecciones oportunistas es recomendable iniciar tratamiento antirretroviral al mismo tiempo que se trata la enfermedad oportunista.

La base del tratamiento médico de la infección por VIH es una combinación de antirretrovirales o cART. Un componente importante para prolongar la vida y mejorar su calidad en los pacientes con infección por VIH es suprimir la multiplicación viral. Información proveniente de estudios observacionales y ensayos clínicos controlados al azar ha demostrado que el cART resulta beneficioso para los pacientes en cualquier etapa de la infección por VIH lo que se traduce en una disminución en el riesgo de transmitir la infección a una pareja no infectada.

2.10.1. Análogos de los nucleósidos/nucleótidos

Actúan produciendo una terminación prematura de la cadena del DNA durante la retrotranscripción del RNA viral a RNA proviral y se deben combinar con otros antirretrovirales.

2.10.2. Inhibidores no nucleósidos de la transcriptasa inversa

Tales fármacos interfieren con la función de la transcriptasa inversa del VIH-1 al fijarse a ciertas regiones fuera del sitio activo provocando cambios en la conformación de la enzima que la inactivan. Estos medicamentos son potentes, pero, cuando se utilizan como monoterapia, causan surgimiento inmediato de mutantes fármacos resistentes.



2.10.3. Inhibidores de la proteasa

Son inhibidores potentes y selectivos de la proteasa del VIH-1 y son activos a nivel nano molar. Por desgracia, como sucede en el caso de los inhibidores no nucleosídico de la transcriptasa inversa, su potencia se acompaña del surgimiento rápido de cepas resistentes cuando se utilizan en forma de monoterapia. Por tanto, se deben combinar con otros antirretrovirales.

2.10.4. Inhibidores de la penetración del VIH

Actúan interfiriendo con la fijación del VIH con su receptor o correceptor o interfiriendo con el proceso de fusión.

2.10.5. Inhibidores de la integrasa del VIH

Interfieren con la integración del DNA proviral en el genoma de la célula del hospedador.

2.11. MEDICAMENTOS

El Tratamiento Antirretroviral (TARV) con las nuevas terapias ha conseguido una importante disminución de la mortalidad y la morbilidad en los pacientes infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana.

FAMILIA DE ANTIRRETROVIRALES	NOMBRE	ABREVIATURA
Inhibidores de Transcriptasa Reversa Análogos de Nucleósidos (ITRN)	Abacavir	ABC
	Estavudina	d4T
	Lamivudina	3TC
	Didanosina	ddl
	Zidovudina	AZT
	Tenofovir*	TDF
Inhibidores de Transcriptasa Reversa No Análogos de Nucleósidos (ITRNN)	Efavirenz	EFV
	Nevirapina	NVP
Inhibidores de Proteasa (IP)	Indinavir	IDV
	Lopinavir	LPV
	Nelfinavir	NFV
	Ritonavir	RTV



Fuente: Harrison: Principios de Medicina Interna (Vol 1 y 2) – Longo, Fauci, Kasper, Hauser, Jameson & Loscalzo – 18va Edición.

2.12. Los tratamientos que actúan directamente contra el VIH

Son los antirretrovirales (ARV). Existen varias clases y se administran en combinaciones llamadas Triterapia o Cuadriterapia. Son muy eficaces y están cambiando la vida de muchas personas con VIH.

Antirretroviral (ARV): La terapia antirretroviral se inicia cuando el paciente tiene un conteo de CD4 menor o igual a 350 o bien presenta alguna enfermedad asociada al complejo relacionado con SIDA. Sus principales objetivos se resumen en:

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

2.12.1. Característica del Tratamiento Antirretroviral

- ✓ **Accesibilidad al tratamiento:** En el país de Bolivia, no tiene costo económico respaldado con la ley 3729, de esta forma deben dar cumplimiento, disciplina y adherencia para evitar los casos de fracasos del TARV.
- ✓ **Tienen efectos secundarios:** A veces es difícil tolerar ya que producen efectos adversos en el organismo, lo que determina tomar otros medicamentos para contrarrestar estos efectos.

Como el VIH está cambiando (mutación), es muy difícil combatirlo con un solo tipo de medicamento. Se hace resistente en poco tiempo

- ✓ **El tratamiento exige mucha disciplina:** Se deben tomar a la hora exacta y según un esquema y dosis precisa. Además, se exige un



cumplimiento estricto para evitar problemas de resistencia del virus a los medicamentos “(Andrade, 2005, p.42)

2.13. Función de los medicamentos contra el VIH

El VIH ataca y destruye una clase de glóbulos blancos (linfocitos o células CD4) que combate la infección del sistema inmunitario. La pérdida de células CD4 le dificulta al cuerpo combatir las infecciones y ciertos tipos de cáncer relacionados con el VIH.

Los medicamentos contra el VIH impiden que el virus se reproduzca, lo que reduce la concentración del VIH en el cuerpo. Al tener menos concentración del VIH en el cuerpo el sistema inmunitario tiene más posibilidad de recuperarse. Aun cuando quede todavía quede algo del virus del VIH en el cuerpo, el sistema inmunitario está lo suficientemente fuerte como para combatir las infecciones y ciertos tipos de cáncer relacionados con el VIH.

Los medicamentos contra el VIH reducen también el riesgo de transmisión del VIH al disminuir la concentración del VIH en el cuerpo.

2.14. Quienes Son Los Pacientes Pvs

Actualmente, se usan estas siglas para identificar a las personas que viven con el VIH o con SIDA. No tenemos que permitirnos ni permitir que otras personas usen términos inapropiados como sidóticos o sidóticas, portadores o portadoras, infectados o infectadas, sidosos o sidosas, que son denominaciones que se utilizaron al inicio de la epidemia del SIDA, hace más de 20 años, de manera discriminatoria y con prejuicios. Hablar de personas que viven con VIH y SIDA implica poner en primer lugar el ser persona y no la enfermedad.

2.15. Adherencia Al Tratamiento Antirretroviral

“Es acto, acción o cualidad de ser consistente con la administración de los medicamentos prescritos. Implica una participación activa de la persona en escoger y mantener el régimen prescrito. Añade que la



adherencia ocurre dentro de una alianza terapéutica en la que se involucra el paciente, proveedores de salud y redes de apoyo, quienes en su conjunto contribuyen a alcanzar y mantener resultados exitosos” (Live, 2013, p.22).

Los conceptos señalados por los autores en su mayoría evidencian el predominio de una visión biológica y parcializada de la realidad de la persona que toma terapia ARV. No obstante, algunos son claros en indicar la importancia y el protagonismo de quien está en tratamiento. Además, plantean que la adherencia debe ser entendida dentro de una alianza que aglutine diversos elementos que forman parte del contexto de referencia del paciente.

La adherencia es un proceso dinámico, influido por múltiples variables de tipo social, cultural, cognitivo, económico y de salud, las cuales deben ser tomadas en consideración como elementos predictores de adherencia. Los resultados obtenidos en cuanto a la medición de este fenómeno permiten conocer la posibilidad de identificación y cumplimiento de tratamiento, así como posible éxito terapéutico del paciente.

2.16. Importancia de la adherencia como factor de éxito terapéutico

El tratamiento antirretroviral paulatinamente se convierte en el epicentro de la vida del paciente con SIDA, en tanto las posibilidades de continuar viviendo están directamente relacionadas con la forma de asumir la terapia. “Cada vez que el paciente pierde o retrasa una dosis, el virus tiene la oportunidad de reproducirse más rápidamente, incrementando las posibilidades de mutación y de resistencia al tratamiento. Esta relación entre el seguimiento estricto al medicamento prescrito y el desarrollo de virus resistentes ha hecho que la adherencia se convierta en un asunto de significativa importancia dentro del manejo de pacientes VIH/SIDA.” (Friedlander, 1998, p33).

Los antirretrovirales constituyen un régimen de tratamiento complejo debido a varios factores:

- ✓ La duración del tratamiento (permanente)



- ✓ Rigurosidad del régimen
- ✓ Presencia de efectos secundarios
- ✓ Necesidad de un compromiso personal por parte del paciente además del tratamiento profiláctico en caso necesario.

El tratamiento prescrito debe ser tomado de tal forma que asegure y mantenga altas concentraciones de medicamento en las células infectadas, para así inhibir la replicación viral. Una disminución de éste hasta llegar por debajo del nivel crítico, le permite al virus continuar reproduciéndose al mismo tiempo que provee condiciones idóneas para provocar el problema de resistencia. Es por ello que la adherencia al tratamiento se convierte en el factor determinante para alcanzar la efectividad terapéutica.

La adherencia al tratamiento significa que el paciente está siguiendo el curso recomendado de tratamiento, tomando todos los medicamentos prescritos durante todo el tiempo.

2.17. Etapas de cambio del PVVS.

Según Andrade (2005, p.48), establece que las personas infectadas con VIH/SIDA pasan por diferentes etapas para lograr la adherencia, siendo los siguientes:

- **Pre contemplación:** No tiene ninguna intención de cambiar o piensa que no hay razón para cambiar, no toma conciencia de la situación hay una negación del problema. Otras personas pueden ver cierta conducta como problemática, y pueden tratar de comunicársela, pero el “cambiante” percibirá la información de poca ayuda, de modo que se sienten desilusionados por su incapacidad para cambiar cualquier conducta, y creen no poder cambiar nada en el futuro.
- **Contemplación:** En el proceso de la orientación secundaria, reconocen que existe un problema, pero no están listos para hacer nada al respecto,



en esta etapa puede expresar mucha ambivalencia; ya que aquí es donde sopesa los contras de cambiar su conducta.

- **Acción:** Modificando una conducta problemática; haciendo que los cambios sean correspondientes “todo el tiempo”; es la etapa en la cual el cambio de conducta es evidente, porque las personas están realmente haciendo algo diferente. Acepta vivir con el virus. Esta etapa requiere compromiso y energía para mantener el cambio a través del tiempo. Empieza a mejorar su autoestima, tomando decisiones para mejorar su vida como PVVS.
- **Mantenimiento:** Una persona en mantenimiento está incorporando activamente la nueva conducta en su vida, está tomando las medidas para prevenir una recaída. Como la conducta ahora ya es más habitual y se ha integrado en la imagen de la persona, gasta menos energía que antes para mantener esta conducta. Tratan de ser conscientes consigo mismos. Cada quien sabe lo que debe y no debe hacer.

2.17.1. Peligro cuando se abandona el TARV

Significa que, si la persona no logra tomar su tratamiento de manera exacta, esta situación determinara que:

- Su estado clínico avanzara hacia la etapa SIDA a pesar de su tratamiento.
- Creará cepas (tipos de virus) resistentes a las moléculas de ARV, lo que implica que los efectos de los medicamentos disminuyen hasta ser ineficaces.
- Disminuirán las posibilidades futuras de otros medicamentos para obtener una carga viral a nivel indetectable, debido a las resistencias cruzadas.
- Será imposible acceder a medicamentos más avanzados porque son más caros y es difícil conseguirlos.



2.18. Construcción De La Imagen Social Del Vih/Sida

El SIDA es una enfermedad que no es curable. Genera la idea de que todo está perdido y no tiene sentido el apoyo a las personas que viven con el SIDA. “El VIH/SIDA es una enfermedad mortal. En nuestra cultura suele manejarse la Suerte como un castigo, en las producciones literarias y de los medios de comunicación se maneja solo la muerte para los villanos. Además, predomina el silencio en relación con la muerte. Las campañas informativas que manejan el mensaje de muerte generan evasión y fallan en el objetivo de prevenir. Esta enfermedad genera miedo porque a ella se asocian otras enfermedades, a las cuales se les da la categoría de oportunistas, término que refiere una connotación que espera la oportunidad de atacar.” (Redbol, 2015, p. 29).

Una enfermedad cuya evolución se explica a través de etapas que algunas son visibles y afectan la imagen en el plano estético es decir deterioro de la imagen física generando objeto de rechazo y se fomenta aún más la idea de la enfermedad como castigo. Las colectivas diferencias entre vivir con VIH/SIDA a las personas asintomáticas se consideran enfermos y después de cada etapa se les percibe como sentenciados a muerte. Esta metáfora llega a provocar rechazo hacia quienes viven con el virus en su cuerpo.” Redbol, 2015, p. 37).

2.19. El VIH/SIDA Como Un Estigma Social

Según Goffman (1963:11), quien plantea que la palabra “estigma” en sus orígenes, representaba una marca física de “un atributo de la gracia divina”; pero que, en la actualidad, designa: “...preferentemente al mal en sí mismo y no a las manifestaciones corporales”.

Los conceptos relacionados con el estigma que pesa sobre las personas que viven con VIH/SIDA permiten explicar los mecanismos utilizados para justificar las violaciones de derechos humanos por parte de los afectados y viceversa, y esclarecer su temor a permanecer en silencio y no denunciar dichas violaciones. Por ello, el estigma y los DDHH. Están



estrechamente interconectados y no pueden afirmar que respetan los derechos sin una focalización exitosa en la población. La incertidumbre de la persona con esta enfermedad surge ante la interacción social porque no sabe la categoría en la que se le colocará, pero también porque si la situación le conviene, sabe profundamente que puede determinarla sobre la base del estigma. Por otro lado, las personas contagiadas con este virus sienten que su privacidad queda expuesta y vulnerada.

Ante esta situación, puede reaccionar de diferentes formas y de manera defensiva, esta respuesta se encuentra con su contraparte en los factores que interactúan, lo que permite comprender la complejidad de las respuestas sociales mixtas entre la sociedad y los pacientes con SIDA.

2.20. Teoría De Necesidades Humanas

Las necesidades son un estado de carencia de algo que se considera fundamental para nuestro desarrollo como persona y por el cual moviliza una acción para satisfacerla. Esta necesidad suele ser concreta (alimento, vivienda, ocupación laboral) o abstracta (salud, afecto, educación). Esta se expresa a través del deseo o la afirmación de carencia como consecuencia de la no satisfacción de la misma. La necesidad puede ser individual o colectiva; en este último caso se habla de necesidad social. Actualmente se distingue también las necesidades básicas o inmediatas, según las categorías de Maslow y las necesidades humanas que son más complejas y más referentes al cuadro de necesidad/satisfactor de Max Neef (1986, p.34-37).

El concepto de Desarrollo se basa en tres pilares:

- Satisfacción de necesidades humanas fundamentales.
- Mejora en los niveles de auto-confianza.
- Articulación orgánica entre: personas, ambiente, tecnología; procesos globales y locales; sociedad civil y Estado.



Si bien los autores hablan de satisfacción de necesidades humanas fundamentales, definen a las necesidades como un sistema interrelacionado e interactivo, por lo tanto, no hay jerarquías o prioridades entre ellas. Sin embargo, reconocen la presencia de un umbral debajo del cual se registra la sensación de privación muy severa. Las necesidades se clasifican en dos grupos:

- **Existenciales:** Implican el ser, el tener, el hacer, el interactuar.
- **Axiológicas:** Implican subsistencia, protección, afecto, comprensión, participación, creación, ocio, identidad y libertad.

Las necesidades son finitas, universales, a-históricas mientras que los satisfactores son históricos y culturales. Son satisfactores los bienes económicos, las formas de organización, las estructuras políticas, los valores, etc. Las necesidades comprometen, motivan, movilizan a las personas llegando a convertirse en recurso. La necesidad comprende un potencial.

2.20.1. Familia

La familia desempeña un papel importante y fundamental en los tratamientos que se brindan a pacientes con VIH/SIDA y las características propias de la dinámica particular de cada núcleo pueden facilitar u obstaculizar el tratamiento que éstas personas reciben. “La familia es la matriz y un desarrollo psicosocial de sus miembros donde existe un apoyo mutuo entre los miembros del mismo, el cual es muy importante para la situación actual que atraviesa el paciente” (Quinteros, 1997, p. 43).

Según Minuchin, la familia es una “organización social natural que determina las respuestas de sus miembros a través de estímulos desde el interior y desde el exterior. Su organización y estructura tamizan y califican la experiencia de los miembros de la familia”(Quinteros, 1997, p. 58).

La familia además cumple una función interna que es la protección psico-social de sus miembros, y una función externa de transmisión de la



cultura, considerando necesario una adaptación paulatina de los constantes cambios que sufren las sociedades modernas.

2.20.1.1. Clasificación de la familia

1) Según estructura.

- **Familia Nuclear:** Conformada por dos generaciones, padres e hijos; unidos por lazos de consanguinidad conviven bajo el mismo techo y por consiguiente desarrollan sentimientos más profundos de afecto, intimidad e identificación.
- **Familia Extensa:** Está integrada por una pareja con o sin hijos y por otros miembros con sus parejas consanguíneos ascendentes, descendentes y colaterales recoge varias generaciones que comparten habitaciones y funciones.
- **Familia Moderna:** La principal característica de este tipo de familia, está relacionado directamente con el rol de la mujer frente a la sociedad, que se ha venido gestando en los últimos años. Un punto de inflexión dentro de la familia moderna ha sido la incorporación de la mujer al mundo laboral, lo cual ha producido una reorganización de la vida familiar y redistribución de las tareas hogareñas.
- **Familia Monoparental:** En la actualidad cada día se ven más familias conformadas por las madres y sus hijos sin padres referentes y aunque en menor medida, puede haber también padres que son cabezas de familia sin una madre referente. Son las denominadas familias monoparentales, en general conformadas por familia de padres separados.
- **Familia Unipersonal:** Hogar integrado por una sola persona (jefe de hogar) exclusivamente.



- **Familia Homoparental:** Son familias conformadas por personas con orientaciones sexuales diferentes a la heterosexual. Las cuales hoy en día en muchos países las parejas de homosexuales ya se pueden casar legítimamente e incluso pueden adoptar niños.

2) Según Funcionalidad

- ❖ **Familia Funcional:** Caracterizada porque logra satisfacer las necesidades de los individuos que la conforman; los límites son claros, flexibles y permeables, entre sus subsistemas y el ecosistema al que pertenece. Realiza las tareas o los roles asignados a cada miembro, están claros y son aceptados y se adapta a los cambios: modificando sus límites, sus sistemas jerárquicos, sus roles, reglas y sus vínculos familiares.
- ❖ **Familia Disgregada:** Se caracteriza por una gran distancia emocional entre sus miembros poca comunicación y escaso contacto afectivo. Presenta límites rígidos y excesivos, desproporcionados sentido de independencia y lazos de solidaridad débiles. Sus miembros carecen del sentimiento de pertenencia o este es muy precario; se les dificulta depender y solicitar apoyo. Expresa un modo del funcionamiento familiar que puede presentarse en cualquier tipología familiar.
- ❖ **Familia Disfuncional:** Muestra acrecentada rigidez en la conducta interactiva, persistencia en el cierre de fronteras entre subsistemas, evitación continuada de conductas, acciones o patrones diferentes o nuevos. La familia está atascada en procesos crónicos de homeostasis, que no admite las reorganizaciones propias de los cambios vitales o de las tensiones derivadas de sucesos inesperados que le permiten pasar a estados nuevos y más adaptativos de funcionamiento.



2.20.2. Tipos de respuesta de la familia ante situaciones de crisis.

Según Kornblit (1984, p. 21), existen diversos tipos de respuestas, siendo los siguientes:

- a) El primero de ellos es la "tendencia centrípeta, que se expresa en el desarrollo de una extrema cohesión a lo interno del núcleo familiar, que gira en torno a la persona enferma. Esta se convierte en el centro de las interacciones, monopolizando así a la familia y disminuyendo sus posibilidades de desarrollo y crecimiento.
- b) La segunda tendencia es la centrífuga, que se expresa en conductas que evitan la situación de la enfermedad. Se puede desarrollar una dependencia de una o un miembro para cuidar y controlar la evolución de la enfermedad, lo que evita que el enfermo mismo se haga cargo de sus necesidades y sea él o ella quien solicite la ayuda, con ello se evita que el resto de la familia no se involucre, teniéndoles al margen de la situación.

2.20.2.1. Importancia del trabajo social con familias desde un punto de vista sistémico.

La familia tiene dos funciones muy importantes "Uno es interno que tiene que ver con la protección psico-social de sus miembros; y el otro que es el externo y se refiere a la acomodación a una cultura y transmisión de la misma"(Minuchin, 1988, p. 29), dentro del trabajo con familias es importante recalcar la influencia que ha tenido el enfoque sistémico en el que hacer del Trabajo Social. "El mayor mérito reside en la descripción de los sistemas para constituirse en metodología con reglas de acción para acercarse a lo relacional e interaccional". (Caballero, 1991, p.16)

Los siguientes principios de la Teoría General de Sistemas, según Bertalanffy (1930, p.39), aportan elementos importantes para el análisis, descripción y relación de las dinámicas de los sistemas familiares:



- **Totalidad:** Cualquier objeto o hecho real es una totalidad formada a su vez por totalidades. La familia como sistema es una totalidad, sus miembros son una totalidad en sí mismos, pero a la vez, en interrelación, conforman un todo superior que lo hace distinto de otros sistemas familiares.
- **Organización:** Está dada por la red de interacciones entre los elementos de un sistema. Cada uno de los miembros de la familia tiene una función que se articula con los otros, interactuando en una red de relaciones, logrando una coherencia interna que se retroalimenta mutuamente y que se reconoce como la ESTRUCTURA, que a su vez se organiza siguiendo un estricto orden jerárquico.
- **Equifinalidad:** A la situación actual de un sistema se puede llegar por distintas posibilidades, por distintas alternativas y puntos de partida, para obtener el mismo fin. Así determinada realidad familiar puede generarse por distintos factores.
- **Transformación y Equilibrio:** El sistema abierto intercambia permanentemente información, energía y constantemente vive procesos de construcción y destrucción en busca del equilibrio estable. Debe entenderse entonces que la familia como organismo permanente busca nuevos estímulos y posibilidades para enfrentar las distintas transiciones en su desarrollo, moviéndose en un continuum de cambio y estabilidad y viceversa.
- **Causalidad Circular:** Cualquier cambio en alguno de sus elementos influencia los demás elementos del sistema. Los miembros de la familia se influyen y afectan mutuamente en el proceso de convivencia y el movimiento o cambio de cualquiera de ellos incide en la dinámica particular de cada uno y al conjunto en general. Es en este contexto que se busca entender a la familia que como sistema básico de convivencia, desempeña un papel protagónico en la sociedad para la búsqueda de las transformaciones necesarias que requiere la actualidad, "Corresponde



entonces al Trabajador Social entender su papel como un dinamizador de procesos y situaciones familiares que hace parte de un sistema relacional conformado por el grupo familiar- el contexto social- el Trabajador Social, en donde el grupo familiar y/o cualquier subsistema de este, sería a su vez un subsistema del sistema relacional al igual que el contexto y el Trabajador Social". (Caballero, 1994, p. 54). Raramente se encuentra una persona dedicada al servicio social de casos individuales cuyos puntos de vista sobre la familia, a veces conservadores, otros radicales, no se vayan modificando profundamente al contacto con las realidades que le revela su trabajo... Si los Trabajadores Sociales se interesan por la familia, no es por ésta institución en sí, sino por el bienestar del individuo y de la sociedad.

