



USAC
TRICENTENARIA
Universidad de San Carlos de Guatemala

ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL

**PROCESO DE REVELACIÓN Y ACEPTACIÓN DEL DIAGNÓSTICO
DE VIH EN PREADOLESCENTES Y ADOLESCENTES**

SISTEMATIZACIÓN

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

POR

CÉSAR AUGUSTO ESTRADA CONTRERAS

Previo a conferírsele el título de

TRABAJADOR SOCIAL

En el grado académico de

LICENCIADO

Guatemala, mayo de 2014

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

AUTORIDADES UNIVERSITARIAS

Rector Lic. Carlos Estuardo Gálvez Barrios
Secretario Dr. Carlos Alvarado Cerezo

AUTORIDADES DE LA ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL

Directora Msc. Rosaura Gramajo de Arévalo
Secretaria Licda. Myriam Bojórquez de Roque

CONSEJO DIRECTIVO

REPRESENTANTES DOCENTES

Licenciada Delma Lucrecia Palmira Gómez
Licenciada Enilda Patricia Salazar Trejo

REPRESENTANTE DE LOS PROFESIONALES

Licenciada Alicia Catalina Herrera Larios

REPRESENTANTES ESTUDIANTILES

Estudiante Katherine Rossana Tinti Esquit
Estudiante Mariflor Acabal España

TRIBUNAL EXAMINADOR

Directora Msc. Rosaura Gramajo de Arévalo
Secretaria Licda. Myriam Bojórquez de Roque
Coordinadora IIETS Msc. Belia Aydée Villeda Erazo
Tutor(a) Licda. Delma Lucrecia Palmira Gómez
Revisor(a) Licda. Albertina de Jesús Dávila Tun

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

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

ACTO QUE DEDICO

- A Dios:** Por darme sabiduría durante mi formación, ya que gracias a su amor y apoyo estoy en este momento de satisfacción personal.
- A la Virgen de Guadalupe** Por ser mi apoyo en mis momentos difíciles, y tenerme siempre en sus oraciones.
- A mi padre:** Donald Estrada por su apoyo.
- A mi madre:** Jesús Contreras Sánchez por su amor, confianza, fe y por su apoyo incondicional y por ser una gran mujer, amiga, madre, confidente, compañera, que siempre ha estado conmigo y por ser mi fortaleza en todo momento para usted este triunfo..
- A mis hermanos:** Elizabeth, Luis y Danilo, por su apoyo, confianza durante toda mi carrera profesional y por estar siempre a mi lado los amo mis hermanos.
- A mi Pareja:** Fanor Derling Delgado, por su amor, apoyo y confianza gracias por todo te amo.
- A mis cuñadas:** Daybelis y Olga por su amistad, confianza y apoyo.
- A mis amigos:** Dairin Rodas, Sindy López, Karin Solorzano, Jeauqueline Robles, Javier Luna, Fedra de León, Natalia Batz, quienes más que amigos son mis hermanos les agradezco cada momento vivido tanto fuera como dentro de nuestra universidad los quiero mucho.
- A mis Padrinos:** Rosario de Casanova, Olivia Cáceres, Marco Antonio Ruano y Sindy López, por sus

conocimientos, apoyo confianza y amistad, gracias por marcar cada paso de mi formación y mi vida profesional.

Mis catedráticos: Por sus enseñanzas y su apoyo.

A mi tutora: Licda. Lucrecia Palmira, por su apoyo, motivación, confianza y sobre todo por su cariño

A mi Revisora: Licda. Albertina Dávila, gracias por su apoyo y sus consejos, me han permitido ser un mejor profesional.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	i
CAPÍTULO 1	
ANTECEDENTES DE LA EXPERIENCIA	01
Hospicio San José.....	09
CAPÍTULO 2	
CONTEXTO DONDE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA	13
MUNICIPIO DE SANTA LUCIA MILPAS ALTAS	13
2.1.1. Datos geográficos	13
2.1.2. Recursos naturales	14
2.1.3. Suelos	14
2.1.3.1. Geología y fisiología.....	15
2.1.3.2. Clima.....	15
2.1.3.3. Gestión integrada del recurso hídrico	16
2.1.4. Vías de comunicación.....	16
2.1.5. Flora y Fauna	17
2.1.6. Datos demográficos.....	17
2.1.7. Situación socioeconómica	18
2.1.7.1. Actividad económica	19
2.1.7.2. Aspectos educativos	20
2.1.7.3. Aspectos de salud.....	22
2.1.8. Servicios básicos.....	23
2.2. Aldea Santa Rosa	24
2.2.1. Datos geográficos.....	22
2.2.2. Flora y fauna.....	25
2.2.3. Aspectos demográficos	25
2.2.4. Aspectos socioeconómicos.....	25
2.2.4.1 Actividad económica	25
a) Comercio	
b) Ingreso familiar	
2.2.5. Aspectos de salud	27
2.2.6. Vivienda.....	28
2.2.7 Servicios básicos de la aldea Santa Rosa	29
2.2.7.1. Saneamiento ambiental.....	29

2.2.8. Aspectos educativos.....	30
2.2.9. Aspectos culturales.....	32
2.2.10. Aspectos ambientales.....	34
2.2.11. Organización comunitaria	34