La familia dentro de los procesos de cambio que exigen las sociedades modernas tiene un papel fundamental, ya que aparte de constituirse como el eje central de las mismas, es en ellas que el proceso de desarrollo de un país se hace efectivo, mediante el crecimiento y estímulo de sus miembros. Si analizamos distintos conceptos de familia como por ejemplo el del enfoque estructuralista vemos que la misma es considerada como: "El conjunto de elementos (personas con lazos consanguíneos) que interactúan entre sí (relacionados afectiva, económica, moral, espiritualmente, etc.) planeada su orientación hacia una o varias metas, teniendo como el fin principal la plena realización como persona de cada uno de sus miembros. Sistema abierto que interactúa con un sistema físico natural, su sistema sociocultural y un sistema político - económico, con el ambiente que lo supera". La familia aparte de ser una institución social, se constituye como tal en el agente principal que puede impulsar cambios que resultan necesarios para enfrentar los problemas o enfermedades de las sociedades contemporáneas.

2.21. REDES SOCIO FAMILIARES.

Las redes sociales para la intervención del Trabajo Social son un eficaz agente de bienestar y salud de las personas, que todos los profesionales deben comprometerse a fortalecer y en caso de que no exista



generar. Tienen una importancia esencial en cualquier tipo de proceso tendente al bienestar y el desarrollo humano pleno. Según Bott Elizabeth, describía a la red social como “una configuración social en la que algunas unidades externas que la componen mantienen relaciones entre sí”

La primordial función de este tipo de intervención profesional es generar vínculos entre individuos y grupos que sirven para mejorar la adaptación cuando uno se enfrenta a situaciones de estrés, enfermedad, etc. La existencia de redes es lo que protege socialmente a las personas, familias y grupos; evitando o disminuyendo los riesgos de exclusión social y, por ende, el empeoramiento de su estado de salud.

Según el autor Cobb S. (1976) considera por red social a la “instancia mediadora en la que se brinda apoyo social de tipo emocional e informacional”. Es decir que es una fuente de apoyo social que permite el afrontamiento de las necesidades humanas.

La red social está formada por las series de relaciones que cada persona configura en torno suyo. Cada una de estas relaciones puede tener cualidades muy diversas: distinta frecuencia, contenidos, y dependiendo de las mismas se pueden identificar distintos niveles de densidad según el sector de la red de que se trate. De este modo, podemos identificar áreas donde se refuerzan valores o normas, y la intervención en ellas puede permitir una mayor capacidad de acción. Cada persona participa en varias redes, pudiendo existir superposiciones e interconexiones entre ellas, este sistema de interacción secuencial formada por personas que pueden apoyar, aún sin que la persona en desarrollo esté presente. Esto indicaría cuáles son las personas de mayor influencia y a través de las cuáles se puede llegar a otras a las que sería difícil directamente. Saber cuáles son estas redes sociales es algo que se puede ir conociendo a medida que se vaya trabajando con la gente, siempre y cuando se tenga una actitud receptiva y ser buenos observadores. Algunas redes de apoyo social se



pueden identificar con relativa facilidad si existen grupos de ayuda mutua u otro tipo de asociaciones sociales.

REDES SOCIALES PRIMARIAS. Son aquellos vínculos “personales” de un individuo. De todo el mapa relacional de una persona, las redes sociales son sus lazos ya que integran sus uniones más estrechas.

- Un círculo interior de relaciones íntimas tales como miembros de la familia nuclear y de la ampliada
- Un círculo intermedio de las relaciones personales integrado por amigos y familiares intermedios.
- Un círculo externo de relaciones ocasionales caracterizado por un menor grado de compromiso sin intimidad formado por relaciones profesionales o laborales compañeros de estudios y vecinos.

RELACIONES SOCIALES SECUNDARIAS. - Compuestos por los siguientes ejes: un círculo interior microsistémico, correspondiente a la familia; un círculo intermedio o mesosistémico correspondiente a la red social personal y un círculo intermedio o meso sistémico correspondiente a la red social ampliada. En estas encontramos a:

- Grupos Recreativos -Relaciones Comunitarias y Religiosas -Relaciones Laborales o de Estudio.

REDES SOCIALES INSTITUCIONALES. - Recorre una onda expansiva, es de importancia determinar que estas últimas no obedecen a un consenso ecológico de inclusión. Se accede a ellas por necesidades específicas que las tramas primarias no pueden satisfacer.

- ✓ Sistema Judicial. Mayor inciden tienen a las instituciones externas las familias denominadas multiproblemáticas, siendo que centran su atención en los derechos y deberes individuales.



CAPITULO III

CONTEXTO EN EL

QUE SE

DESARROLLO LA

SISTEMATIZACIÓN



3.1. Contexto Nacional

El informe Nacional de Progreso en la respuesta al VIH/sida, 2014 menciona que: la prevalencia estimada del VIH, es de 0,15%, valor que sitúa a Bolivia en la posición 27, con respecto a los países de América Latina y el Caribe.

Hasta febrero de 2014 se notificaron en el sistema 11. 421 casos y se reportaron un total de 1. 015 fallecidos (aunque existe un alto grado de incertidumbre debido a la cobertura del sistema de mortalidad), dato indica alrededor 10. 027 personas viviendo con VIH es decir que aproximadamente 10 de cada 10.000 personas en el país habían sido notificados como casos de VIH. El sistema de vigilancia muestra una epidemia predominantemente joven y ya que 67% de los casos notificados fueron en Las edades menores de 35 años, Principalmente en la población masculina encontrándose una razón de masculinidad de 1.7 Es decir que por cada 10 mujeres existen 17 hombres con VIH.

La distribución geográfica da cuenta que los casos se concentran en los departamentos de mayor proporción poblacional en lo que se denomina las ciudades eje: La Paz, Santa Cruz y Cochabamba que en conjunto representan 71% de la población total del país y 89% de los casos notificados de VIH/sida que a su vez se distribuyen principalmente en las ciudades capitales intermedias de estos departamentos. Sin embargo, en los últimos años entre 15% y 20% de los casos son referidos del área rural.

La principal vía de transmisión es la sexual que corresponde a más del 90% de los casos encontrándose un 3% en transmisión vertical y alrededor de 1% en cuanto a transmisión sanguínea.

Los casos de VIH/Sida en Bolivia el 2015 se incrementaron en un 6% en 2015, con relación al año anterior. El Ministerio de salud registro que la gestión 2015 terminó con 2270 casos nuevos.



El Ministerio de salud informo que cerró la gestión a nivel nacional con 15492 casos acumulados en el país, lo que ha representado un incremento con relación a 2014 de un 6% lo que significa 2270 casos nuevos, datos brindados por la coordinadora Nacional del programa VIH/sida, Carola Valencia. Explicó que el eje central del país tiene el mayor porcentaje de incidencia de los casos reportados en Santa Cruz representa al 49%, Cochabamba el 19, 4%, La Paz es 19, 3%. A continuación, está en Oruro, Chuquisaca, Beni, Tarija, Potosí y Pando.

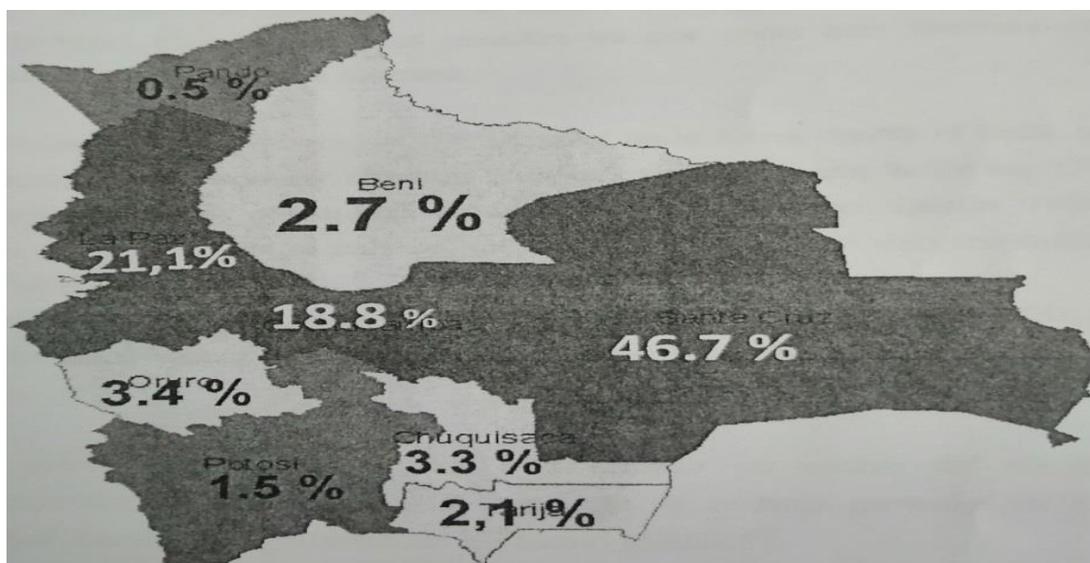
Valencia Indicó que Las edades en las que se registran más casos de VIH/Sida oscilan entre 15 y 35 años. De acuerdo a la especialista, la edad promedio en la que las personas inician su actividad sexual es 13 años.

Durante la gestión 2016 mediante un análisis que se realizó de manera trimestral y que cerró en marzo se obtuvo comodato a 16022 casos a nivel nacional. Continúa el mayor porcentaje de perfil epidemiológico concentrado en tres departamentos y Santa Cruz es el que tiene más de 50% de los casos, luego está La Paz con 19, 9% y Cochabamba con 19, 6%.

Luego otro departamento que ha subido mucho la notificación es Oruro Qué tiene un porcentaje importante, Sucre también subió mucho en estos dos últimos años su notificación y después vienen otros departamentos.¹

En este contexto podemos ver que en Bolivia el VIH está presente y que cada vez va creciendo relativamente conforme pasan los días, dónde la principal vía de transmisión del VIH/Sida, es la sexual, lo que nos muestra que las personas no toman ninguna medida de precaución durante las relaciones sexuales para evitar la transmisión de esta enfermedad.

¹ (Fuente: red Nacional de Salud, CIES 2014)



Fuente: CRVIR EL ALTO 2018

3.2. Contexto Local

En la ciudad de El Alto los casos de VIH entre un varón y mujer van casi a la par. Según el servicio Regional de la ciudad, la relación por cada dos varones diagnosticados con el virus existe una mujer con VIH.

Antes la relación era de 9 a 10 era raro que una mujer tenga el virus, pero ahora casi igual a las mujeres y esto genera preocupación.

De acuerdo con el Centro Regional de vigilancia y referencia de ITS/VIH/Sida, informa que el 97% de los casos es por contagio en las relaciones sexuales sin protección.

En la ciudad de El Alto el VIH/Sida desde el año 2006 hasta el 31 de marzo del 2015 se reportan 741 casos, de 569 presenta VIH y 172 registran sida, de ellos 462 son varones y 279 mujeres de acuerdo a los datos del Centro Regional de vigilancia y referencia ITS/VIH/Sida.

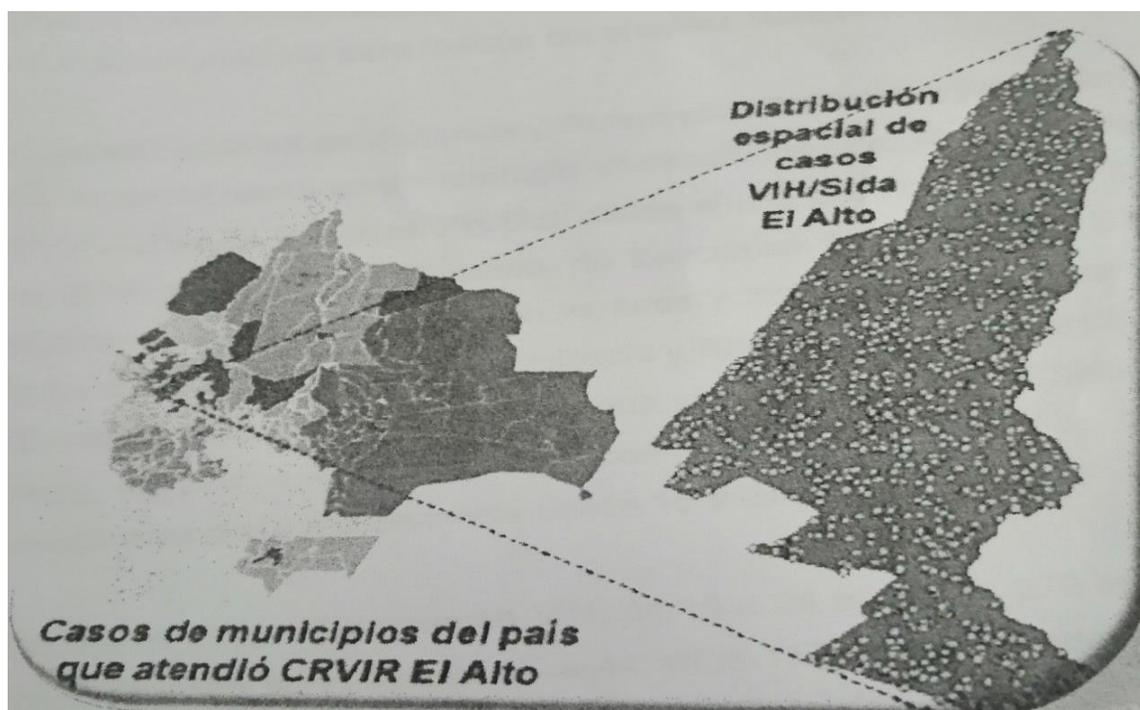
El médico tratante de ciudadanos que viven con el virus del VIH/Sida, el Dr. Juan Vega, informa que las personas con VIH se encuentran en Las edades productivas de la adolescencia desde 15 a 24 años.



De 0 a 14 años se presentan 28 casos de VIH/Sida, de 15 a de 24 años son 279 infectados. De 25 a 34 años son 212, de 35 a 44 años son 117 mayores de 45 años Son 105 infectados de los 741. En la mayoría de ellos se definen 589 heterosexuales, 79 homosexuales, 28 bisexuales y 45 no responden.

Un informe estadístico del VIH/Sida da cuenta que la infección está presente en todos los distritos municipales de la urbe alteña.

En la gestión 2016 el monitoreo que realiza el CRVIR es de gran importancia ya que se llega a conocer que se cuenta con 65%varones y 35% mujeres son portadoras del VIH. Es decir que por cada dos varones con VIH hay una mujer. Se diagnosticaron 32 niños positivos a nivel nacional y en acumulado se tiene a 155 niños con diagnóstico positivo es que se ha presentado un fenómeno inédito en La Paz-El Alto, se realizó un análisis y al parecer hay centros que no estarían ofertando adecuadamente, ni tomando acciones de seguimiento a las mujeres embarazadas.



Fuente: CRVIR EL ALTO 2018



3.3. Contexto institucional

El Centro Regional de vigilancia, en información y referencia de ITS/VIH/SIDA El Alto, es dependiente del servicio departamental de salud SEDES de la ciudad de La Paz de carácter público gratuito de primer nivel. Ya que es el primer compacto Regional de la población en la ciudad de El Alto.

Presta servicios de atención gratuita a las personas afectadas por las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), el virus de inmunodeficiencia humana y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida sida, encaminados a la ley de brindar protección a las personas que viven con el virus.

De manera paralela se trabaja con los centros de salud de las diferentes redes de cada Urbanización sean éstas de primer, segundo y tercer nivel, los cuáles han sido capacitados para realizar las pruebas rápidas para el VIH/sida.

3.4. Características de la institución

3.4.1. Tipo de institución

El centro regional de vigilancia información y referencia de ITS/VIH/sida es una institución de servicio público gratuito que brinda atención a personas que viven con el virus, trabajadoras sexuales y población en general.

3.4.2. Misión

Disminuir la incidencia y la morbimortalidad de infecciones de transmisión sexual, el virus de inmunodeficiencia humana y el síndrome inmunodeficiencia adquirida y ITS/VIH/SIDA en la ciudad de el alto a través de capacitación integral de personas para proyectarse hacia la comunidad con información actualizada; respetando los derechos de la confidencialidad, los derechos humanos y la diversidad sexual para mejorar la calidad de vida a la población.

3.4.3. Visión

El Centro Regional de vigilancia, Información y referencia de ITS/VIH/sida programa regional CRVIR de la ciudad del alto tiene como propósito la prevención, control y capacitación de las infecciones de transmisión sexual, inmunodeficiencia humana y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida a través de la atención



integral, con calidez, calidad y uso eficiente de los recursos, mediante la difusión masiva, intersectorial.

3.4.4. Objeto de la institución

- Planificar actividades futuras a partir de un análisis retrospectivo de programa ITS/VIH/sida
- Informe sobre la situación de ITS y del VIH/SIDA en la ciudad del alto y áreas de influencia
- Evaluar el cumplimiento de actividades programadas
- Fortalecer la vigilancia epidemiológica del programa ITS/VIH/SIDA
- Determinar el financiamiento de las instituciones para las actividades del programa de investigación

3.4.5. Valores

❖ Respeto a la vida humana

Revalorizando y protegiendo la salud de todas las personas afectadas, a través de un proceso continuo de seguimiento de los problemas de salud.

❖ Honestidad

En las acciones de las medidas de vigilancia y control de las infecciones, respetando la cultura, integralidad e intersectorialidad.

❖ Responsabilidad y disciplina

En el proceso prospectivo de actividades de promoción, prevención de la salud y control de eventos adversos que amenacen la vida de la población.

❖ Calidad

En la atención oportuna, asegurando la satisfacción de los grupos vulnerables y desprotegidos.



❖ **Solidaridad**

Con la población en situaciones de riesgo, a través de aliados estratégicos con inclusión de grupos desprotegidos en las acciones de intervención.

❖ **Justicia**

Al establecer medidas oportunas de control.

❖ **Confidencialidad**

Respetando lo estipulado en la Ley 3729, incluyendo sus excepciones.

❖ **Lealtad, igualdad, transparencia y seguridad**

En todas nuestras acciones.

❖ **Trabajo en equipo**

En el servicio a la comunidad, el aprendizaje proactivo y la investigación.

3.4.6. Carácter de la institución

El Centro Regional de vigilancia, en información y referencia de ITS/VIH/SIDA El Alto, es dependiente del servicio departamental de salud SEDES de la ciudad de La Paz de carácter público gratuito.

Los servicios del centro de este nivel están dirigidos a toda la población con especial énfasis en los grupos delegados y pueden ser prestados en establecimientos públicos de salud, sea en ambientes seleccionados; cubre a una población promedio de 5000 personas. Se encuentra ubicado en el departamento de La Paz- provincia Murillo de la ciudad de El Alto, dónde se prestan servicios de atención gratuito a las personas afectadas por las infecciones de transmisión sexual ITS, en inmune humana VIH y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida



sida, encaminados a la ley para brindar la protección a las personas que viven con el virus del VIH/Sida (PVVS).

Sirve de enlace entre la institucionalización y la comunidad ya que brinda un conjunto de servicios enfocados de acuerdo a normativas de la salud pública, los por horarios de atención abarca las 6 horas en días de la semana lunes a viernes, siendo este un programa regional, presta servicios en la atención médica de la curación de enfermedades en personas afectadas por las infecciones de VIH/SIDA, no complejas se articula los centros de salud que requieren de dicha demanda a través de un sistema de referencia y respuesta al nivel social y consejería brinda protección a las personas que viven con el virus del SIDA (PVVS) realiza la promoción y prevención, además es responsable de la planificación, programación, evaluación y supervisión de las actividades, real realiza interinstitucional multisectorial.

3.4.7. Programas y proyectos institucionales

Como programa de ITS/VIH/SIDA Presta atención integral a las personas denominadas PVVS, Dotándoles de exámenes de laboratorio, para saber su carga viral y hemograma completo cada seis meses de forma gratuita, y también dotarles de tratamiento a esas personas según lo dicen las normas de funcionamiento.

El CRVIR El Alto trabaja en base a las siguientes actividades:

3.4.8. Prevención y promoción

En este aspecto se realiza la comunicación masiva de talleres, charlas sobre la prevención de ITS/VIH/Sida a diferentes grupos como seres: en establecimientos educativos, una universidad, madres, adolescentes, LGTB, trabajadoras sexuales y demás población.

3.4.9. Atención y tratamiento

El centro proporcionar suministros Cómo ser: medicamento, y reactivos de laboratorio.



3.4.10. Fortalecimiento de la Gestión

Capacitación al personal de salud (Medicamentos, en enfermedad, etc.), se realiza monitoreo a los centros de salud, súper supervisión y recolección de datos para el reporte de los informes sobre los pacientes atendidos, conformación de comité departamental inter programático TB/VIH, conformación del comité de monitoreo y evaluación.

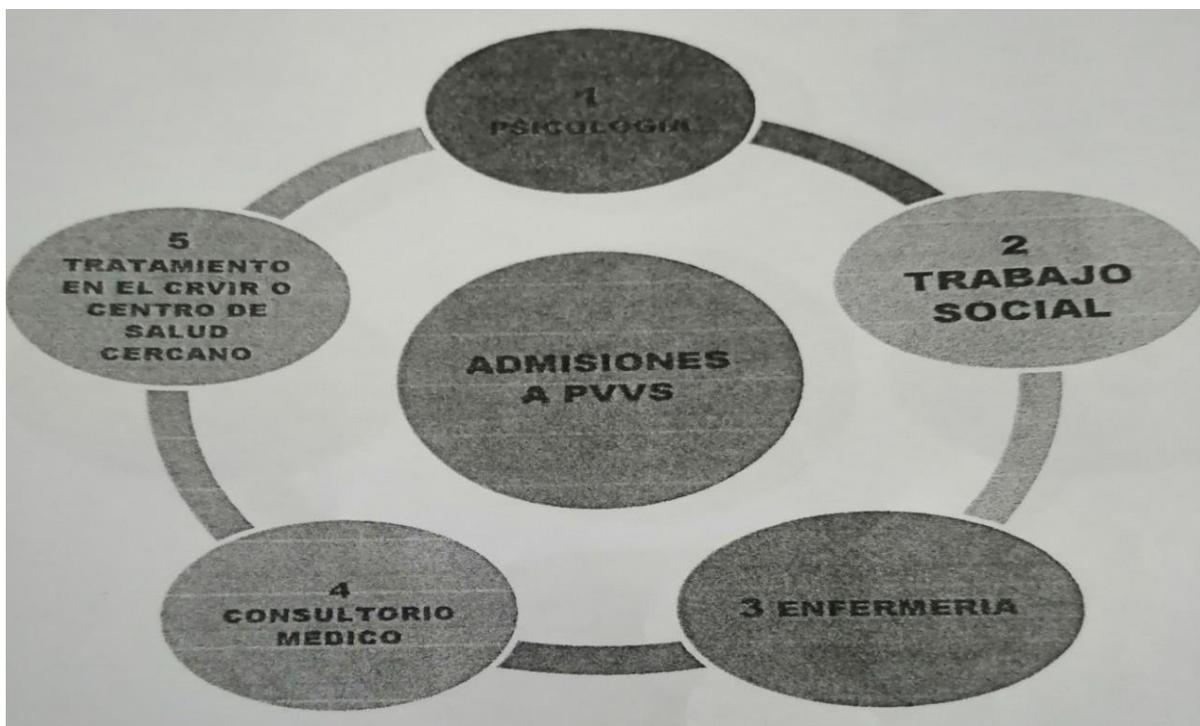
3.4.11. Servicios que presta

Los servicios que presta el CRVIR son los siguientes

- ✓ Medicina general
- ✓ Ginecología
- ✓ Psicología
- ✓ Laboratorio
- ✓ Enfermería
- ✓ Trabajo social

3.4.12. Proceso de admisión de PVVS

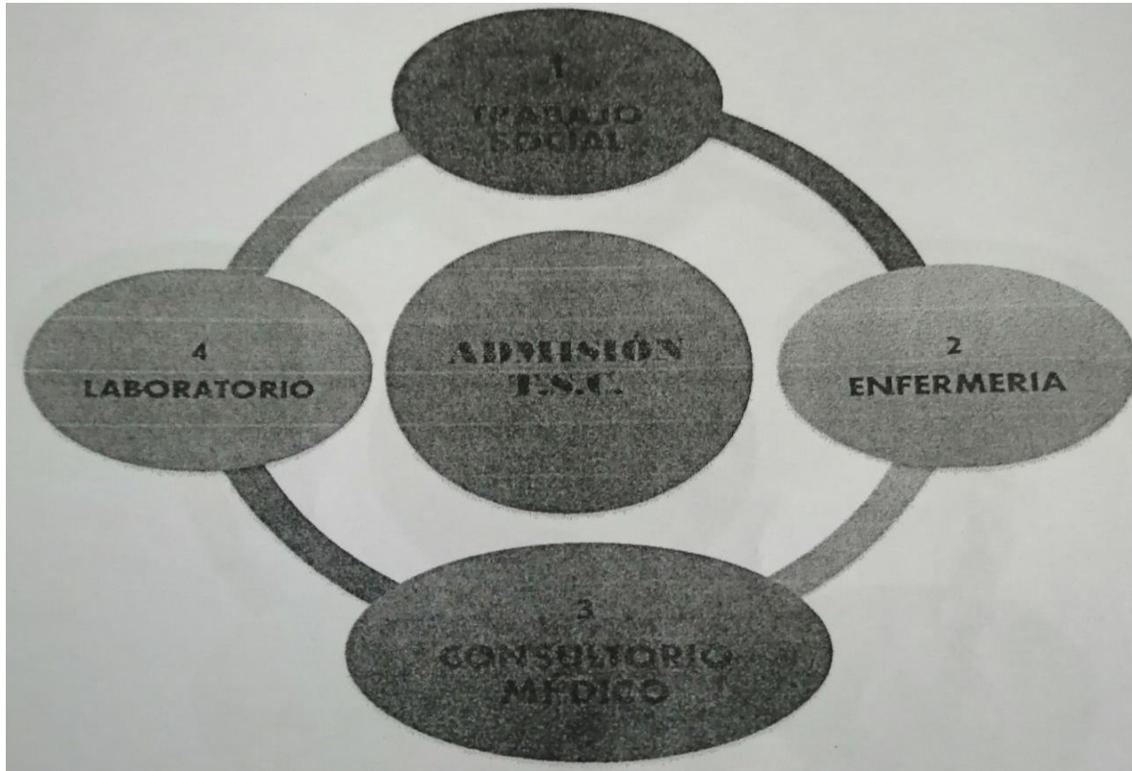
Las aficiones del paciente que vive con el virus del SIDA se lo realiza Primeramente por psicología el cual recibe una orientación psicológica en base a su diagnóstico con resultados positivos, seguidamente pasa por el área de trabajo social donde se ejecuta la ficha de estudio social del paciente haciéndole conocer que existe una ley que los las protegen en cuanto a sus derechos, luego es derivado a el área de enfermería dónde le toman los datos de peso y talla, por último bar consultorio médico para su revisión general y programación de tratamiento en el centro de salud más cercano a su domicilio del paciente para que siga su tratamiento sin dificultad alguna.



Fuente: CRVIR EL ALTO 2018

3.4.12.1. Admisión del área de trabajo social

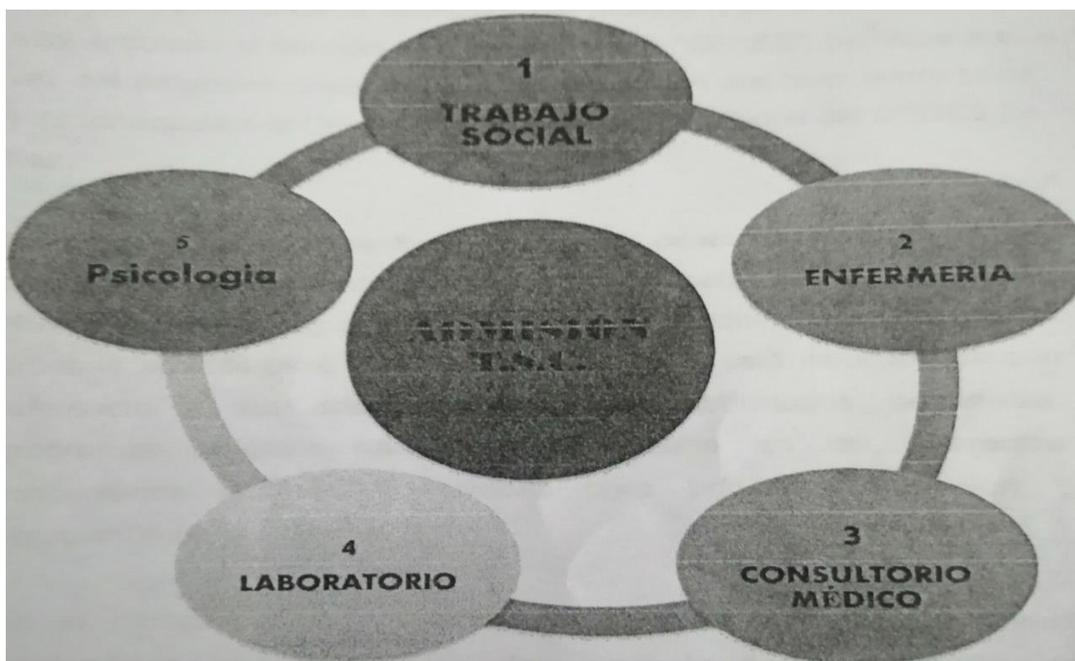
Para realizar la admisión a un nuevo caso, debe contar con 4 requisitos, la cual ingresa por el área de trabajo social para el llenado de ficha social y orientación acerca del uso de los preservativos tanto masculino como femenino, para prevención de ITS/VIH/SIDA o embarazos, seguidamente se deriva el área de enfermería, y posteriormente Pasa a laboratorio para verificar si la paciente presenta alguna infección de transmisión sexual; así se medicada por el médico en ginecología y por último se le proporciona la libreta de sanidad.



Fuente: CRVIR EL ALTO 2018

3.4.12.2. Atención a casos de agresión sexual

Para realizar la atención a casos de agresión sexual, debe de contar con fotocopias de carnet de identidad y del informe del DNA-RIP y pasa por el área de trabajo social para realizar la valoración económica seguidamente se deriva a enfermería, luego pasa a consulta médica, después entrar en el área de laboratorio para verificar si la paciente presenta alguna infección de transmisión sexual y por último pasa al área de psicología para la que reciba apoyo.



Fuente: CRVIR EL ALTO 2018

3.5. Nivel de Intervención

La metodología y el método de intervención permiten esquematizar los procesos, procedimientos, Técnicas, estrategias e instrumentos que se utilizan durante la intervención de trabajo social

El término de intervención para el trabajo social según Ander Egg se ha introducido en el campo de las prácticas sociales, para Designar el conjunto de las actividades realizadas de manera sistemática y organizada, para actuar sobre un aspecto de la realidad social con el propósito de producir un impacto determinado.

Dentro del centro CRVIR el nivel de intervención y atención, se refleja en los tres ejes de intervención en los que se desenvuelve el trabajo social.

3.5.1. Intervención individual y familiar

En este proceso se movilizan recursos personales e institucionales con el objetivo de transformar la realidad de las personas, asegurándoles como ciudadanos sus derechos sociales



3.5.2. Intervención grupal

El objetivo es lograr el desarrollo de las potencialidades personales y la funcionalidad social del individuo

3.5.3. Intervención en comunidad

Para Ander Egg la intervención comunitaria Busca el desarrollo del hombre y la movilización de recursos mediante la participación activa y democrática de la población.

En este proceso se movilizan recursos institucionales en respuesta a capacitaciones realizadas en diversas instituciones.

3.5.4. Funciones de trabajo social dentro del CRVIR

La actuación de trabajo social es necesariamente polarizada por los intereses de las clases sociales teniendo a ser captada por aquellos Quiénes tienen una posición dominante.

Las clases dominantes ven en él, un agente profesional capaz de acoger benevolentemente a los usuarios y llevarlos a la aceptación de sus problemas.

Orientar su intervención Profesional hacia aquellos sectores que, debido a condiciones estructurales y coyunturales, viven con mayor agudeza de los problemas sociales, busca eliminé eliminación desigual desigualdad discriminación hacia el usuario en relación al acceso del servicio de salud.

3.5.4.1. Asistencia social

La asistencia social definida como la acción profesional orientada a responder en forma efectiva inmediata a una necesidad o problema real y concreto, de individuos y población.

- Atención a población de TS, población en general
- Registrar y realizar la valoración social en las historias clínicas
- Notificación y seguimiento de casos de VIH/SIDA
- Visita al paciente hospitalizado y domiciliaria a demanda



- Realiza valoración social al paciente; referencia y contra referencia sociales
- Apertura de fichas social e historia clínica de trabajadoras sexuales
- Realiza contactos con la pareja, familia y allegados Para solicitar requerimientos de los pacientes internados e informar cuando exista abandonos, alta solicitadas, fallecidos y otras necesidades

3.5.4.2. Gestión social

Se compone de dos elementos inherentes, Por una parte, supone conocimientos y manejo del proceso administrativo en trabajo social o sea la administración de los servicios sociales por otra, la incorporación de la población al conocimiento de la política social y las respuestas institucionales para que la población ejerza su derecho participado directamente

- ❖ elabora informes técnico operativo a demanda
- ❖ las demás funciones que le asigne el inmediato Superior
- ❖ coadyuvar en la vigilancia epidemiológica del establecimiento

3.5.4.3. Educación social

Incluye ámbitos que van desde la información hasta el develamiento del problema social, sus emergencias y vías de resolución, privilegiando procesos y metodologías, en los que la población sea sujeto de participación y no de manipulación

- ❖ Participar en actividades de capacitación a instituciones de salud y otros
- ❖ Brindar información, orientación a los diferentes usuarios que asisten al establecimiento de salud

3.5.4.4. Organización y promoción Comunitaria

Abarca procesos de movilización y participación en las acciones emergentes del problema social y su solución, ni dispensa ni interfiriendo, sino más bien potenciando aquellos proyectos preexistentes o por crearse, que



representan a veces progresivos en la sociedad como en la comunidad, los grupos, la familia y los propios individuos.

- ❖ Participación en ferias de salud y supervisiones a demanda.
- ❖ Información, educación, comunicación y capacitación a TS, PVVS y población en general.
- ❖ Planificación, organización, ejecución y evaluación de actividades y proyectos sociales propios del programa dirigido a la población de TS y PVVS.
- ❖ Coordinación y participación en actividades de promoción y difusión en tema de salud sexual y reproductiva, violencia intrafamiliar y temas relacionados al programa ITS/VIH/SIDA.

3.5.4.5. Investigación social

Se plantea como una función presente en todas las funciones, algo así como transversal a las funciones del trabajo social.

Se la particulariza por su finalidad de construcción teórica para generar aportes en cuanto al propio objeto profesional sus funciones, métodos y formas de intervención.

- ❖ Realizar labor docente asistencial, previo convenio suscrito.
- ❖ Participar en todas las actividades de investigación relacionados con el área.
- ❖ Participación en sesiones de información, análisis, cobertura y resultados de servicio
- ❖ Participación en la elaboración o actualización de normas de atención

3.6. Material de registro que utiliza

Los instrumentos que se utiliza son los siguientes:

- ❖ Ficha social para TS y PVVS



- ❖ Hoja de referencia- contra referencia
- ❖ Datos del apoderado
- ❖ Croquis del domicilio
- ❖ Informe social
- ❖ Visita domiciliaria
- ❖ Registro de admisiones TS
- ❖ Registro de admisiones PVVS
- ❖ Registro de admisiones PVVS
- ❖ Registro de abandono de tratamientos de PVVS
- ❖ Hoja de registro para PVVS

3.7. Marco Jurídico

Ley N° 372 "Ley Para La Prevención Del VIH-Sida, Protección De Los Derechos Humanos Y Asistencia Integral Multidisciplinaria Para La Personas Que Viven Con El VIH-Sida"

La presente Ley tiene como objeto garantizar los derechos y deberes de las personas que viven con el VIH-SIDA, así como del personal de salud y de la población en general. También busca establecer políticas y ejecutar programas para la prevención, atención y rehabilitación del VIH-SIDA y la protección de los derechos. Otro de los objetivos es definir las competencias y responsabilidades del Estado, sus instituciones y las personas naturales o jurídicas relacionadas con la problemática del VIH-SIDA.

Tiene por objeto:

- Garantizar los derechos y deberes de las personas que viven con el VIH-SIDA, así como del personal de salud y del personal en general.



- Establecer políticas y ejecutar programas para la prevención, atención y rehabilitación del VIH-SIDA y la protección de los derechos.
- Definir las competencias y responsabilidades del Estado, sus instituciones y las personas naturales o jurídicas relacionadas con la problemática del VIH-SIDA.
- Establecer mecanismos de coordinación interinstitucional e intersectorial, conducentes a la implementación efectiva de las políticas y programas para prevención, asistencia integral multidisciplinaria y rehabilitación de las personas que viven con el VIH-SIDA, a través de campañas de información, mediante el uso de medicamentos antirretrovirales y profilácticos, exámenes laboratoriales requeridos, vigencia epidemiológica e investigación del VIH-SIDA.
- Priorizar la educación a la población en general y la información adecuada para la prevención del VIH-SIDA con una visión general y de desarrollo.

Además, que en el artículo 5 en sus incisos a) y h) garantiza la igualdad ante la Ley y la no discriminación por vivir con el VIH-SIDA y la protección contra el despido laboral motivado por su condición de vivir con el VIH-SIDA. Establece que dichas personas tienen derecho al trabajo y pueden desempeñar labores de acuerdo a su capacidad, no pudiendo consignarse el VIH-SIDA como impedimento para contratar, ni como causal de despido. Y que modifica el artículo 216, inciso 10 del Código Penal.



CAPITULO IV RECONSTRUCCION DE LA EXPERIENCIA Y PRESENTACION DE RESULTADOS



4.1. UBICACIÓN DE LA EXPERIENCIA

La experiencia sistematizada fue desarrollada en convenio con la Universidad Mayor de San Andrés (UMSA) y el Centro Regional de Vigilancia, información y Referencia ITS/VIH/SIDA El Alto, ubicada, en el puente de la Ceja de El Alto.

Para dar una mejor información sobre el espacio geográfico donde se desarrolló la experiencia, a continuación, se presentará algunas características generales del Municipio y zona donde se desarrolló dicha experiencia.

El Municipio de El Alto forma parte del área metropolitana de La Paz, pasa a convertirse en la urbe metropolitana más grande de Bolivia. Es la segunda ciudad más poblada de Bolivia y una de las ciudades urbanas con más rápido crecimiento económico del país.

Su rápido crecimiento económico, ha convertido a la ciudad de El Alto en un lugar de asentamiento de inmigrantes de otras localidades de Bolivia, además que de forma especial alberga a personas que provienen de áreas rurales del país, mayormente de los departamentos de Oruro y potosí, así como de Cochabamba, Chuquisaca.

La ciudad de El Alto se divide en 14 distritos Municipales, de los cuales 10 son urbanos, estos distritos son: 1, 2 ,3 ,4 ,5 ,6 ,7 ,8 ,12 y 14; además que tiene 4 distritos rurales, los cuales son: 9, 10, 11 y 13, también cabe destacar que el distrito 13 presenta la mayor superficie territorial.

Cabe mencionar que la experiencia se desarrolló en los domicilios de los pacientes que abandonaron su tratamiento antirretroviral, los mismo que se ubican en distintas zonas de la ciudad de El Alto.

A continuación, se da a conocer las zonas donde se encuentran ubicados los domicilios de los pacientes PVVS.



El Alto

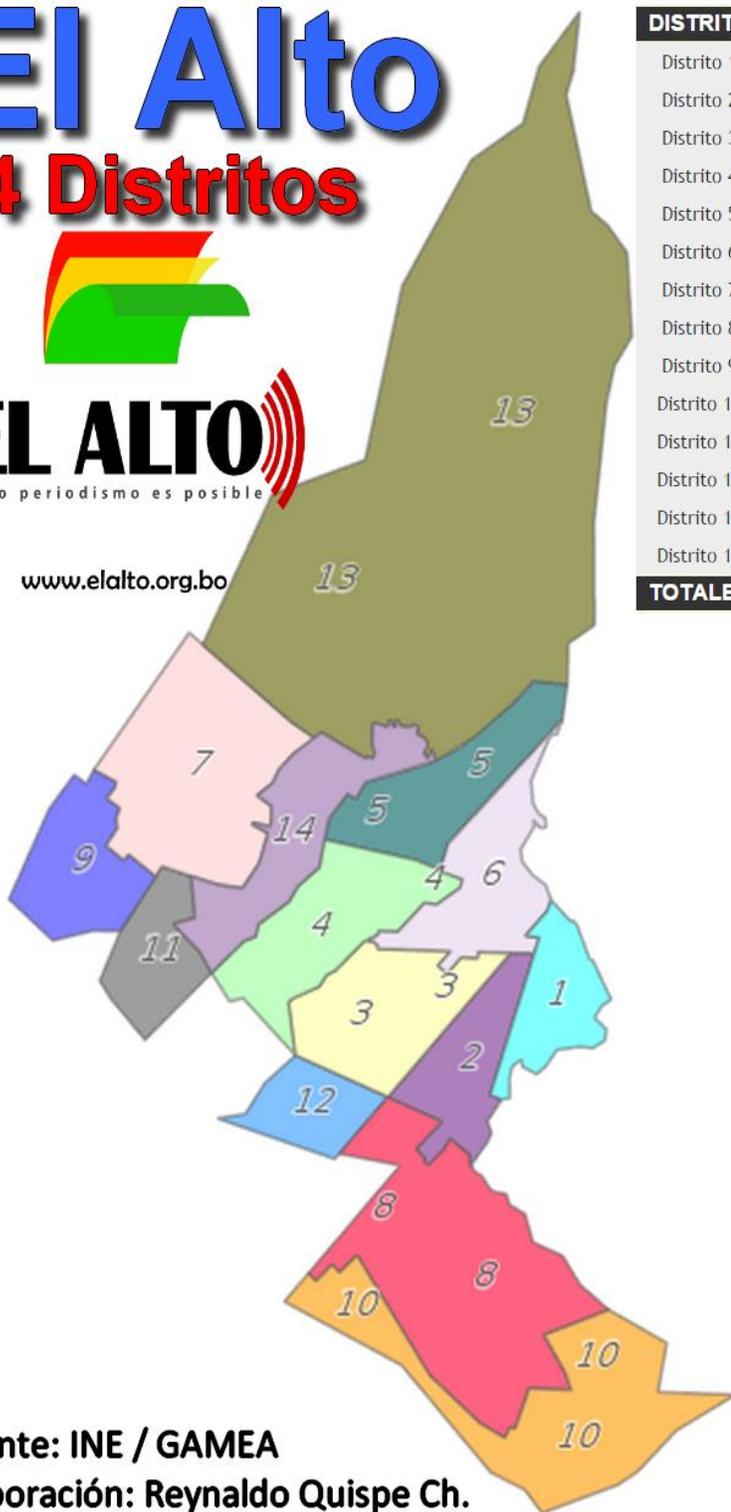
14 Distritos



EL ALTO

Otro periodismo es posible

www.elalto.org.bo



DISTRITO	Nro DE HABITANTES
Distrito 1	87.997
Distrito 2	73.939
Distrito 3	144.828
Distrito 4	107.147
Distrito 5	104.226
Distrito 6	90.538
Distrito 7	44.535
Distrito 8	121.843
Distrito 9	1.720
Distrito 10	785
Distrito 11	1.081
Distrito 12	19.816
Distrito 13	2.085
Distrito 14	47.912
TOTALES	848.452



Fuente: INE / GAMEA
Elaboración: Reynaldo Quispe Ch.

FUENTE: GAMEA – EL ALTO 2021



4.1.1. Características Generales de las Zonas donde se desarrolló la experiencia

El Municipio de El Alto se encuentra a 4.150 m.s.n.m., está ubicado en las coordenadas geográficas 16° 31' de latitud sur y 68° 12' de longitud oeste, en una meseta de superficie plana y ondulada, al pie de la Cordillera de La Paz (meseta del Altiplano Norte) y de la Cordillera Oriental.

Limita al norte y al este con el municipio de La Paz, al sur con los municipios de Viacha y Achocalla y al oeste con los municipios de Laja y Pucarani.

4.1.1.1. Zona Villa Bolívar

Está ubicada en el distrito 1, al sureste de la ciudad de El Alto, entre Av. Tiahuanaco y Av. Camino a Viacha, cuenta con 75 calles, 2 colegios fiscales, 5 canchas y 4 parques recreativos y 3 centros de salud.

4.1.1.2. Zona Kenko

Ubicada en el distrito 2 de la ciudad de El Alto, el Distrito 2 posee una superficie de 11,98 km² y una densidad de población de 6171 habitantes por km², siendo uno de los distritos más densamente poblados.

El Distrito 2 limita al norte con el Distrito 6, al sur con el Distrito 8, al este con el Distrito 1 y el Municipio de Achocalla y al oeste con el Distrito 3 y con parte del Distrito 8.

4.1.1.3. Zona San Luis

Está ubicada en el distrito 3 de la ciudad de El Alto, cuenta con 49 unidades educativas, 18 centros infantiles municipales, 7 centros de salud, 164 canchas, 42 parques, 83 plazas, 24 iglesias católicas y una biblioteca.

4.1.1.4. Zona Charapaqui II

Ubicada en distrito 3 de la ciudad de El Alto, cuenta con 49 unidades educativas, 18 centros infantiles municipales, 7 centros de salud, 164 canchas, 42 parques, 83 plazas, 24 iglesias católicas y una biblioteca.



4.1.1.5. Zona Kiswara

Ubicada en el distrito 3 de la ciudad de El Alto, cuenta con 49 unidades educativas, 18 centros infantiles municipales, 7 centros de salud, 164 canchas, 42 parques, 83 plazas, 24 iglesias católicas y una biblioteca.

4.1.1.6. Zona San José de Yunguyo

Ubicada en el distrito 4 de la ciudad de El Alto, el Distrito 4 tiene una población de 107 147 habitantes, limita al norte con el Distrito 5, al oeste con el Municipio de Laja y el Distrito 14 y al este con el Distrito 3 y el Distrito 6.

4.1.1.7. Zona Ballivian

Está ubicada en el distrito Municipal 6 de la ciudad de El Alto, entre la Av. 16 de julio y la Av. Pucarani, este distrito tiene 17 escuelas fiscales, una municipal, 3 centros infantiles municipales, 6 establecimientos de salud, 38 canchas, 5 iglesias católicas, una biblioteca, 14 retenciones, 9 sedes sociales, un matadero, 8 baños públicos y 3 mercados.

4.1.1.8. Zona Alto Munaypata

Ubicada en el distrito 6 de la ciudad de El Alto, este distrito tiene 17 escuelas fiscales, una municipal, 3 centros infantiles municipales, 6 establecimientos de salud, 38 canchas, 5 iglesias católicas, una biblioteca, 14 retenciones, 9 sedes sociales, un matadero, 8 baños públicos y 3 mercados.

4.1.1.9. Zona Villa Mercedes G

Ubicada en el distrito 8 de la ciudad de El Alto, el Distrito 8 tiene una población de 121 843 habitantes, limita al norte con el Distrito 4 y el Distrito 3, al sur con el Municipio de Viacha, al este con el Distrito 2 y el Distrito 4 y finalmente al oeste con el Municipio de Laja.

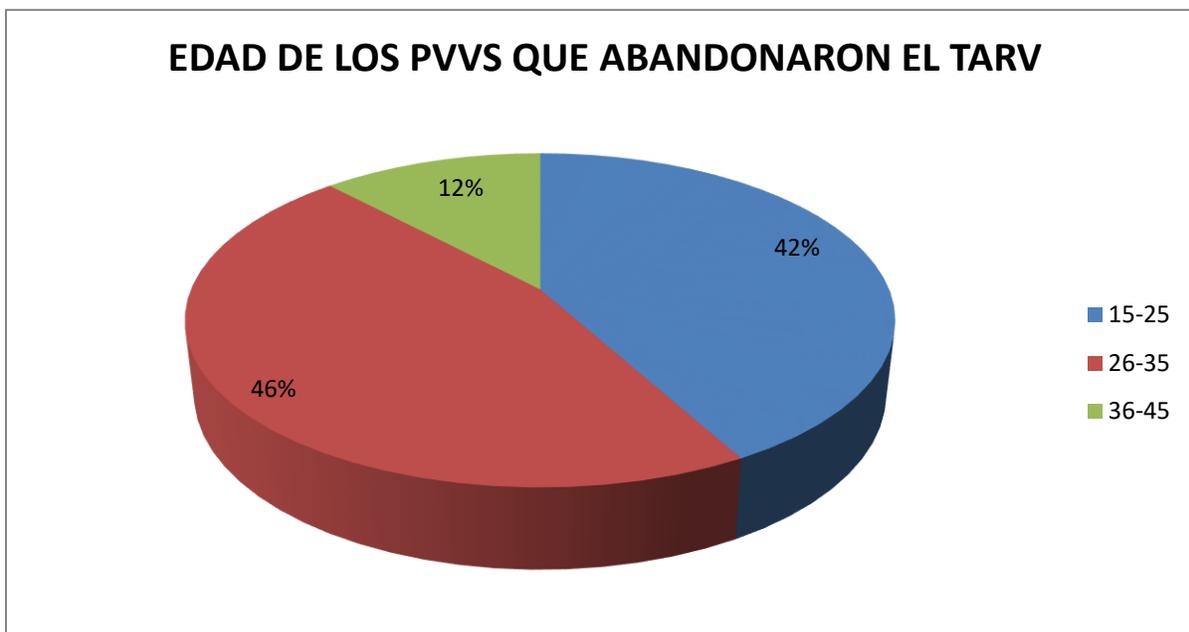


4.2. Características De La Población Que Participó En el Estudio

4.2.1. Características Sociodemográficas

4.2.1.1. Edad de los y las PVVS que abandonaron el Tratamiento Antirretroviral

Gráfico N° 1 Edad de los y las PVVS que abandonaron el Tratamiento Antirretroviral



Fuente: Elaboración propia en base a la revisión documental del proyecto “Fortaleciendo los conocimientos de las personas que abandonaron su tratamiento antirretroviral” desarrollado en la ciudad de El Alto durante la gestión 2018.

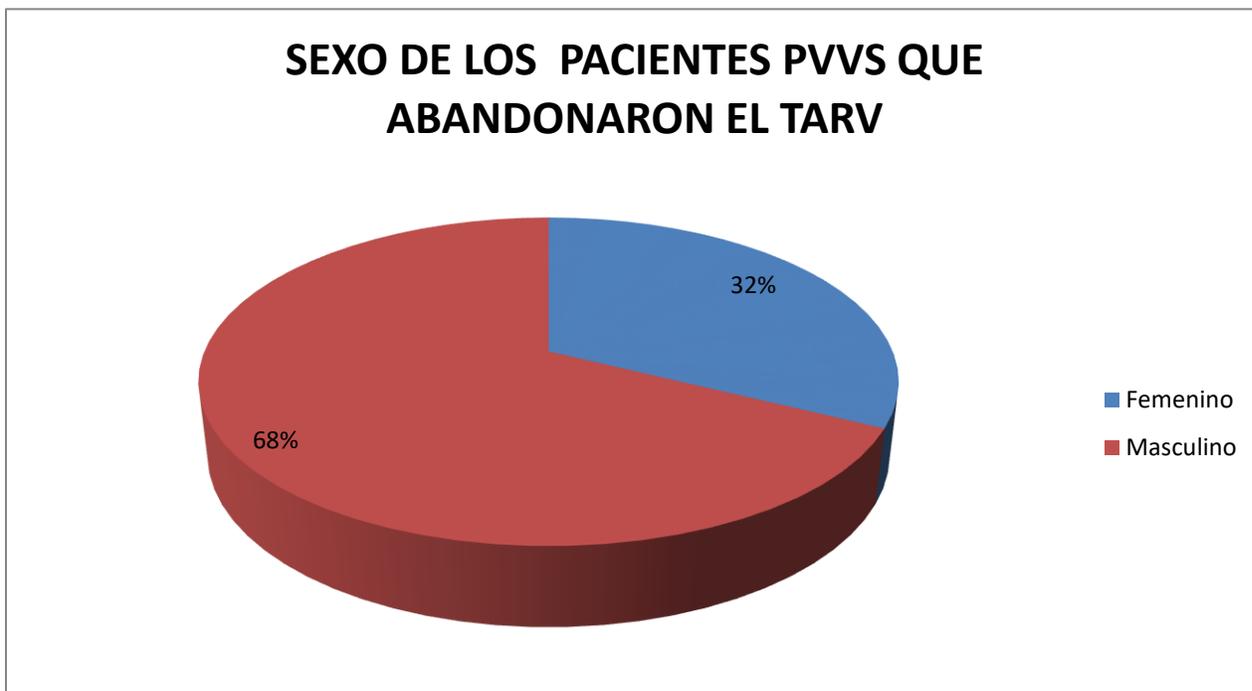
Este gráfico muestra tres grupos de edad de pacientes PVVS. El grupo de edad con mayor prevalencia de VIH es el de 26-35 años con un 46%, el segundo grupo de edad de 15-25 años con un 42%, y el tercer grupo de edad con mayor prevalencia de VIH y la menor con 36 años. 12% a partir de los 45 años. Un breve perfil de la población de estudio permitió observar que los pacientes consultados por CRVIR que abandonaron su tratamiento antirretroviral eran predominantemente adultos en el grupo de edad (edades 26-35), un 46% en edad de producción, tienen sus propios hogares, responsabilidades financieras y expectativas, tienen recursos económicos independientes, en algunos casos estas personas ya tienen una familia y una vida hecha, siendo que la enfermedad produce inestabilidad en la misma por la noticia de la enfermedad.



Actualmente en Bolivia lo más preocupante es el alto porcentaje de jóvenes que están contrayendo la enfermedad del VIH/SIDA, mostrando que son deficientes los programas de información y educación preventiva esto demuestra el 42% de personas jóvenes.

4.2.1.2. Sexo de los y las PVVS que abandonaron el TARV

Gráfico N° 2 Sexo de los y las PVVS que abandonaron el TARV



Fuente: Elaboración propia en base a la revisión documental del proyecto “Fortaleciendo los conocimientos de las personas que abandonaron su tratamiento antirretroviral” desarrollado en la ciudad de El Alto durante la gestión 2018.

Según el gráfico N2 el 68% es población masculina, en segundo lugar con un 32% la población femenina, manifestando así el abandono del tratamiento antirretroviral es del sexo masculino.

La población diagnosticada con VIH/SIDA es predominantemente masculina y probablemente debido a que en Bolivia existe una relación patriarcal entre hombres y mujeres, construyendo roles de género, los hombres están empoderados para desempeñarse, el sexo es solo una "creencia popular" que trata a la otra persona como un objeto.

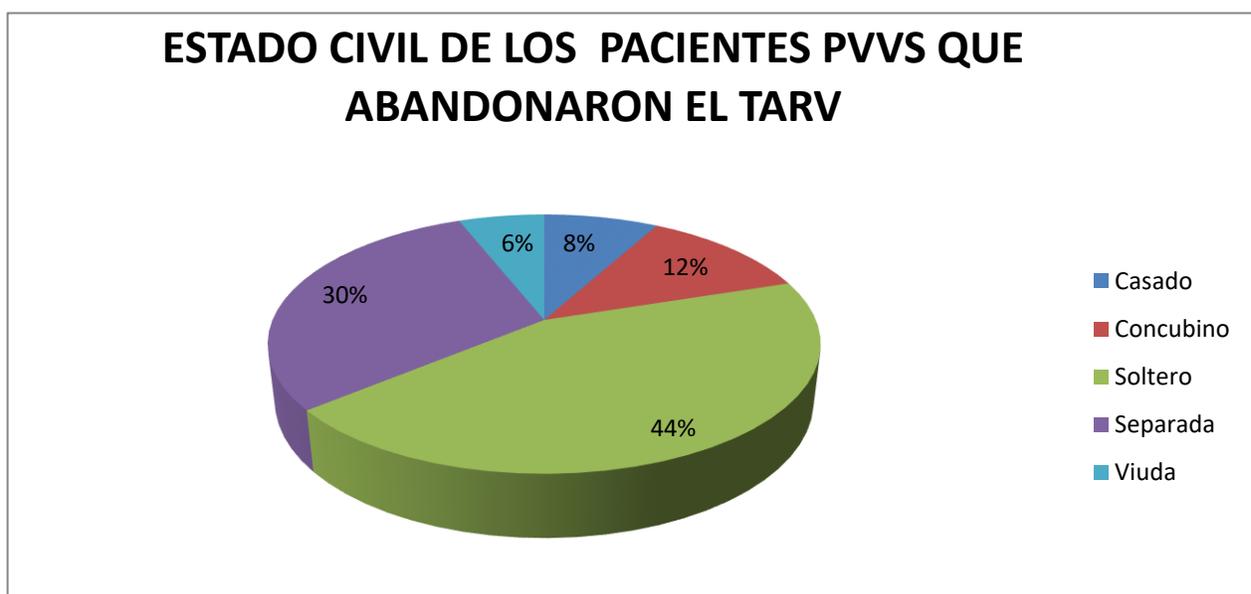


Afirman que los hombres pueden tener varias esposas para parecer más "machistas". Esto demuestra que en lugar de tener una esposa o pareja, existe una fuerte posesividad.

Es en la misma forma que los pacientes PVVS que abandonaron el Tratamiento Antirretroviral son varones a comparación de mujeres ya que en los casos estudiados refieren que fueron transmitidas por sus parejas con las cuales llevaban una relación "estable", así mismo existen algunos casos en los que se separaron cuando se enteraron de su diagnóstico intentando culpabilizar los hombres a las mujeres de su enfermedad.

4.2.1.3. Estado Civil de los y las PVVS que abandonaron el Tratamiento Antirretroviral

Gráfico N° 3. Estado Civil de los y las PVVS que abandonaron el Tratamiento Antirretroviral



Fuente: Elaboración propia en base a la revisión documental del proyecto "Fortaleciendo los conocimientos de las personas que abandonaron su tratamiento antirretroviral" desarrollado en la ciudad de El Alto durante la gestión 2018.

Como se puede ver en el grafico N3, el 44% de los encuestados son solteros, seguidos del 30%, el 12% de los que se fueron eran convivientes casados el 8% de la población eran casados y el 6% eran viudas. Según los resultados obtenidos en cuanto al estado civil de los pacientes PVVS, el abandono de su tratamiento antirretroviral muestra que los pacientes PVVS, no está en una



relación, siendo así que el 44% de ellos son solteros y no están en una relación legal, indicando que no existe correspondencia entre el matrimonio y el ejercicio de la sexualidad.

Considerando así que según el diccionario jurídico se denomina estado civil a la situación en que se encuentra o no una persona en relación a otra, con quien se crean lazos jurídicamente reconocidos sin que sea su pariente, constituyendo con ella o él una institución familiar, y adquiriendo derechos y deberes al respecto. Existen diferentes tipos de estado civil entre los más comunes encontramos el de soltero/a, el de casado y otros como divorciado o viudos. Según el gráfico podemos apreciar que solo el 8% de los usuarios entrevistados son casados los cuales tienen responsabilidad jurídica.

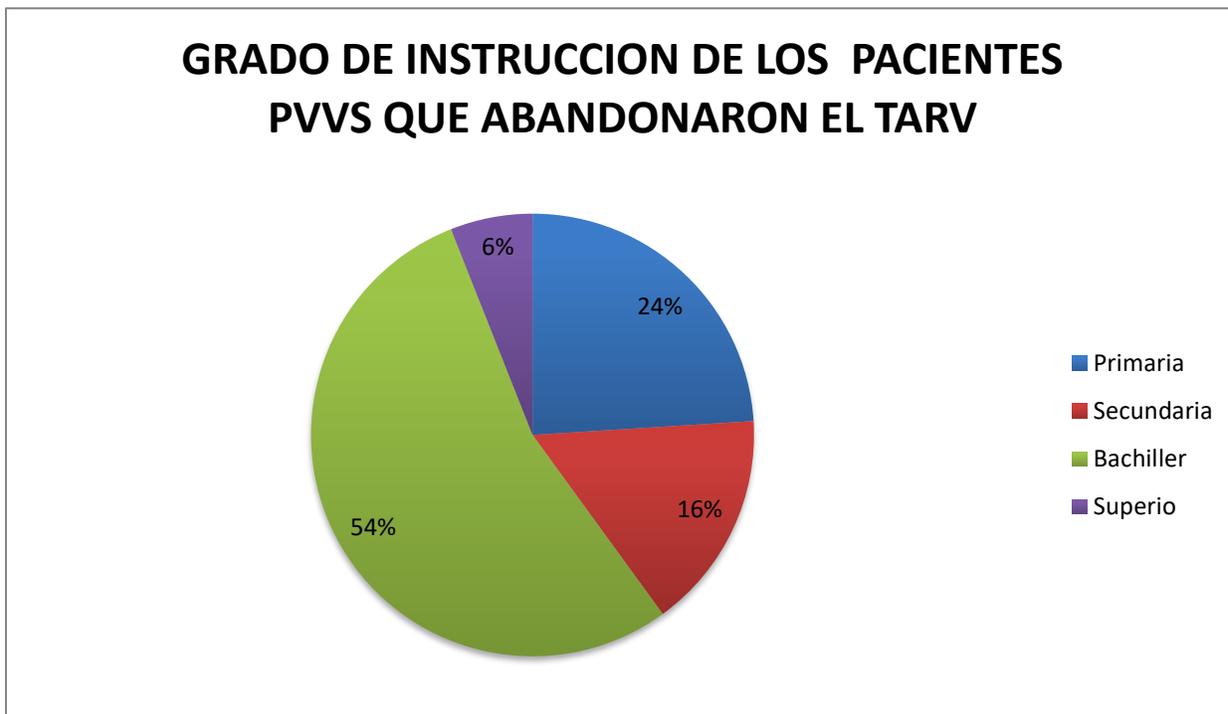
El 30% de separados que hay en la población entrevistada, llama la atención ya que algunos usuarios refieren que una de las causas de separación fue el diagnóstico de la enfermedad. El paciente PVVS tiene que reajustar metas y propósitos que pueden afectar su vida y la de su familia.

Una situación crítica se ve al hacer una comparación de edad en la que se demuestra que muchos de ellos al ser infectados a temprana edad por razones obvias no llegaron a formar una familia lo que les puso en una posición de dependencia de los padres, hermanos, tíos, o algún pariente por la situación de la infección.

4.2.1.4. Grado De Instrucción de los PVVS que abandonaron el Tratamiento Antirretroviral



Gráfico N° 4. Grado De Instrucción de los PVVS que abandonaron el Tratamiento Antirretroviral



Fuente: Elaboración propia en base a la revisión documental del proyecto “Fortaleciendo los conocimientos de las personas que abandonaron su tratamiento antirretroviral” desarrollado en la ciudad de El Alto durante la gestión 2018.

Los datos obtenidos en el gráfico N° 4 refleja que con mayor proporción es el de 54 % de pacientes PVVS que lograron el grado de instrucción hasta el bachillerato, el 24% solo hasta el nivel de primaria, el 16 % tiene nivel Secundario, el 6% superior.

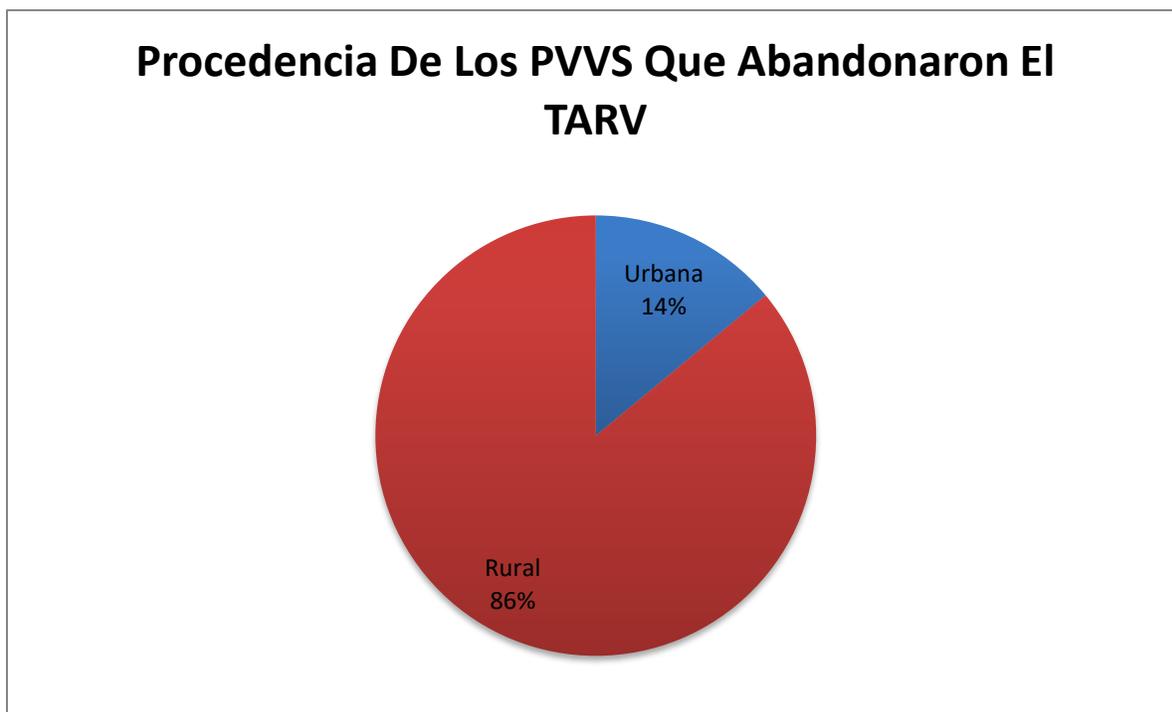
El grafico refleja que el 54% de los pacientes PVVS que abandonaron su tratamiento antirretroviral cursaron el bachillerato o que muestra que en las Unidades Educativas donde recibieron formación integral no recibieron orientación, ni información adecuada acerca del VIH/SIDA y la educación sexual reproductiva y de prevención sobre estas enfermedades considerando que los estudiantes que acabaron el sistema regular de educación tampoco conocen acerca de la enfermedad.



Este gráfico refleja que los mayores obstáculos para una verdadera prevención del SIDA es la información, muchas veces errónea, amarillista y falsa que actualmente circula en nuestro medio”, ya que teniendo grado de bachillerato tendrían que conocer acerca de la enfermedad, esto significa que el Sistema Educativo Plurinacional no está desarrollando y consolidando conocimientos teóricos y prácticos de carácter científico humanístico para su desenvolvimiento en la vida como manda la Ley Avelino Siñani.

4.2.1.5. Procedencia De Los PVVS Que Abandonaron El Tratamiento Antirretroviral

Gráfico N° 5. Procedencia De Los PVVS Que Abandonaron El Tratamiento Antirretroviral



Fuente: Elaboración propia en base a la revisión documental del proyecto “Fortaleciendo los conocimientos de las personas que abandonaron su tratamiento antirretroviral” desarrollado en la ciudad de El Alto durante la gestión 2018.

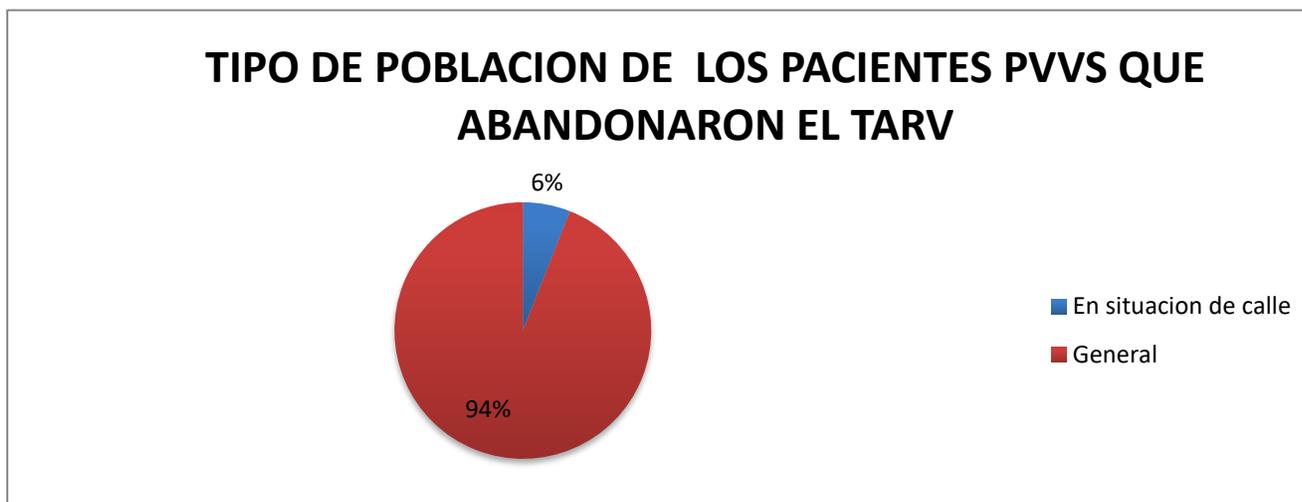
Según los datos obtenidos en el gráfico N° 5, la procedencia de los pacientes que han abandonado su tratamiento antirretroviral el 86% del área urbana y en menor cantidad un 14% son de procedencia rural.



El lugar con más porcentaje en casos de personas PVVS es en el área urbana con un 86% esto puede deberse a que en la ciudad las personas tienden a tener más parejas casuales además de la falta de educación en temas de sexualidad responsable en ITS/VIH/SIDA a jóvenes, y que además representan el % más alto en cuanto al abandono del tratamiento antirretroviral, por otro lado los pacientes PVVS procedentes del área rural el panorama es diferente puesto que el porcentaje es menor con un 14% de personas PVVS, de igual manera con carencia de información y educación en temas de salud sexual reproductiva, la falta de información adecuada es la consecuencia de que todavía no conozcan de estas enfermedades.

4.2.1.6. Tipo De Población De Los Pvs Que Abandonaron El Tratamiento Antirretroviral

Gráfico Nº 6. Tipo De Población De Los Pvs Que Abandonaron El Tratamiento Antirretroviral



Fuente: Elaboración propia en base a la revisión documental del proyecto “Fortaleciendo los conocimientos de las personas que abandonaron su tratamiento antirretroviral” desarrollado en la ciudad de El Alto durante la gestión 2018.

Se aprecia que el tipo de población que acude al CRVIR de la ciudad de EL Alto es la población general con un 94% en segundo nivel con 6% la población en situación de calle.

En menor proporción con el 6% es la población en situación calle, población que vive en la calle y es rescatada por ONGs como Munasim Kullaquita, Maya Paya



Quimsa, etc. La mayoría de los usuarios que llegan en esta situación al CRVIR manifiestan primeramente con infecciones de transmisión sexual (ITS), la cual contraen por tener relaciones sexuales sin protección. En tal razón a esta población se le realiza la prueba de VIH para confirmar o descartar el diagnóstico.

También cabe resaltar y es necesario rescatar que las trabajadoras sexuales comerciales, homosexuales, bisexuales, etc., no abandonan el tratamiento antirretroviral.

4.2.2. Características Economicas

4.2.2.1. Ocupación de los PVVS que abandonaron el Tratamiento

Gráfico N° 7 Ocupación de los PVVS que abandonaron el Tratamiento



Fuente: Elaboración propia en base a la revisión documental del proyecto “Fortaleciendo los conocimientos de las personas que abandonaron su tratamiento antirretroviral” desarrollado en la ciudad de El Alto durante la gestión 2018.

Por los datos que se presentan en el cuadro y gráfico N7, se puede afirmar que de las personas PVVS que participaron en la experiencia, el 35% son estudiantes, es una población joven que aún está en proceso de formación que corresponde a colegios, institutos y universidades.

El 28% son amas de casa que se encargan del cuidado del hogar, de sus hijos, sin recibir remuneración, dependiendo así económicamente de su pareja. En el análisis de la experiencia se pudo determinar que las mujeres tienen grandes



dificultades para incorporarse al mercado laboral en algunos casos por su edad o por falta de experiencia. Siendo que estos factores en su conjunto ocasionan que las mujeres tengan este tipo de limitaciones que enfrentan en cada uno de sus hogares.

El 16% nos muestra que son personas que sustentan a su familia con el comercio informal y ambulatorio, sin poder recibir grandes ganancias, viviendo así de las ventas generadas al día.

El 9% cuentan con un trabajo estable percibiendo ingresos económicos fijos cada fin de mes, contando con beneficios sociales, como seguro médico, doble aguinaldo, etc. Siendo así uno de los factores que evita que puedan cumplir con sus controles médicos, ya que tienen un horario establecido por cumplir.

Finalmente, un 12% nos muestra que son personas que realizan trabajos no remunerados (albañiles y choferes) ya que ellos invierten su tiempo y mano de obra, para poder tener una solvencia económica propia y estable, para satisfacer las necesidades de su entorno familiar.

Frente a estos datos podemos afirmar que la población de personas PVVS que más participaron de esta experiencia son personas que tienen trabajos eventuales, se dedican al trabajo informal, y en un porcentaje bajo de participación de personas asalariadas que por el tiempo no participaron en la experiencia.

Es así que se puede evidenciar que el tema de VIH puede afectar a distintos sectores de la población siendo así que no solo afecta a un grupo determinado. Cualquier grupo puede ser afectado con esta enfermedad ya que durante los primeros meses de la infección no se presentan ningún tipo de síntoma en el cuerpo. La persona puede vivir de 1 a 5 años sin saber que el virus del VIH vive en su cuerpo.

Según Neef (1984) postula que el trabajo es una actividad esencialmente humana, instrumentalmente llevado a cabo para procurar medios para la subsistencia auto



preservador de la vida, alterador del ambiente en el que se desarrolla, social y humanamente.

Por tanto, es fuente de autoestima e identidad y es transaccional porque implica una adaptación entre el organismo y el medio. Los datos obtenidos confirman la exclusión de amplios sectores de la población a los sistemas de seguro, siendo que las personas que abandonaron el tratamiento antirretroviral del CRVIR de la ciudad de El Alto pertenecen al sector informal y terciario de nuestra economía que son marginados de su derecho a la salud como función del Estado.

4.2.2.2. Ingresos que Perciben los PVVS que abandonaron el Tratamiento Antirretroviral

Gráfico N° 8. Ingresos que Perciben los PVVS que abandonaron el Tratamiento Antirretroviral



Fuente: Elaboración propia en base a la revisión documental del proyecto “Fortaleciendo los conocimientos de las personas que abandonaron su tratamiento antirretroviral” desarrollado en la ciudad de El Alto durante la gestión 2018.

La gráfica N° 8 refleja los ingresos económicos de la población PVVS, con mayor cantidad es el de 34% es decir que de 17 personas el ingreso es menos de 600 Bs, seguidamente es el 32% de la población que no cuenta con un ingreso



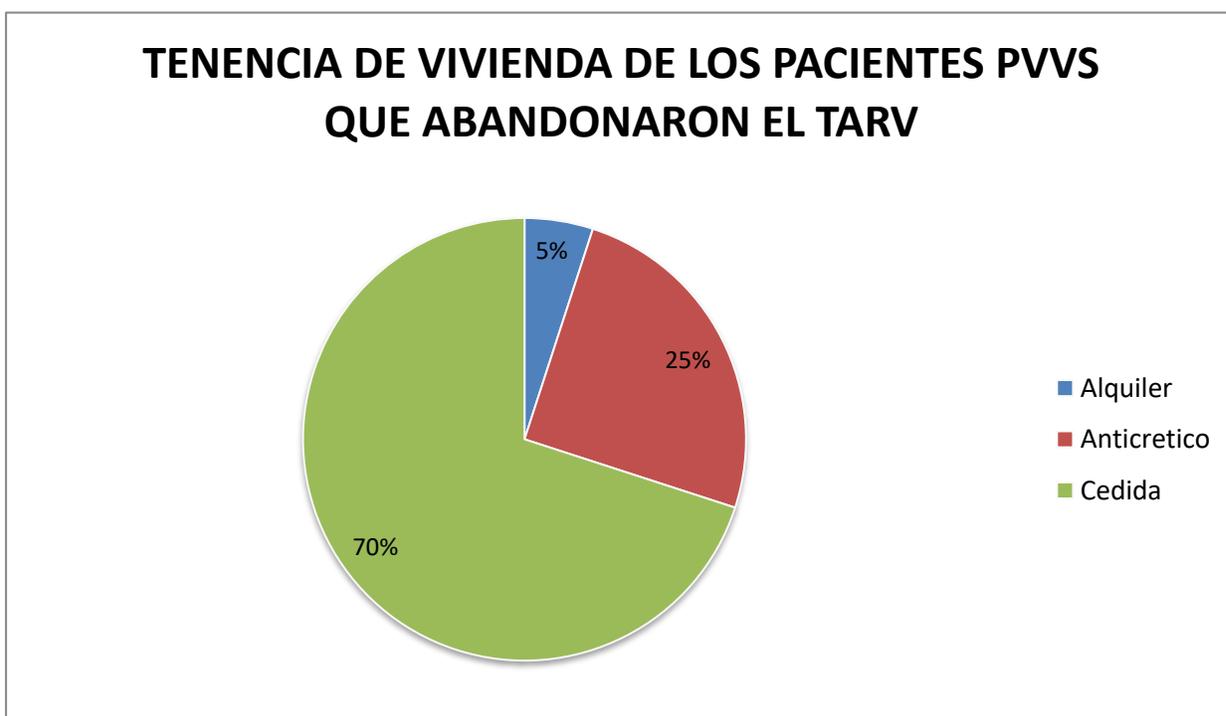
económico, en tercer lugar, ocupa de 600 -1800 Bs con el 24% y por último con ingreso de 1900-2800 Bs el 10% de la población entrevistada.

El salario es entendido como una retribución o recompensa que reciben los trabajadores. Como se puede ver entonces, el término ingresos o el salario es el pago que recibe de forma periódica un trabajador de mano de su empleador a cambio de que este trabaje durante un tiempo, para el tratamiento de su enfermedad, ya que, aparte de servir para mejorar las condiciones de vida, pueden ser utilizados en parte para mantener y brindar mejores condiciones en la calidad de vida de los pacientes, una proporción de los y las PVVS tienen actividades económicas por cuenta propia sobre todo en comercio informal, servicios y pequeños talleres de manufactura artesanal el cual es un negocio familiar.

4.2.3. Características Sociales

4.2.3.1. Tenencia de la Vivienda de los PVVS que abandonaron el Tratamiento Antirretroviral

Gráfico Nº 9. Tenencia de la Vivienda de los PVVS que abandonaron el Tratamiento Antirretroviral





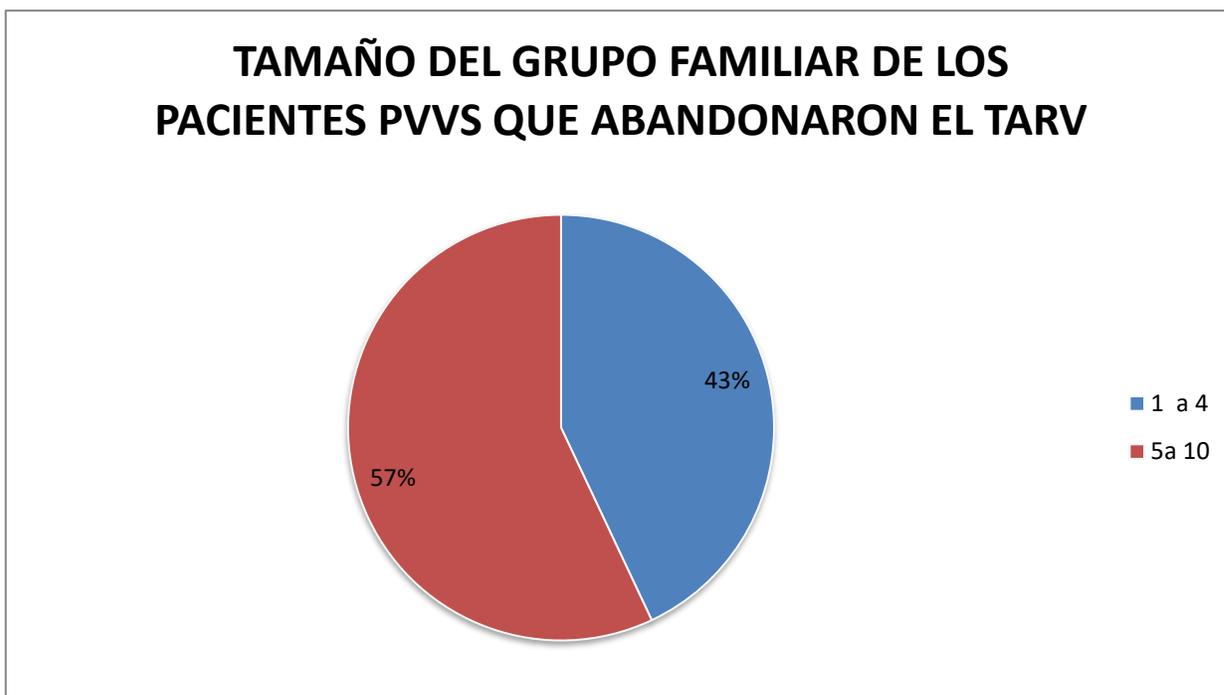
Fuente: Elaboración propia en base a la revisión documental del proyecto “Fortaleciendo los conocimientos de las personas que abandonaron su tratamiento antirretroviral” desarrollado en la ciudad de El Alto durante la gestión 2018.

Según el gráfico N9 de los datos encontrados se puede observar que solo 70% tiene acceso a vivienda cedida sin erogación ya que la propiedad pertenece a uno de los familiares, sin embargo 25% está en alquiler y el 5% en anticrético.

La vivienda cubre una necesidad y derecho humano fundamental, casa, vestido, sustento son necesidades humanas, Se puede ver mediante el análisis de documentos, los pacientes PVVS no cuenta con recursos para obtener una casa propia y tienden a alquilar habitaciones, tomar un anticrético por ende después de un tiempo se cambia de domicilio cada vez que termina el contrato, en otros casos cohabitan en casas de los padres o algún familiar cercano que les ha cedido, y por último en casa de amistades por factor de trabajo.

4.2.3.2. Grupo Familiar de los PVVS que abandonaron el Tratamiento Antirretroviral

Gráfico N° 10. Grupo Familiar de los PVVS que abandonaron el Tratamiento Antirretroviral





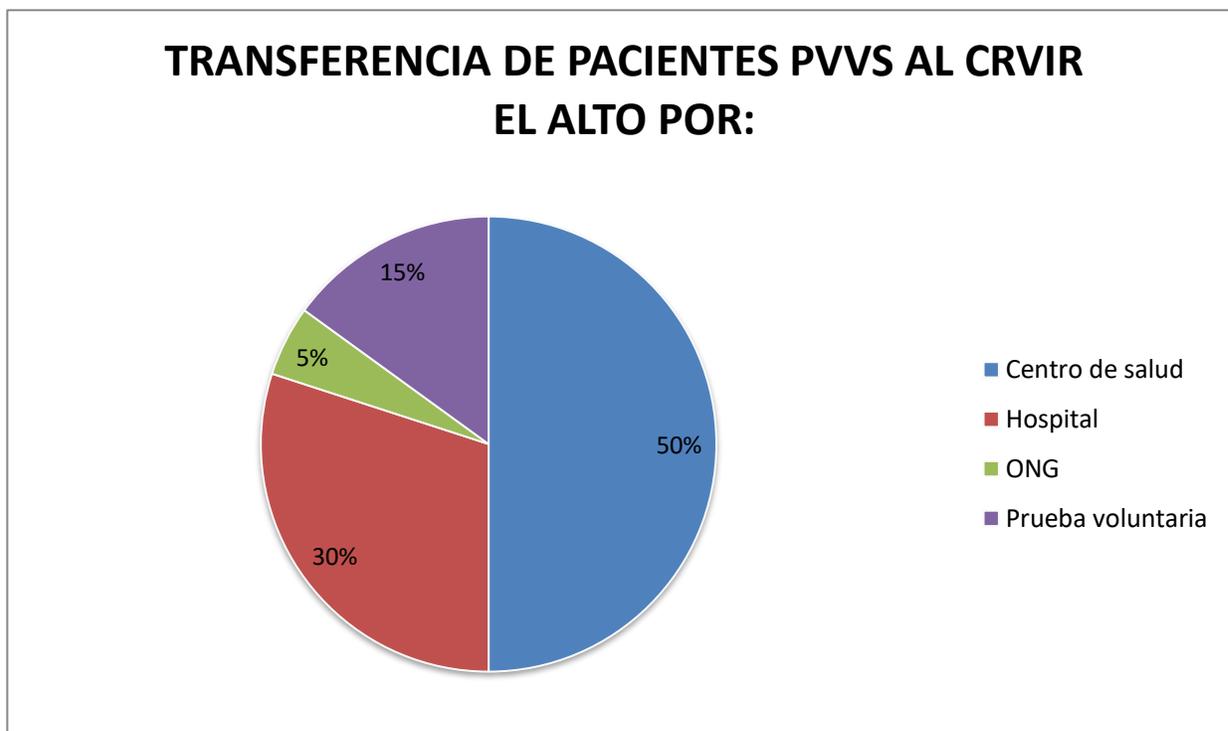
Fuente: Elaboración propia en base a la revisión documental del proyecto “Fortaleciendo los conocimientos de las personas que abandonaron su tratamiento antirretroviral” desarrollado en la ciudad de El Alto durante la gestión 2018.

Según el gráfico 57% de la población entrevistada está conformada de 5 a 10 personas por familia y el 43% de 1 a 4 personas por familia.

En el grupo familiar se puede observar que la mayor parte de los pacientes que abandonaron el tratamiento antirretroviral proceden de familias numerosas. Se puede decir que los ingresos económicos no abastecen y se reduce la calidad de vida en cuanto al aumento de integrantes familiares. El número de miembros en la familia varía según el tipo de familia a la que pertenezcan los pacientes PVVS que en muchos casos estos pacientes PVVS mantienen en secreto su diagnóstico por temor a la reacción de sus familiares.

4.2.3.3. Características médicas de los pacientes PVVS que abandonaron el Tratamiento Antirretroviral

Gráfico Nº 11. Características médicas de los pacientes PVVS que abandonaron el Tratamiento Antirretroviral



Fuente: Elaboración propia en base a la revisión documental del proyecto “Fortaleciendo los conocimientos de las personas que abandonaron su tratamiento antirretroviral” desarrollado en la ciudad de El Alto durante la gestión 2018.



Los pacientes PVVS que abandonaron el tratamiento llegaron al CRVIR en 50% referido de los Centros de Salud, el 30% con transferencia de Hospital, el 15% porque se realizó la prueba voluntaria y el 5% traído por las ONG ya que son población en situación de calle.

El 15% que se realizó la prueba rápida voluntaria, llama la atención, puesto que está es una medida que asegura un diagnóstico temprano que permite instaurar el tratamiento antirretroviral adecuado para controlar la progresión de la enfermedad Y por el otro lado el 50 % fue transferido de manera obligatoria al inicio del tratamiento antirretroviral.

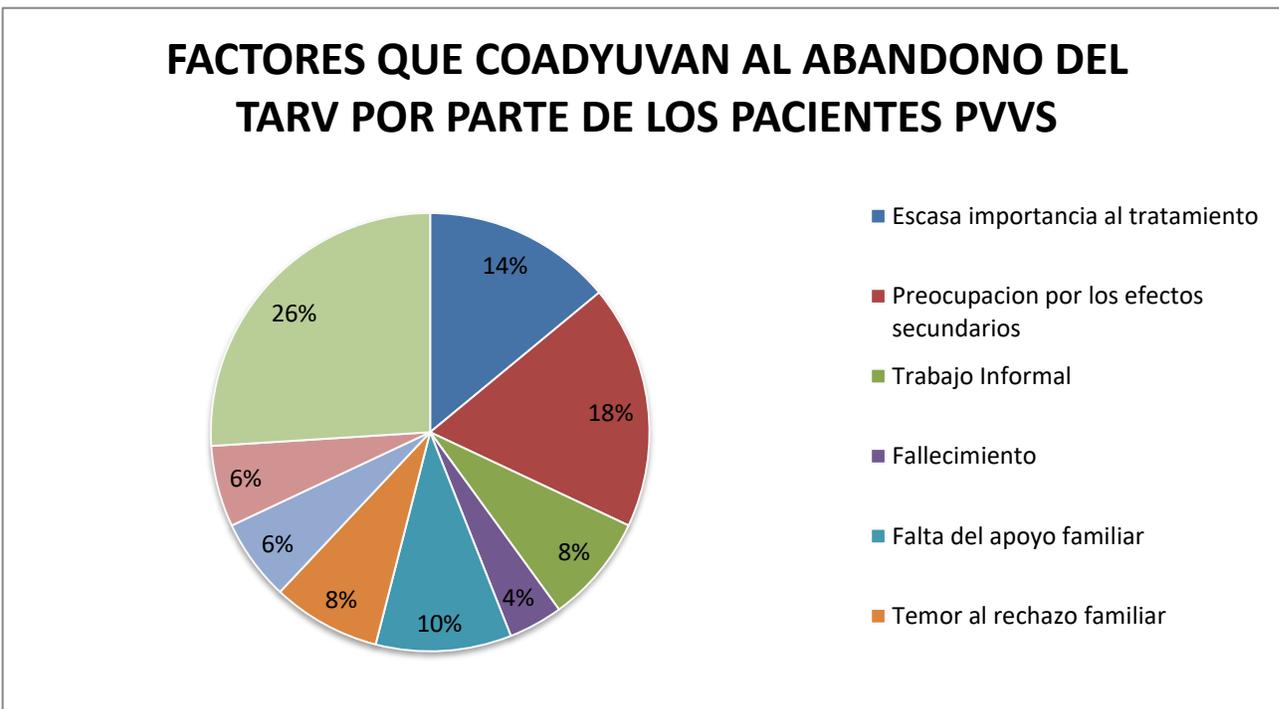
El VIH en la sangre en esta etapa es muy elevado, por eso existe un riesgo elevado de transmitirlo a otra persona. Una vez que el paciente PVVS se recupera de las diarreas, resfríos, etc., no toman conciencia de la enfermedad para continuar con su tratamiento para la ITS y ya no vuelven por el Tratamiento Antirretroviral.

4.2.4. Factores Que Inciden En El Abandono Del Tratamiento Antirretroviral

4.2.4.1. Factores que coadyuvan abandono del tratamiento antirretroviral



Grafico N12. Factores que coadyuvan abandono del tratamiento antirretroviral



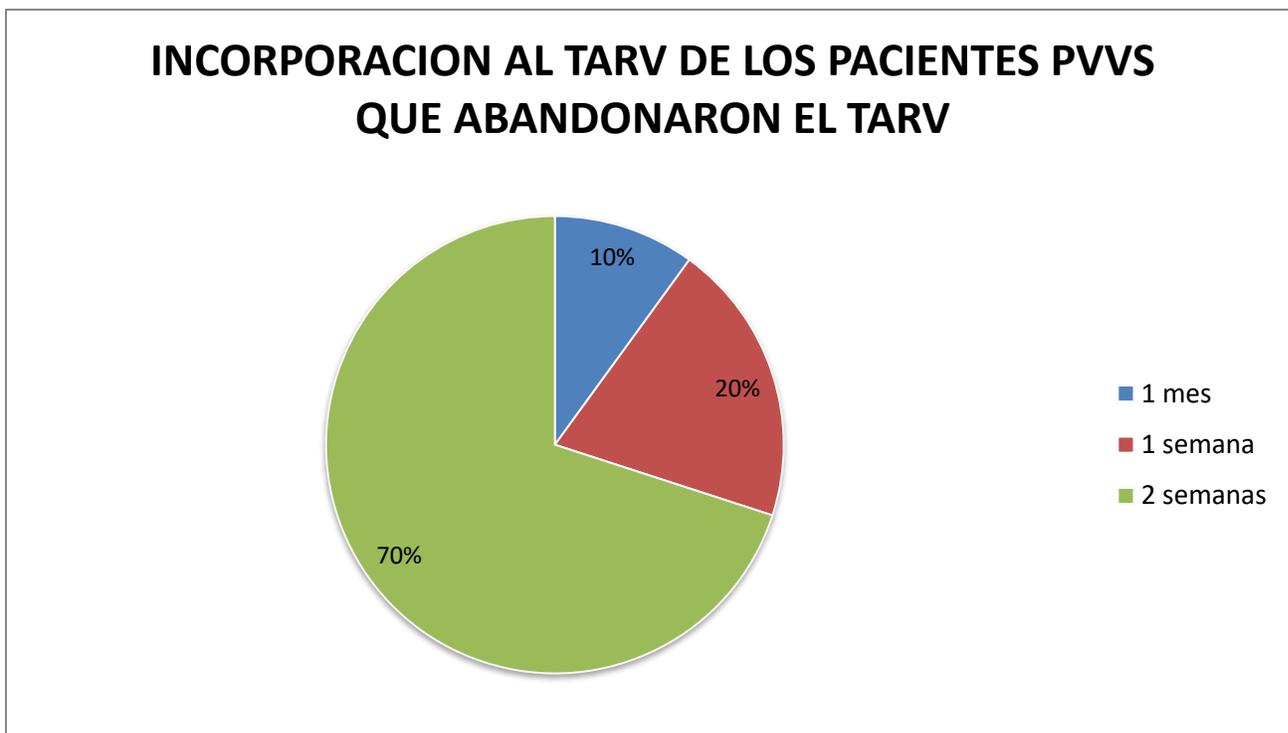
Fuente: Elaboración propia en base a la revisión documental del proyecto “Fortaleciendo los conocimientos de las personas que abandonaron su tratamiento antirretroviral” desarrollado en la ciudad de El Alto durante la gestión 2018.

En el presente grafico se puede apreciar que con un 26% los PVVS refirieron no tener una orientación adecuada de la enfermedad refiriendo que no tuvieron en algunos casos la completa información del VIH/SIDA y el tratamiento, el 18% manifiestan que les preocupa los efectos secundarios de los medicamentos antirretrovirales, el 14% refiere que se olvidaron de tomar su antirretrovirales lo que muestra la escasa importancia a los antirretrovirales, el 10% de pacientes tiene temor al aislamiento familiar, con el 8% se refleja el bajo nivel de las redes de apoyo familiar, el 6% manifestó que tiene impedimentos por los horarios de trabajo ya que cuentan solo con un trabajo informal, el 6 % es el consumo de bebidas alcohólicas y el 4% es por temor sobre su enfermedad y por último con el mismo porcentaje se encuentran las personas que fallecieron durante el estudio.



4.2.4.2. Tiempo en el que se incorporaron los Pacientes PVVS a su Tratamiento Antirretroviral

Gráfico Nº 13. Tiempo en el que se incorporaron los Pacientes PVVS a su Tratamiento Antirretroviral



Fuente: Elaboración propia en base a la revisión documental del proyecto “Fortaleciendo los conocimientos de las personas que abandonaron su tratamiento antirretroviral” desarrollado en la ciudad de El Alto durante la gestión 2018.

El gráfico muestra que el 70% se incorporó al tratamiento en 2 semanas, en segundo lugar, con 20% se incorporó en 1 semana y el 10% en un mes después que le diagnosticaron. Se puede ver que con un porcentaje predominante del 70% de los pacientes PVVS que abandonaron el tratamiento se incorporaron al mismo en dos semanas después de su diagnóstico con resultado reactivo.

En el Centro Regional de Vigilancia, Información y Referencia para iniciar el tratamiento antirretroviral da la orden médica después de realizar un estudio general del paciente. El tiempo que transcurre de espera está en realización de los laboratorios los cuales son el laboratorio de CD4 y el laboratorio de la Carga Viral, donde según la “Guía terapéutica del tratamiento antirretroviral” para iniciar el tratamiento inmediatamente debe tener un CD4 menor 300 o 250, siendo que la



cantidad normal de una persona es más de 1000. Se puede que el tiempo de dos semanas de espera es promedio para incorporarse al tratamiento ya que en el CRVIR se realiza una semana de supervisión al paciente para ver efectos secundarios que causa el antirretroviral es decir que el paciente viene cada día por una semana a tomar su medicamento.

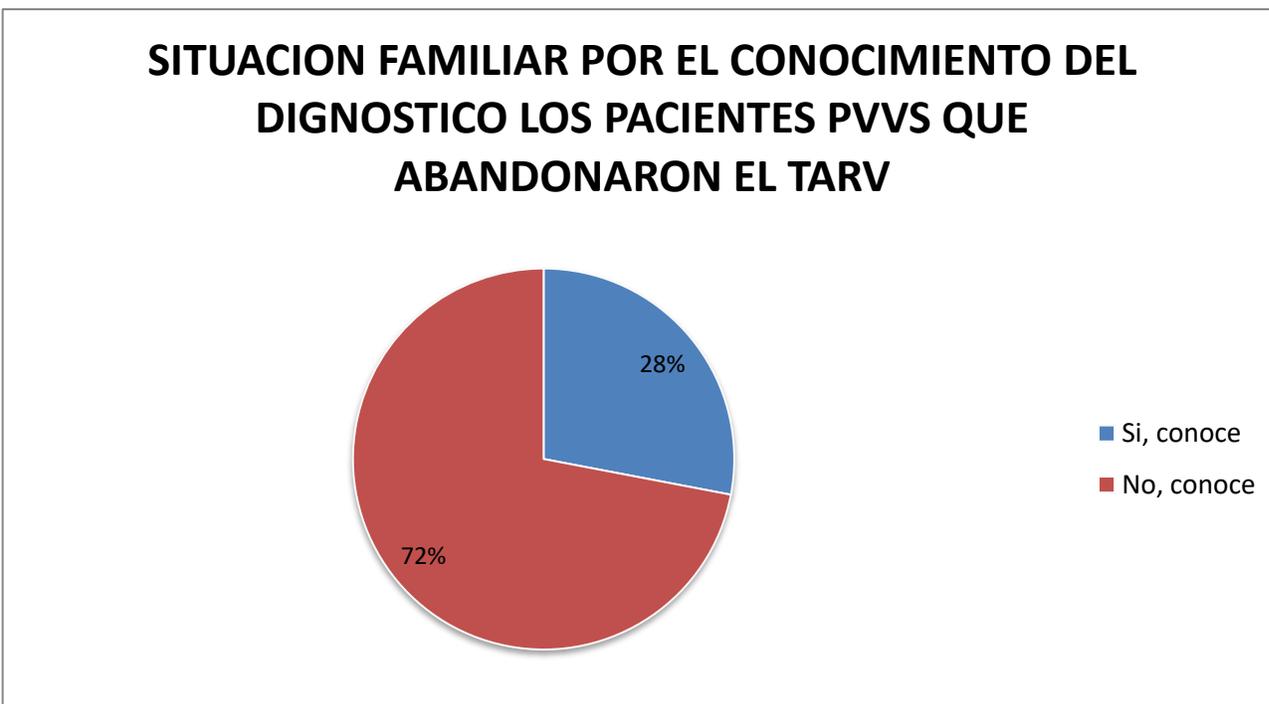
El 20% de los pacientes PVVS que abandonaron el TARV se incorporaron al Programa para el antirretroviral en una semana siendo que estos pacientes llegaron en un estado de salud crítico es decir con menos de 250 de CD4 y no tenían ningún otro tratamiento.

El mínimo % que tardo hasta un mes ya que el paciente debería pasar por todas las áreas que corresponde al flujograma según el manual de función de CRVIR para lograr la adherencia, atendido por psicólogos y por Trabajo Social que realiza un estudio social de los y las PVVS, sigue con enfermería donde realizan la ficha de evolución del paciente y pasa al área médica para la orden del laboratorio; en esta situación se ve que los pacientes PVVS no contaban con tiempo para cumplir con el servicio integral que ofrece el CRVIR.

4.2.4.3. Situación familiar con respecto al diagnóstico de los pacientes que abandonaron el Tratamiento Antirretroviral



Gráfico N° 14. Situación familiar con respecto al diagnóstico de los pacientes que abandonaron el Tratamiento Antirretroviral



Fuente: Elaboración propia en base a la revisión documental del proyecto “Fortaleciendo los conocimientos de las personas que abandonaron su tratamiento antirretroviral” desarrollado en la ciudad de El Alto durante la gestión 2018.

En base a las entrevistas indican que de los 46 PVVS entrevistados; 13 PVVS refieren que la familia si conoce su diagnóstico lo que conforma el 28%, así mismo son 33 PVVS que manifestaron que su familia no conoce su diagnóstico lo que conforma el 72%.

Según Quintero, la familia es la matriz para el desarrollo psicosocial, donde existe un apoyo mutuo entre sus miembros, lo cual es muy importante para la situación actual que atraviesa el paciente. Refiriéndonos a que los seres humanos como individuos sociales atraviesan por ciertas etapas y momentos en la vida de crisis y superaciones, y en la mayor parte la familia es la que acompaña al individuo.

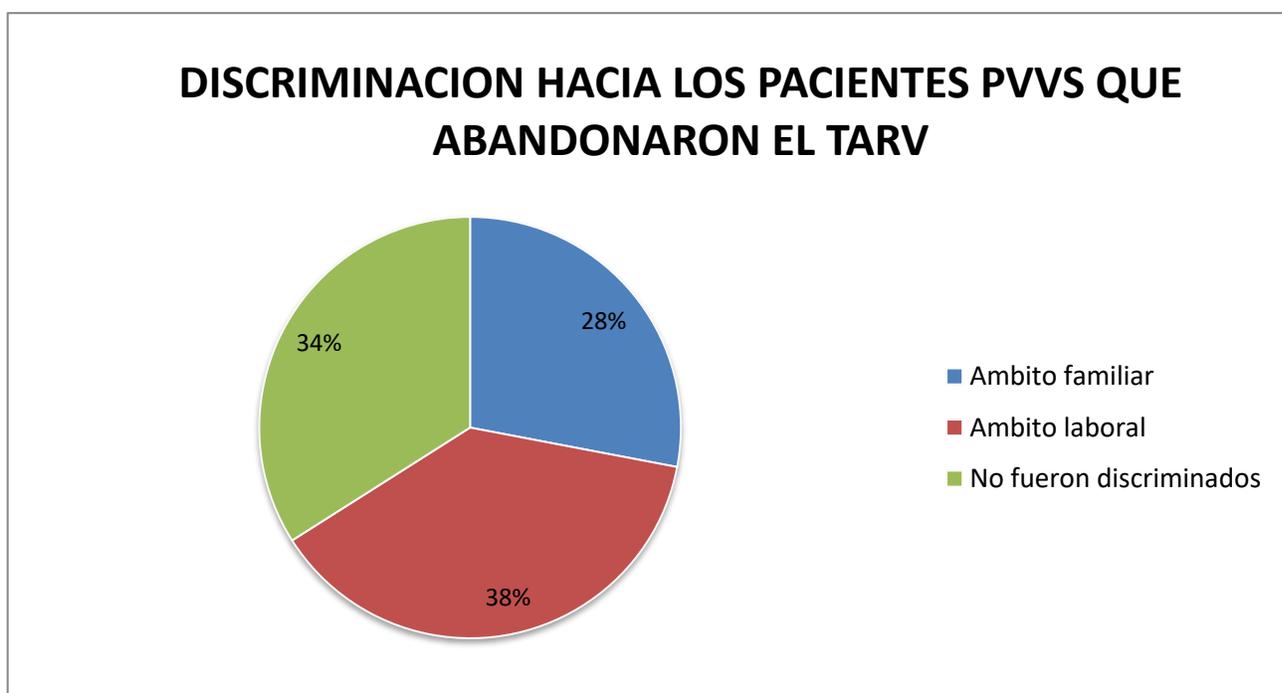
Siendo así que la familia desempeña un papel importante en la vida de los pacientes PVVS y las características propias de la dinámica particular de cada núcleo pueden facilitar u obstaculizar el tratamiento que estas personas reciben.



Aun así es preocupante que el 72% de las familias de los pacientes PVVS no conozcan el diagnóstico, porque si la familia no conoce acerca de la situación no podrán apoyar adecuadamente al paciente en cuanto a su diagnóstico y el TARV y puesto que la información es confidencial, no se puede intervenir en la decisión del paciente.

4.2.4.4. Discriminación Hacia Los Pacientes PVVS Que Abandonaron El Tratamiento Antirretroviral

Gráfico N° 15. Discriminación Hacia Los Pacientes PVVS Que Abandonaron El Tratamiento Antirretroviral



Fuente: Elaboración propia en base a la revisión documental del proyecto “Fortaleciendo los conocimientos de las personas que abandonaron su tratamiento antirretroviral” desarrollado en la ciudad de El Alto durante la gestión 2018.

En el grafico se puede apreciar que el 38% de los PVVS son discriminados en el ámbito laboral, el 28% en el área familiar, teniendo el 34% refieren que no fueron discriminados ya que nadie conoce de su enfermedad.

No existe riesgo conocido de transmisión de VIH para los trabajadores, clientes o consumidores debido al contacto en industrias tales como establecimientos de alimentos, pero los PVVS que trabajaron y fueron discriminados no conocen o

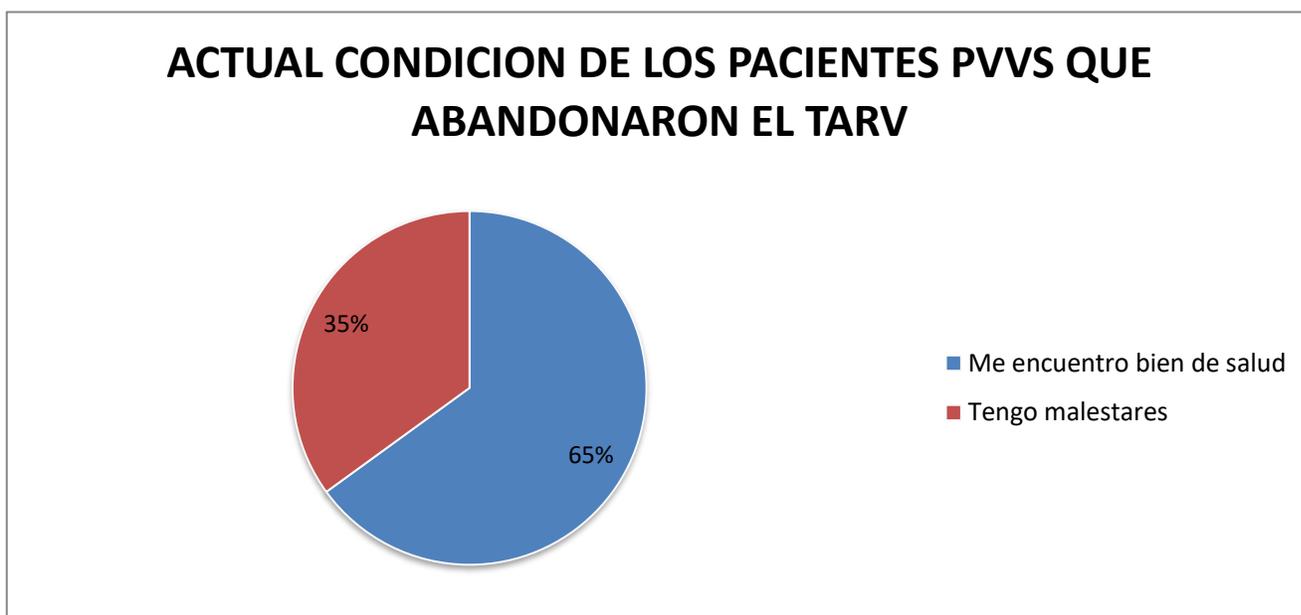


están mal orientados acerca de las vías de transmisión del VIH/SIDA, se retiraron de su fuente laboral, así mismo desconocen de las leyes que los protegen por su situación de salud.

Sobre el área familiar el 28% fueron discriminados, según los testimonios de los pacientes PVVS manifestaron que la familia carece de información adecuada y que culturalmente la enfermedad es vista como mala suerte.

4.2.4.5. Actual Condición de los Salud De Los Pacientes PvvS Que Abandonaron El Tratamiento Antirretroviral

Gráfico N° 16. Actual Condición de los Salud De Los Pacientes PvvS Que Abandonaron El Tratamiento Antirretroviral



Fuente: Elaboración propia en base a la revisión documental del proyecto “Fortaleciendo los conocimientos de las personas que abandonaron su tratamiento antirretroviral” desarrollado en la ciudad de El Alto durante la gestión 2018.

Refleja que los pacientes PVVS que abandonaron el tratamiento antirretroviral, en 65% se encuentran bien de salud y en segundo rango con el 35% los PVVS presentan malestares.

El VIH/SIDA pasa por diferentes etapas, si la infección primaria donde el virus se pega a las células CD4 y los utiliza para reproducirse, en pocas semanas se producen miles de millones de nuevos virus de VIH mientras que las células CD4



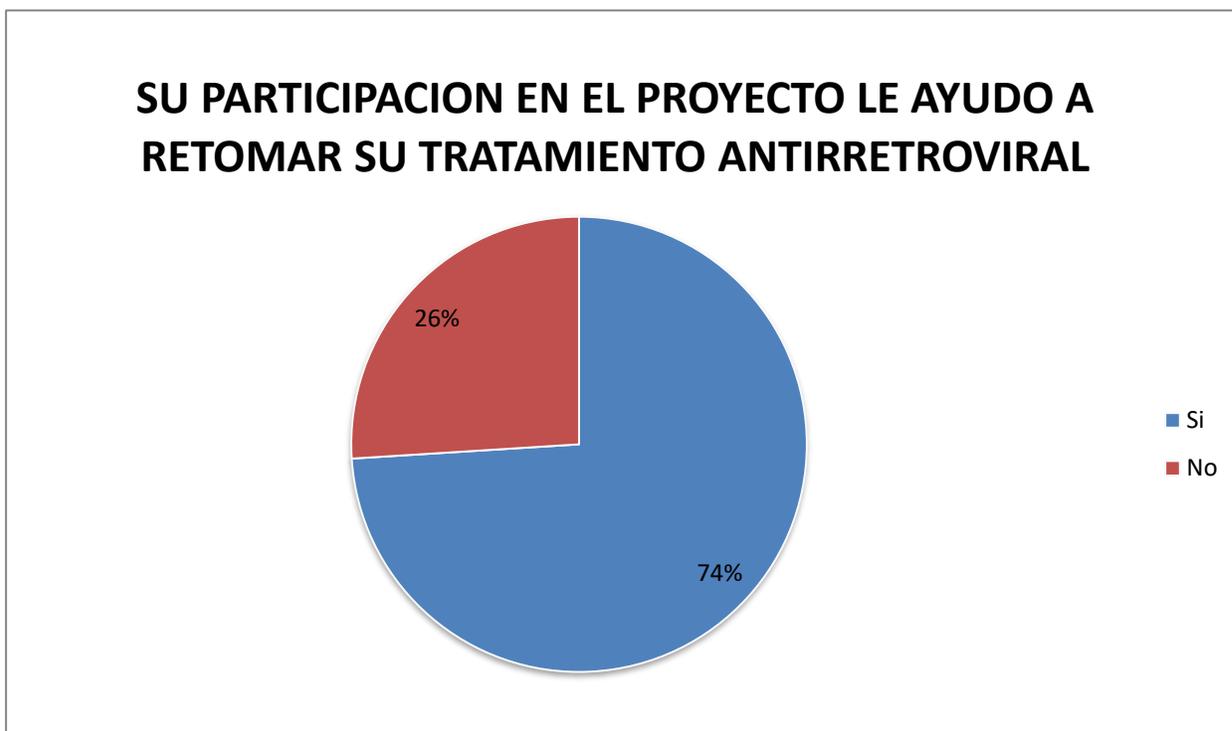
se destruyen, en la mitad de personas presentan síntomas de gripe 2 o 3 semanas de la contaminación, síntomas que luego desaparecen; se puede ver que el 65% de PVVS pasaron por esta etapa y mejoraron de salud, siendo que decidieron abandonar el tratamiento antirretroviral, muchos de los pacientes PVVS no tienen información que el VIH pasa por etapas, seguidamente después de la etapa mencionada sigue la etapa asintomática donde el cuerpo reacciona, produciendo nuevas células CD4 para luchar contra el virus, a través de anticuerpos específicos contra el VIH. Desde este momento se produce una intensiva lucha entre los virus y los CD4. Se estima que cada día se producen 100 mil millones de virus. Este combate puede durar años, pero si existe un equilibrio entre los linfocitos CD4 y el número de virus, la persona infectada no se observan signos ni síntomas de enfermedad y en general ella se siente bien.

Existen personas que viven con el VIH desde hace más de 15 años. Se ve que el 35% está entrando a la etapa sintomática ya que es cuando empiezan los problemas de salud de manera insidiosa (poco a poco), muchas veces con pérdida de peso, fiebre, diarreas frecuentes, infecciones de la boca (candidiasis, herpes) y cansancio, los PVVS están desinformados de que esta etapa en la que se encuentran les puede llevar al SIDA.

4.2.4.6. El Proyecto Socioeducativo Le Fue De Mucha Ayuda Para Retomar Su Tratamiento Antirretroviral



Gráfico N° 17. El Proyecto Socioeducativo Le Fue De Mucha Ayuda Para Retomar Su Tratamiento Antirretroviral



Fuente: Elaboración propia en base a la revisión documental del proyecto “Fortaleciendo los conocimientos de las personas que abandonaron su tratamiento antirretroviral” desarrollado en la ciudad de El Alto durante la gestión 2018.

Como se observa en el gráfico, los pacientes PVVS que participaron dentro en el proyecto “Fortaleciendo los conocimientos de las personas que abandonaron su tratamiento antirretroviral”, con 74% manifiestan que debido a la información brindada por las estudiantes de trabajo social de la Umsa a través de charlas y talleres, decidieron retornar al CRVIR de la Ciudad de El Alto y darle continuidad a su tratamiento antirretroviral, mientras que el 26% expresa que su participación en el taller fue casi nula y tuvo que recurrir a otros medios que si le ayudaron a retomar su TARV.

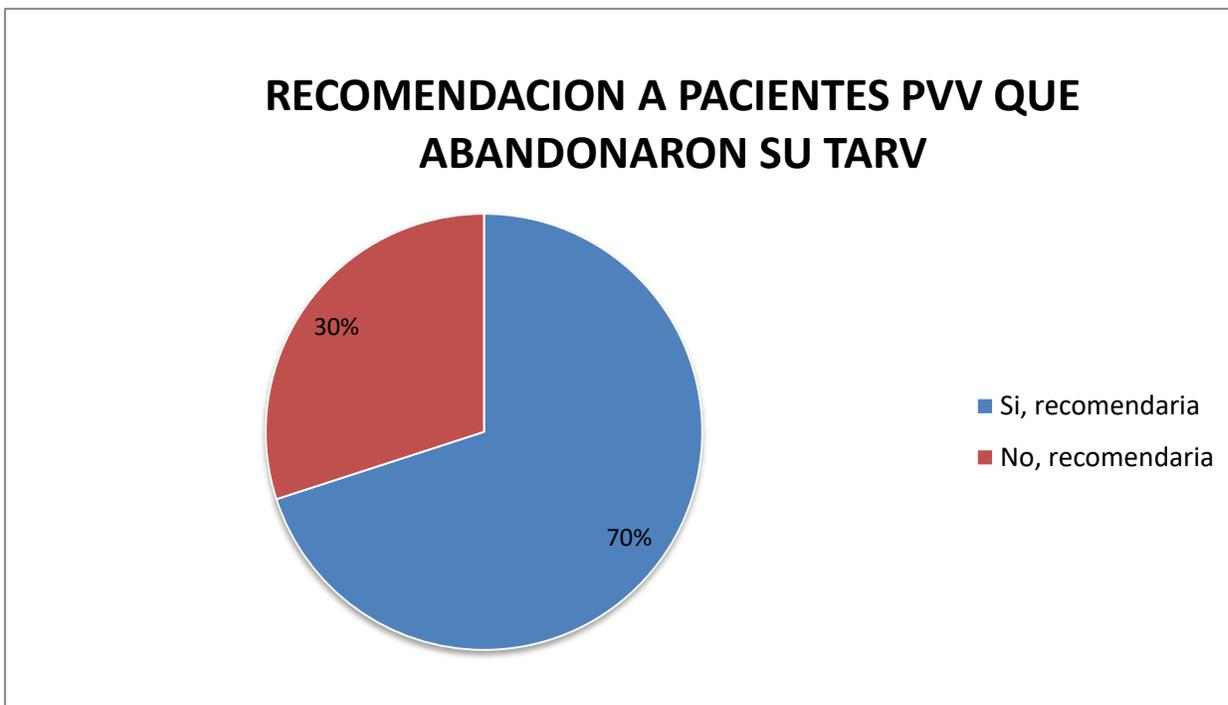
Cabe resaltar que 26% refleja que debido a diversas situaciones, como la pandemia del Covid-19, tuvieron que cambiar de residencia, migrando a otros departamentos del país, perdiendo así la forma de contactarlos para dar brindar información sobre su participación en el proyecto.



Siendo así que el 74% es la información brindada por pacientes PVVS que si participaron del proyecto brindado por las estudiantes de Trabajo Social.

4.2.4.7. Usted Recomendaría A Pacientes Pvs Que Abandonaron Su Tarv Participar De Proyectos Socioeducativos De Trabajo Social Para Recibir Información Pertinentes Acerca Del VIH/SIDA.

Gráfico N° 18. RECOMENDACION A PACIENTES PVV QUE ABANDONARON SU TARV



Fuente: Elaboración propia en base a la revisión documental del proyecto “Fortaleciendo los conocimientos de las personas que abandonaron su tratamiento antirretroviral” desarrollado en la ciudad de El Alto durante la gestión 2018.

Los resultados obtenidos de las entrevistas indican que de los 46 pacientes PVVS entrevistados; 13 PVVS refieren que no recomendarían la participación en proyectos socioeducativos a otros pacientes PVVS, lo que conforma el 30%, así mismo son 33 PVVS manifestaron que si recomendaría participar de estos proyectos socioeducativos a otros pacientes PVVS que abandonaron su TARV para recibir información lo que conforma el 70%.



La población de PVVS que dejan el tratamiento antirretroviral son aquellos temen ser discriminados o estigmatizados por la situación de la enfermedad que fueron diagnosticados.

4.2.4.8. Sugerencias De Los Pacientes Pvs Que Retomaron Su Tratamiento Antirretroviral En El CRVIR De La Ciudad De El Alto

<ul style="list-style-type: none">• <i>No deberían pedir datos originales, necesitamos privacidad</i>	6	13%
<ul style="list-style-type: none">• <i>Deberían informarnos más del tratamiento, y de la enfermedad.</i>• <i>Podrían capacitarnos acerca de la enfermedad y el tratamiento</i>• <i>Deberían informarnos a detalles el tratamiento</i>• <i>Que podamos solicitar reuniones con los doctores para que nos orienten un poco más de la enfermedad.</i>• <i>Debería de darse continuidad a proyectos socioeducativos de trabajo social de la umsa</i>• <i>El centro de salud está muy lleno y cada rato tocaban la puerta mientras me pedían mis datos, podían darnos unos folletos de la enfermedad, porque esta no es muy conocida y cuando escuchamos en la calle no prestamos atención.</i>• <i>Después de salir los resultados de la prueba de sangre, pueden informarnos acerca de los peligros de no tomar el antirretroviral</i>	22	48%
<ul style="list-style-type: none">• <i>Sería bueno que los medicamentos se repartan en cada centro de salud</i>	8	17%
<ul style="list-style-type: none">• <i>No se conoce mucho de la enfermedad y soy bien susceptible deberían informar mas</i>	10	22%

Fuente: Elaboración propia en base a la revisión documental del proyecto “Fortaleciendo los conocimientos de las personas que abandonaron su tratamiento antirretroviral” desarrollado en la ciudad de El Alto durante la gestión 2018.

En la anterior tabla se puede apreciar que con 13% sugiere que debería existir privacidad en el momento de ingresar al CRVIR con datos originales, 22% sugiere que no se conoce mucho de la enfermedad y se genera susceptibilidades para lo cual solicitan más información, con un 17% de los pacientes PVVS sugiere que deberían dar medicamentos en cada Centro de Salud.



Los pacientes del CRVIR con un porcentaje predominante sugieren que haya más información de la enfermedad del VIH/SIDA y el tratamiento antirretroviral, así mismo sugieren la continuidad de los proyecto socioeducativos y también piden mayor información después de las pruebas de sangre.



CAPITULO V INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS Y ANÁLISIS DEL PROBLEMA



En este capítulo se presentara la clasificación de problemas, la aplicación de la matriz de priorización y seguidamente la explicación y análisis del problema social. Para determinar cuál es el problema con mayor preeminencia que incide para que los PVVS abandonen el Tratamiento Antirretroviral.

El presente análisis refleja y plasma el proyecto desarrollado con pacientes PVVS por las estudiantes de Trabajo Social, para que los PVVS, retomen de manera voluntaria su tratamiento antirretroviral en el CRVIR de la Ciudad de El Alto.

5.1. Priorización De Problema

Para la priorización el problema, se aplicó la matriz de Hanlon, dicho método permite ordenar los problemas asignando un valor a cada uno de ellos según los criterios siguientes:

- **MAGNITUD:** Se refiere a la cantidad de la población que afecta. Se puede utilizar la siguiente pregunta: ¿El problema afecta a mucha gente?
- **TRASCENDENCIA:** Se refiere al efecto que tiene sobre la población (tasas de mortalidad, invalidez, secuelas). Puede utilizarse la siguiente pregunta ¿Qué consecuencias produce el problema sobre la población?
- **VULNERABILIDAD:** Se refiere a la posibilidad de resolver el problema. Puede utilizar las siguientes preguntas: ¿Existen los recursos necesarios para resolverlos?, ¿Los que no existen, es fácil negociarlos u obtenerlos a través de proyectos?
- **FACTIBILIDAD:** Se refiere al presupuesto que se designará a la resolución del problema. Se realiza un estudio financiero, así mismo administrativo y legal.

5.1.1. Matriz de priorización

De acuerdo a la identificación de problemas que atraviesan los pacientes PVVS que abandonaron su tratamiento antirretroviral se han



determinado varios, de los cuales se priorizaron uno de ellos, tomando en cuenta diferentes indicadores:

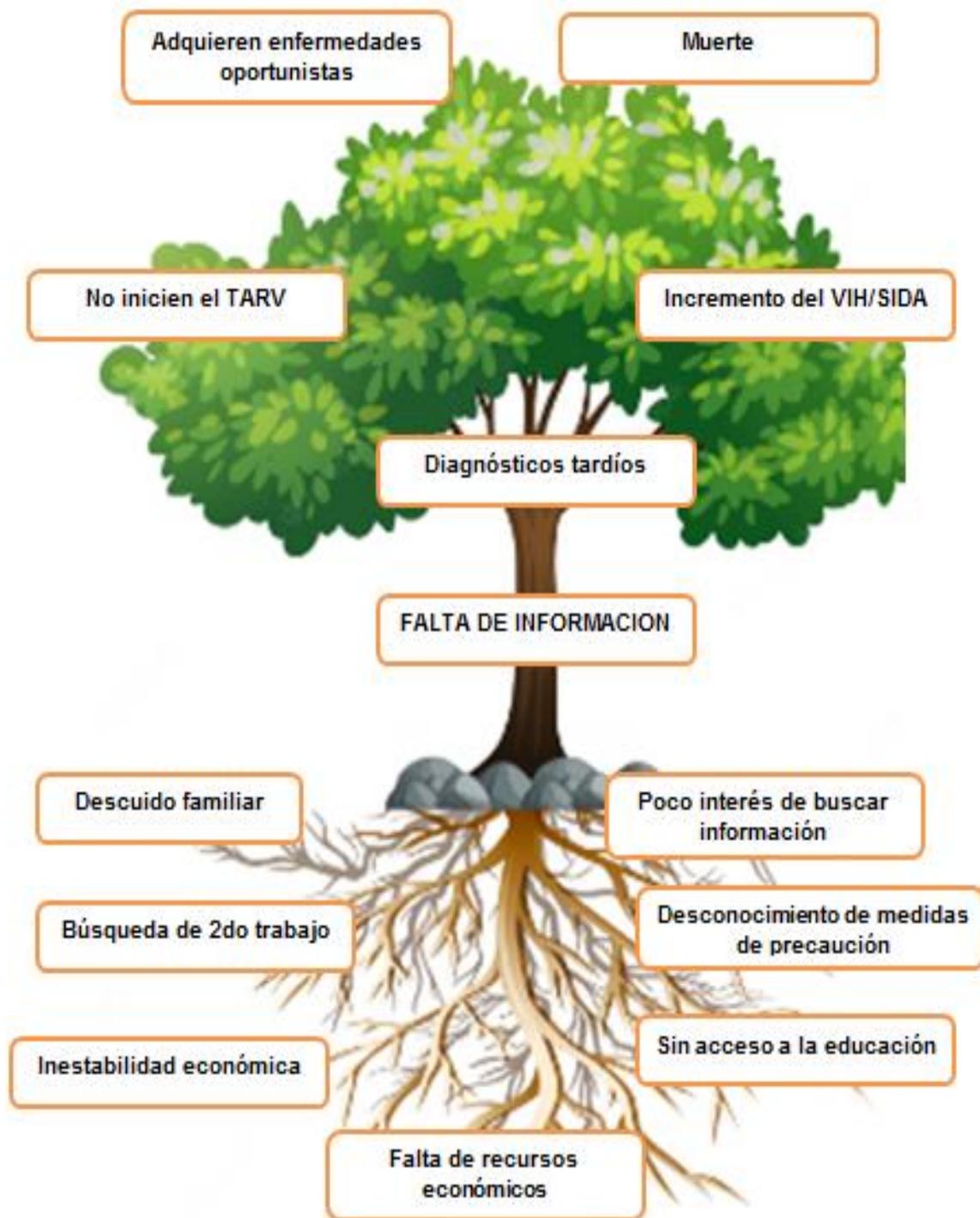
Problema	Magnitud	Vulnerabilidad	Factibilidad	Viabilidad de solución	Puntaje
Falta de información sobre el VIH/SIDA	3	4	3	3	13
El tiempo de espera es mucho	3	3	3	1	10
Las pastillas les causan daño	4	3	2	3	12

Fuente: Proyecto “fortaleciendo los conocimientos de las personas que abandonaron su tratamiento antirretroviral” desarrollado en la gestión 2018.

5.1.2. EXPLICACIÓN DE PROBLEMA

5.1.2.1. Árbol de problemas

Esta técnica permite explicar el problema de manera sistémica y adecuada en cuanto a magnitud, viabilidad, factibilidad y trascendencia encontradas en la anterior matriz. En este se da a conocer la identificación de las causas estructurales y causas coyunturales así mismo se muestran las manifestaciones que tiene el problema a corto plazo y a largo plazo



Fuente: Proyecto “fortaleciendo los conocimientos de las personas que abandonaron su tratamiento antirretroviral” desarrollado en la gestión 2018.



5.2.1.2. Explicación del problema

El problema que más sobresalta en cuanto al desarrollo y la construcción de este diagnóstico temático identifica a la falta de información sobre el VIH, como una causa estructural, siendo así que la falta de recursos económicos, ocasionan que las personas PVVS no tengan la posibilidad de acceder a la educación e información necesaria para tener los cuidados y proteger su salud, esto se puede reflejar en las admisiones que se realiza en el CRVIR dónde ingresan pacientes de distintas edades que viven en las calles, qué son captados por ONGS que se encargan de rescatar a las personas que están en situación de calle.

Uno de los factores que más afecta es el no contar con el acceso a la información, por lo que desconocen de las enfermedades a los que están expuestos, causa que desconozcan los medios de prevención que evitan la transmisión de las ITS/VIH/SIDA.

Otra de las causas de la falta de información es el poco interés que existe para saber o conocer de qué se trata o cómo se transmite esta enfermedad.

La inestabilidad económica produce que las personas busquen un segundo trabajo generando que se descuiden de su familia lo que ocasiona que ellos no cuentan con ningún tipo de supervisión o control.

Todas las facturas de este problema es el incremento de personas infectadas con el VIH/SIDA ya que las personas que no conocen su diagnóstico no toman las medidas de precaución para evitar la transmisión del virus a terceras personas, sin saber que si lo identifican como el sujeto que transmitió el virus a terceras personas éstas pueden ir inclusive a la cárcel como señala en la ley 3729 para la prevención del VIH/SIDA, protección de los derechos humanos y asistencia integral multidisciplinario para las personas que viven con el VIH/SIDA.



Los efectos de la falta de información producen diagnósticos tardíos, ya que el virus del VIH/sida puede permanecer en el cuerpo por hasta 5 años sin presentar ningún malestar o síntoma general dan cuenta que tiene la enfermedad cuando el virus y atacó a gran parte de sus defensas.

Como también Ocasiona que las personas que no conocen su diagnóstico no inicien su tratamiento, corriendo el riesgo de que el virus debilitados defensas atacando a las células CD4. Produciendo Así que adquieran alguna enfermedad oportunista que los lleve a la muerte.

5.2.1.3. Prognosis del diagnóstico tematico

Dentro de esta experiencia refleja mediante el diagnostico temático, que si el problema identificado no sé interviene podría ocasionar que aumente el número de casos de pacientes que abandonan su tratamiento antirretroviral, Cómo también aumenten el número de pacientes con VIH lo que provocaría que el virus no sé controle y se le ve el número de personas que viven con el virus.

Por esa razón es importante que se haya difundido la información para los pacientes PVVS, para que no abandonen su tratamiento antirretroviral y también mantengan su adherencia, como también brindar información a la población vulnerable que está representada por jóvenes adolescentes que corren el riesgo de transmitirse el virus del VIH/SIDA.

Para esta experiencia fue importante realizar sesiones educativas en los domicilios de los pacientes que abandonaron su tratamiento antirretroviral, para del tratamiento para su salud.

5.2.1.4. Líneas de Acción Estratégica desarrolladas en la experiencia

Entre las líneas de acción estratégicas relacionadas a las funciones del trabajo social, dentro de esta experiencia se pudo observar los siguientes:



a) Educación social

Dentro de la experiencia se comenzó a construir el contenido de acuerdo a la situación y al problema identificado para generar así conciencia en los sujetos sociales y enfrentar el mismo, asimismo se planificó se organizó y se ejecutó, cómo se evaluaría las actividades en relación al tema

b) Promoción social

Se pretendió que las personas con el virus del VIH/SIDA conozcan sobre sus derechos y deberes que tiene como persona portadora del virus.

Las estudiantes de trabajo social que desarrollaron esta experiencia como facilitadoras requerían conocimientos teóricos y técnicos de métodos Para orientar a esta población en relación al problema social.



CAPITULO VI PROPUESTA DE INTERVENCION



La presente propuesta, manifiesta el desarrollo del proyecto realizado con pacientes PVVS por las estudiantes de trabajo social durante la gestión de 2017, dicho proyecto que debería de continuar, mejorarse y adecuar para que los diferentes niveles de práctica de la carrera de Trabajo Social, continúen apoyando y trabajando con los pacientes PVVS de CRVIR de la ciudad de El Alto y La Paz, siendo que este apoyo y continuo a los pacientes PVVS mediante sesiones socioeducativas, que además de dar orientación, apoyo e información, permitirá bajar los índices de contagio de VIH/SIDA, siendo así que las y los estudiantes de Trabajo Social les permitirá adquirir experiencia para su desarrollo académico.

1. Título

PROYECTO: “FORTALECIENDO LOS CONOCIMIENTOS DE LAS PERSONAS QUE ABANDONARON SU TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL”

2. Objetivos

2.1. Objetivo General

Contribuir a difundir información tanto para personas que viven con el virus, como también a jóvenes y adolescentes para evitar que el VIH se incremente

2.2. Objetivo Específicos

- ✓ Ejecutar sesiones educativas a los pacientes que viven con el virus sobre los riesgos y consecuencias que causa el abandonar el tratamiento antirretroviral
- ✓ Lograr que los pacientes vuelvan a retomar su tratamiento antirretroviral.

3. Participantes

3.1. Participantes Directos

Los participantes directos o actores sociales involucrados están representados por la población de pacientes PVVS que abandonaron su tratamiento antirretroviral del Centro Regional de Vigilancia, Información y Referencia del ITS/VIH/SIDA.



3.2. Participantes Indirectos

- Las familias (Madre, padre, hermanos o hijos) de los pacientes PVVS.
- En total se pudo desarrollar el proyecto con 33 familiares de los pacientes PVVS que estaba constituido por sus madres, madres, padres, hermanos/as y cuñados/as.

4. Enfoque de orientación del proyecto

Es esta experiencia estaba guiada bajo un enfoque Educativo, Dónde se requiere de una labor educativa que ayude a las personas y grupos sociales.

Es por ello que la educación social en trabajo social es importante en su intervención, por lo que se viabiliza la apropiación de conocimientos la capacidad de producción de conocimientos de participación y transformación social por parte de los propios sujetos sociales.

La experiencia del proyecto fue ejecutada bajo una orientación socioeducativa la cual consistió en una acción educativa de información a partir de problemas significativos para la población. Mediante procesos de concientización, capacitación Y de movilización de recursos personales e institucionales para que comprendan la importancia sobre el tratamiento antirretroviral y de esta forma puedan volver a retomar el mismo para que mejoren la calidad de vida.

Para dar solución a la problemática abordada se llevó a cabo actividades socioeducativas que requirieron la participación activa de la población abordada.

Dentro del modelo socioeducativo se obtuvo una Concepción constructivista y un aprendizaje personalizado como un principio de intervención.



El constructivismo Social no son mecanismos reguladores de la naturaleza interna, sino que la responsabilidad de la dirección que toma la construcción viene determinada por una forma concreta de organización social.

Para la concepción constructivista, en su dimensión pedagógica, concibe al aprendizaje como resultado de un proceso de construcción personal-colectiva de los nuevos conocimientos.

Es importante mencionar que la posibilidad de que una persona pueda contribuir El aprendizaje significativo Respecto a los contenidos de enseñanza en sí no es una cuestión de todo o nada, Sino que relativamente al grado en que las condiciones de aprendizaje se dan en relación al grado de ayuda que recibe por parte del profesional.

5. Fases que contemplo el proyecto

Las fases que contemplo esta experiencia en el desarrollo del perfil de proyecto son 5 las cuales son las siguientes:

5.1. Fase de Motivación

Para esta fase dentro de la experiencia se pretendió incentivar a la participación de los pacientes PVVS y sus familias, teniendo como objetivo lograr despertar el interés de los pacientes PVVS para ser partícipes del proyecto.

La cual se refleja en el siguiente cuadro, misma que enmarca el desarrollo de esta fase:

Actividad	Objetivo	Técnicas
La actividad que se pretendió realizar fueron las visitas domiciliarias.	Su objetivo era incentivar a la participación de los pacientes PVVS que abandonaron su tratamiento antirretroviral,	La técnica implementada para este momento fue de comunicación.



	para generar interés sobre su salud.	
--	--------------------------------------	--

5.2. Fase de planificación

Para esta fase en la experiencia se trató de ordenar las actividades en el tiempo del proyecto cumpliendo sus objetivos respectivos, donde se buscó preparar los contenidos para el desarrollo de las actividades.

La cual se refleja en el siguiente cuadro, misma que enmarca el desarrollo de esta fase:

Sesiones Educativas Desarrolladas

Sesiones Educativas				
Temas	Contenido	Objetivo	Técnica	Indicadores de verificación



VIH/SIDA	<ul style="list-style-type: none"> • Presentar las razones por las que se realiza esta sesión. • Orientación sobre la importancia que deben tener sobre el VIH • Establecer porque se llega a la etapa de SIDA para que tomen conciencia sobre la misma 	Orientar a la paciente sobre la importancia social que debe darle a esta enfermedad para que tome conciencia de su salud y su propio bienestar	<ul style="list-style-type: none"> • Presentación de la persona participante • Animación • Sesión explicativa • Participación • Análisis • Motivación 	Sondeo de preguntas
Adherencia al tratamiento antirretroviral	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Presentar las razones por las que se realiza esta sesión ❖ Orientar la importancia que deben dar al tratamiento 	Brindar información sobre la importancia del tratamiento antirretroviral a personas que viven	<ul style="list-style-type: none"> • Presentación de la persona participante • Animación • Sesión explicativa • Participación • Análisis • Motivación 	



	<p>del VIH</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Lograr que el paciente tome conciencia de su salud y asistir a sus citas médicas programadas 	<p>con el VIH para evitar muchos factores de riesgo</p>		
Ley N 3729	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Presentar las razones por las que se realiza esta sesión ❖ Orientar la importancia de los derechos y deberes de los PVVS ❖ Orientar sobre la no discriminación por ser persona que viven con el virus del VIH ❖ Establecer las normas 	<p>Brindar orientación sobre la Ley N 3729 para que conozcan sus derechos y obligaciones como personas que viven con el virus del VIH.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Presentación de la persona participante • Animación • Sesión explicativa • Participación • Análisis Motivación 	



	de confidenciali dad como del personal de salud de CRVIR o de cualquier centro médico y como también de sí mismo			
--	---	--	--	--

5.3. Fase de organización

Para la experiencia se realizó en esta fase la coordinación de las actividades para promover la organización, estableciendo mecanismos que coadyuven al logro de los objetivos del proyecto, llegando así a ordenar las actividades que se llevaron a cabo para tener un cronograma de los temas.

La cual se refleja en el siguiente cuadro, misma que enmarca el desarrollo de esta fase:

Actividad	Objetivo	Técnicas
Coordinar con los pacientes los días que se llevaran a cabo las sesiones.	Organizar los días que se realizaran las actividades para tener la programación de los horarios.	
Planificación de las actividades	Realizar los materiales que necesitaran sobre los temas.	Lluvia de ideas



5.4. Fase de Ejecución

La ejecución de esta experiencia permitió realizar varias actividades programadas, siendo el desarrollo del proyecto siendo así está la última etapa y la más importante de todo el proyecto, buscando así desarrollar cada una de las actividades programadas para que los pacientes retomen su tratamiento.

La cual se refleja en el siguiente cuadro, misma que enmarca el desarrollo de esta fase:

Actividad	Objetivo	Técnicas
Realización de la sesión sobre el VIH/SIDA	Brindar información sobre el VIH/SIDA y las vías de transmisión	Dialogo
Realización de la sesión sobre la importancia del tratamiento antirretroviral	Informar sobre la importancia del tratamiento para que los pacientes retornen al CRVIR	Dialogo
Realización de la sesión sobre la Ley 3729	Dar a conocer a los pacientes y al entorno familiar sobre los derechos y deberes que tienen los pacientes PVVS	Dialogo

5.5. Fase de Evaluación

Se buscó identificar si las actividades realizadas fueron de provecho para identificar el alcance de objetivos.

La cual se refleja en el siguiente cuadro, misma que enmarca el desarrollo de esta fase:

Actividad	Objetivo	Técnicas
<ul style="list-style-type: none">Realización de evaluacionesAntes de las	Valorar al inicio, durante cada actividad y a final de cada actividad para	<ul style="list-style-type: none">Encuesta evaluativaObservación



sesiones educativas • Al final de las sesiones educativas	observar cómo van asimilando los temas	
--	--	--

6. Método Desarrollado

La experiencia del proyecto ejecutado estuvo cuidada bajo una orientación socioeducativa que consiste en una acción educativa de informar a partir de problemas significativos para la población. Mediante procesos de concientización de capacitación y de movilización de recursos personales e institucionales para comprender lo importante sobre el tratamiento antirretroviral y que vuelvan a retomar el mismo para que mejoren su calidad de vida.

Para dar solución a la problemática abordada se llevó a cabo actividades socioeducativas que requirieron la participación activa de la población abordada. Esto coadyuvo Aquí las personas puedan adquirir conciencia sobre las causas, consecuencias y efectos del problema priorizado.

Dentro del modelo socioeducativo Opta por una Concepción constructivista y un aprendizaje personalizado como principio de intervención.

El constructivismo social no son mecanismos reguladores.

6.1. Fases metodológicas desarrolladas

Las fases desarrolladas en este proyecto tuvieron los siguientes resultados reflejados en el siguiente cuadro:

OBJETIVO	METAS	INDICADORES	RESULTADOS
Fases de motivación incentivar a la participación de los pacientes que abandonaron su	Despertar el interés en estos pacientes para contar con su	La participación por parte de cada integrante de la familia de los pacientes.	Se logró un 100% de la participación de estos pacientes durante las diferentes sesiones realizadas en sus propios domicilios.



tratamiento antirretroviral para generar interés sobre su salud	participación activa durante las sesiones educativas		
Fase de planificación Establecer un plan de acción a partir de los objetivos y metas las cuales deberán ser alcanzadas por el proyecto.	Ordenar las diferentes actividades en el tiempo acordado.	Los integrantes de las familias manifestaron no contar con el tiempo para asistir a las diferentes sesiones.	Se coordina los diferentes horarios de los pacientes para realizar las sesiones.
Fase organización Establecer las actividades que se llevarán a cabo para tener un cronograma de los diferentes temas hacer desarrollados.	Realizar un cronograma de actividades para llevarse a cabo las diferentes sesiones	Cada paciente que vive con el virus manifestó haber abandonado el tratamiento antirretroviral.	Se preparó los temas a ser realizados a cada uno de los pacientes que abandonaron su tratamiento.
Fase de Ejecución Lograr la participación de los pacientes que abandonaron su tratamiento antirretroviral para	Lograr que los pacientes que abandonaron su tratamiento antirretroviral No tomen el mismo después de	Que el 100% de los pacientes PVVS Estén presentes en cada una de las sesiones.	Se desarrolló de las diferentes sesiones educativas en un 100%.



su implementación del proyecto coadyuvando a bajar los índices de abandono	haber brindado la información necesaria respecto a su enfermedad.		
Fase de evaluación Determinar los logros del proyecto y comparar con los objetivos y metas trazadas.	Se determinará el grado de aprendizaje de los participantes	Que el 100% de los pacientes deben conocer claramente sobre su enfermedad, sus consecuencias implican el abandono del tratamiento antirretroviral.	Se logró reinsertar a los pacientes para que retomem su tratamiento antirretroviral.



CAPITULO VII

CONCLUSIONES

Y

RECOMENDACIONES



Conclusiones

Pese de que se cuenta con el acceso gratuito de los antirretrovirales, existe abandono del tratamiento en pacientes adultos con VIH en la ciudad de El Alto, este problema es multifactorial y multidimensional. En este estudio se pudo identificar los factores que ponen en riesgo la continuidad del tratamiento.

Los pacientes tienen una dificultad importante para iniciar el tratamiento, lo que se traduce en una mala adherencia al tratamiento y una orientación inadecuada en el proceso de salud enfermedad, lo que lleva a la suspensión, la inasistencia a la consulta médica y la falta de cambios en el estilo de vida necesarios para la mejora.

Debido al desconocimiento de la familia del diagnóstico esta red social no puede apoyar al paciente enfermo, siendo este factor que también provoca abandonos.

Debido a la interferencia con los hábitos de trabajo, durante la jornada laboral o en momentos específicos de la vida social de los pacientes PVVS, lo que causa dejar de tomar su medicación o tomarla a destiempo., ya que la ciudad de El Alto se caracteriza por ser un sector laboral informal.

El ingreso insuficiente económico es por debajo del rango de salario mínimo establecido por el Estado, siendo que los pacientes PVVS se ven restringidos significativamente y la posibilidad de gastos en transporte para su traslado diario al CRVIR EL ALTO es casi nula y además de ser un factor de presión para un retorno rápido al trabajo.

En muchos casos los pacientes PVVS evaden la responsabilidad debido a que la primera etapa del VIH es asintomática, y no padecen de ningún problema, dicha etapa es un riesgo para el abandono del tratamiento antirretroviral.

La adherencia al tratamiento antirretroviral se ve mermada cuando se presentan los efectos secundarios del medicamento, los pacientes PVVS, generando en ello miedo y ansiedad y prefieren dejar de tomarlo, para evitar la



sintomatología que les producen las reacciones adversas, independientemente de las consecuencias clínicas que puedan tener.

Recomendaciones

- Se sugiere al Centro Regional de Vigilancia, Información y Referencia de El Alto coadyuvar con las acciones que Trabajo Social propone, para evitar el abandono de tratamiento antirretroviral.
- Se recomienda tomar en cuenta el presente estudio como base para futuras investigaciones y acciones para los pacientes PVVS que mejore su atención.
- Se sugiere que a través de la carrera de Trabajo Social se promueva grupos de autoayuda y ayuda mutua como estrategia de intervención para conseguir el apoyo social mutuo y así superar dificultades en su relacionamiento familiar y con su entorno, siendo este un área de practica bastante amplio y rico en el desarrollo académico de las estudiantes.
- se recomienda que se dé continuidad a la propuesta de proyecto planteado en el Capítulo VI, para contrarrestar el problema identificado.



BIBLIOGRAFIA:

LIBROS:

- AGUILERA, J. C. (2014). Informe de intervención de encierro. Fondo Mundial.
- ALCALDÍA DE LA CIUDAD DE EL ALTO; “Profundización de la desconcentración en el municipio de El Alto”. Pág. 36. El Alto Bolivia, 2015.
- ANDER - EGG, EZEQUIEL. (1999). “Diagnostico Social”. Buenos Aires-México.
- ANDRADE, R. (2005). Módulos de capacitación formación de facilitadores PVVS en salud integral-adherencia al tratamiento y derechos humanos. La Paz: The Global Fund.
- Bolivia. Ministerio de Salud y Deportes. Dirección General de Servicios de Salud. Programa Nacional ITS/VIH/SIDA. Guía de tratamiento antirretroviral en adultos. /Ministerio de Salud y Deportes; Víctor Alejandro Bernal López. Coaut. La Paz: Soipa Ltda., 2009.
- Bolivia. Instituto Nacional de Estadística (INE). Estudio Temático de Salud Sexual y Reproductiva encuestas demografía y salud 2008-2016
- Bustamante M. (2011) Viviendo Con VIH, muriendo Con SIDA. Quito Ecuador: FLACSO
- CELATS- Centro Latinoamericano de Trabajo Social. Jr. Jorge Vanderghem 351. Apdo. 1262 Lima 18 Perú. Edición 1986.
- Fauci, Hauser, Jamenson, kasper & Loscalzo. (2019). Harrison Manual De Medicina. México: Mc Graw Hi Education
- Fauci, Hauser, Jamenson, kasper & Loscalzo. (2019). Harrison Manual De Medicina. México: Mc Graw Hi Education. Tomo II
- FRIEDLANDER. W. (1998). *Adherencia al tratamiento antirretroviral*. Cochabamba.
- FRIEDLANDER, W. (1969). *Concepto y método del servicio social*. Buenos Aires: Capelusz.



DOCUMENTOS:

- FUNDACIÓN CUERPO DE CRISTO. (2006). *Módulos de capacitación de formadores PVVS en salud integral - adherencia al tratamiento y derechos humanos*. Bolivia: Interamericana.
- Honduras. Programa Especial para la Seguridad Alimentaria PESA en Centroamérica. Guía Metodológica de Sistematización. Agencia Española de Cooperación Internacional; 2004
- HORWITZ, N. (1985). *Familia y salud familiar*. Cochabamba: OPS. 14.
- JIMÉNEZ, E. (2001). *Empleo y oportunidades económicas en la ciudad de El Alto*. Bolivia. La Paz: CIDES - UMSA.
- JARA, Oscar; "Para sistematizar experiencias"; Centro de Estudios y Publicaciones ALFORJA; San José Costa Rica, 1994.
- KORNBLIT, A. (1984). *Representaciones colectivas a las representaciones sociales*.
- LIVE, S. (2013). *Prevención de VIH /SIDA*. CDC en español
- Ley para la prevención del VIH-SIDA, protección de los derechos humanos y asistencia integral multidisciplinaria para las personas que viven con el VIH-SIDA. Ley 3729/2007 de agosto.
- MEDINA, M. (2010). *Intervención de Trabajo Social en establecimientos de salud de tercer nivel Hospital de Clínicas*. La Paz.
- México. Guía De Práctica Clínica GPC. Tratamiento Antirretroviral Del Paciente Adulto Con Infección Por El VIH. Instituto Mexicano Del Seguro Social; 2017.
- MEJÍA A, SÁNCHEZ AF, TAMAYO JC. (2007). *Equidad en el acceso a servicios de salud en Antioquia*, Colombia: Ed. Rev. Salud Pública
- MINUCHIN, S. (1982). *Familias y terapia familiar*. Buenos Aires.
- Santillán (2004) Programa De Desarrollo Local Criterios Metodológicos Para Construir Tipologías De Sistemas De Gestión Participativa Municipal, Quito



- NEEF, M. (1986). *Necesidades humanas*. Barcelona: ISBN.
- OMS. (2005-2008). *Comisión sobre determinantes sociales de la salud*.
- OMS. (2007). *Determinantes sociales de salud*. Washington D. C.
- ONUSIDA. (2011). *Orientaciones terminológicas*. Ginebra Suiza
- Oporto. (2006). *Intervención del Trabajo Social*. La Paz.
- OPS. (2010). *Salud sexual y reproductiva y VIH de los jóvenes y adolescentes indígenas en Bolivia, Ecuador, Guatemala*. Publicaciones Interamericanas.
- QUINTEROS, A. (1997). *Trabajo social y procesos familiares*. Buenos Aires. Argentina: LUMEN.
- REDBOL. (2013). *Conceptos básicos del VIH/SIDA*. Chuquisaca: Producción IDH.
- REDBOL. (2015). *Situación de los derechos humanos de las personas viviendo con VIH y SIDA en Bolivia*. Chuquisaca: Producción IDH.
- Sánchez, María del Carmen (2010); *Trabajo Social: Una Nueva Construcción Social*; Aportes Universidad Mayor de San Andrés, Facultad de Ciencias Sociales, Trabajo Social; La Paz, Bolivia
- SAMPIERI HERNANDEZ, 2002, *"Metodología de Investigación"* 3ra Edición, Buenos Aires.
- YAPU, Mario; Arnoldo, Denise, Spedding Alice y Pereira Rodney. (2007). *"Pautas Metodológicas para Investigaciones cualitativas y cuantitativas"* Fundación PIEB; La Paz, Bolivia



WEBGRAFIA:

- **PVVS**
Consultado en: www.mspbs.gov.py/dependencias/imt/adjunto/04b760-folletoPVVS.pdf
- **Salud reproductiva**
Consultado en: www.prosalud.org/noticia?id=209&cat=18
- **Salud sexualidad reproductiva en Bolivia**
Disponible en: bolivia.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Tem%C3%A1tico%20de%20Salud%20Sexual%20%281%29.pdf
- **VIH**
Consultado en: www.cdc.gov/hiv/spanish/basics/whatishiv.html
- **Vías de transmisión del VIH**
Consultado en: www.huesped.org.ar/informacion/vih/como-se-transmite-y-como-se-previene/



ANEXOS



**PROCESO DE REINSECCIÓN AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL DE LAS PERSONAS DIAGNOSTICADAS CON VIH/sida
(Experiencia desarrollada con pacientes PVVS que abandonaron su tratamiento antirretroviral en la ciudad de El Alto en la gestión 2018)**

UNIVERSITARIO: Roger Maldonado Villca

PARALELO: C

Momentos de la sistematización	Fases del proyecto	Temas específicos	Fuente de la información	Actores Involucrados	Técnicas
Situación inicial de la experiencia	Fase inicial Diagnostico institucional	¿Cómo se ha realizado?	Secundaria	Estudiantes de Trabajo Social	Análisis de contenido
		¿Qué fases metodológicas utilizaron?	Secundaria	Estudiantes de Trabajo Social	Análisis de contenido
		¿Qué problema principal se encontró?	Secundaria	Estudiantes de Trabajo Social	Análisis de contenido
	Diagnostico Temático	¿Cómo se lo ha realizado?	Secundaria	Estudiantes de Trabajo Social	Análisis de contenido



		¿Qué fases metodológicas utilizaron?	Secundaria	Estudiantes de Trabajo Social	Análisis de contenido
		¿Qué problema principal se encontró?	Secundaria	Estudiantes de Trabajo Social	Análisis de contenido
		¿Describir las funciones del Trabajo Social?	Secundaria	Estudiantes de Trabajo Social	Análisis de contenido
Momentos de la Sistematización	Fases del proyecto	Temas específicos	Fuente de la información	Actores Involucrados	Técnicas
	Motivación	¿Qué actividades centrales se desarrollaron en el proceso de intervención?	<ul style="list-style-type: none"> • Primaria • Secundaria 	Estudiantes de Trabajo Social	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Análisis de contenido ✓ Entrevista en profundidad



		¿Qué técnicas se emplearon para esta fase del proyecto?	<ul style="list-style-type: none"> • Primaria • Secundaria 	Estudiantes de Trabajo Social	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Análisis de contenido ✓ Entrevista
	Planificación	¿Qué objetivos se plantearon?	<ul style="list-style-type: none"> • Primaria • Secundaria 	Estudiantes de Trabajo Social	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Análisis de contenido ✓ Entrevista
		¿Qué contenidos se utilizaron para el desarrollo de las actividades?			
		¿Quiénes participaron en el proceso de planificación?	<ul style="list-style-type: none"> • Primaria • Secundaria 	Estudiantes de Trabajo Social	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Análisis de contenido ✓ Entrevista
		¿Cuándo y dónde se dio el proceso de planificación?			



		¿Qué técnicas se emplearon para esta fase del proyecto?	<ul style="list-style-type: none"> • Primaria • Secundaria 	Estudiantes de Trabajo Social	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Análisis de contenido ✓ Entrevista
	Organización	¿Qué actividades centrales se desarrollaron en el proceso de organización?	<ul style="list-style-type: none"> • Primaria • Secundaria 	Estudiantes de Trabajo Social	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Análisis de contenido ✓ Entrevista
		¿Cómo se organizaron las actividades? ¿Quiénes participaron de la organización?	<ul style="list-style-type: none"> • Secundaria 	<ul style="list-style-type: none"> • Estudiantes de Trabajo Social 	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevista
	Ejecución	¿Qué actividades centrales se	<ul style="list-style-type: none"> • Primaria • Secundaria 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Estudiantes de Trabajo Social 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Análisis de contenido



		<p>desarrollaron?</p> <p>¿Qué papel tuvieron los diferentes actores?</p> <p>¿Qué metodología se utilizó en las actividades?</p> <p>¿Con qué recursos y medios se desarrollaron las actividades?</p>		<ul style="list-style-type: none"> ○ Lic. Marcela Molina supervisora de la PIII ○ Pacientes PVVS que participaron en el proyecto 	<p>✓ Entrevista</p>
		<p>¿Cómo ayudo o perjudico el contexto al desarrollo de la ejecución del proyecto?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Primaria • Secundaria 	<p>Estudiantes de Trabajo Social</p>	<p>✓ Análisis de contenido</p> <p>✓ Entrevista</p>



	Evaluación	¿Qué resultados se obtuvieron de la ejecución del proyecto?	<ul style="list-style-type: none"> • Primaria • Secundaria 	Estudiantes de Trabajo Social	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Análisis de contenido ✓ Entrevista
Momentos de la Sistematización	Fases del proyecto	Temas específicos	Fuente de la información	Actores Involucrados	Técnicas
Situación Final	Informe evaluativo del proyecto	¿Valoración del proyecto?	Secundaria	Estudiantes de Trabajo Social	Análisis de contenido
		¿Qué logros tuvo el proyecto?	Secundaria		Análisis de contenido
		¿Cuáles fueron las conclusiones del Proyecto?	Secundaria		Análisis de contenido
	Evaluación	¿Qué cambios se han dado gracias al proyecto?	Secundaria	Estudiantes de Trabajo Social	Análisis de contenido



Lecciones aprendidas y recommendations		¿De qué sirvió el Desarrollo de este proyecto?	<ul style="list-style-type: none">• Primaria• Secundaria	Estudiantes de Trabajo Social	Análisis de contenido
¿Qué recomendaciones daría para ejecutar otro proyecto de la misma índole o similar?					
¿Qué sugerencias daría para llevar a cabo un proyecto de la mismas características o similar?					



Fuente: página oficial (escudo del CRVIR EL ALTO)



Fuente: página oficial (CRVIR EL ALTO, ubicado en el puente de la Ceja de El Alto)