CAPÍTULO 3

DELIMITACIÓN TEÓRICA.....	36
3.1. Adolescencia	36
3.1.1. Etapas de la adolescencia.....	36
3.2. Adolescencia en el medio social.....	37
3.3. Adolescencia y VIH	37
3.4. Sexualidad.....	38
3.5. Adolescencia y sexualidad	39
3.6. Caracterizando la situación del preadolescente y adolescente...	39
3.7. Interacción del profesional de Trabajo social y el adolescente con VIH.....	40
3.8. Situación del VIH en Guatemala.....	41
3.9. VIH en niños	42
3.9.1. Causas de VIH en niños.....	42
3.9.2. Diagnóstico de VIH en niños	42
3.9.3. Síntomas del VIH en niños	44
3.9.4. Tratamiento Antirretroviral para niños	44
3.9.5. Prevención primaria de VIH.....	45
a) Etapa preconcepcional	
b) Etapa de embarazo	
c) Etapa de parto	
d) Etapa de puerperio y lactancia	
3.10. Efectos psicológicos del VIH.....	47
3.11. Asimilación del diagnóstico de la infección de VIH	48
3.12. Inicio de tratamiento Antirretroviral	48
3.13. Aparición de efectos secundarios del tratamiento antirretroviral	49
a) Fase terminal	
b) Fase de duelo de la familia	
3.13. Aspectos psicológicos del preadolescente y adolescentes afectados por el VIH	52

CAPÍTULO 4

RECONSTRUCCIÓN DE LA EXPERIENCIA..... 54

Primer momento: Investigación 55

Segundo momento: Revisión de antecedentes del proceso de revelación y aceptación del diagnóstico de VIH..... 56

Tercer momento:
Proceso de revelación y aceptación del diagnóstico de VIH,
(segunda parte) 62

Cuarto momento: Evaluación 78

CAPÍTULO 5

RELEXIONES DE FONDO..... 80

CAPÍTULO 6

LECCIONES APRENDIDAS 84

CAPÍTULO 7

PROPUESTA DE CAMBIO..... 86

7.1. Presentación..... 86

7.2. Justificación..... 87

7.3. Objetivos 88

 7.3.1. Objetivo general 88

 7.3.2. Objetivos específicos 88

7.4. Metodología..... 89

7.5. Actividades 89

7.6. Cronograma 90

7.7. Recursos 90

7.8. Evaluación..... 91

CONCLUSIONES GENERALES..... 92

BIBLIOGRAFÍA	94
ANEXO GLOSARIO.....	97

INTRODUCCIÓN

El Trabajo Social que se realiza dentro de una comunidad o población definida, va más allá de solo una presencia o cambio sustancial que se ejecuta como parte de un proceso de una experiencia que se vive en el momento de la intervención del profesional de Trabajo Social. La facilitación entiende “el conocimiento vivido, al universo de los temas estructurados, de un pensamiento dialéctico y abstracto, para retomar de nuevo a la acción. Es decir, elaborar teóricamente la vivencias para la iluminación y la revolución de las nuevas vivencias en otros actores”.¹

En Guatemala no hay documentación que pueda sustentar información sobre el proceso de revelación y aceptación del diagnóstico de VIH en preadolescentes y adolescentes, y que durante la realización del Ejercicio Profesional Supervisado en Asociación Hospicio San José se pudo observar esta problemática que debía de ser valorada y dar a conocer a través de las fases de investigación, planificación, ejecución y evaluación durante el periodo de febrero a julio de 2013.

El objetivo general que orientó este trabajo es sistematizar el proceso de formación facilitado a los preadolescentes y adolescentes del Hospicio San José, previó a la revelación del diagnóstico de VIH. A efecto de tener información que pueda apoyar los procesos de revelación en otras instancias o en padres de familia.

Para el logro del objetivo general se plantearon los siguientes objetivos específicos.

- a) Reflexionar sobre los procesos que se llevan a cabo dentro de la formación antes de la revelación del diagnóstico de VIH.
- b) Analizar y reflexionar sobre la metodología aplicada para la sistematización.
- c) Identificar la función del departamento de educación y psicología durante el proceso de formación.
- d) Revisar cada elemento que compone la facilitación del proceso de seguimiento aceptación del diagnóstico de VIH.

¹ PUERTA ZAPATA, Antonio, Evaluación y sistematización, Medellín. Universidad de Antioquía, Colombia 1996.
Pág. 120

Se planteó para esta experiencia como objeto; el proceso de revelación y aceptación del diagnóstico de VIH en preadolescentes y adolescentes, como eje; la función y la metodología del equipo de educación implicado en la formación de los preadolescentes y adolescentes.

Y como producto del proceso de sistematización se tiene como resultado la información que se presenta en siete capítulos que se desarrollan de la siguiente manera.

Capítulo 1 Antecedentes de la experiencia: en este apartado se presentan los hechos o acontecimientos relacionados con el tema de VIH, que anteceden a la experiencia.

Capítulo 2 Contexto donde se desarrolló la experiencia: contiene la investigación donde se conoce la situación socio-económica del Municipio de Santa Lucía Milpas Altas, aldea Santa Rosa y de Asociación Hospicio San José.

Capítulo 3 Delimitación teórica: en este apartado se presentan categorías, conceptos de las ciencias sociales y de la intervención del Trabajo Social que fundamentan teóricamente la práctica.

Capítulo 4 Reconstrucción de la experiencia: se hace una descripción a través de la metodología de Oscar Jara, de la experiencia vivida, donde a través del análisis y de la reflexión de los momentos desarrollados se interioriza sobre el proceso de formación y revelación del diagnóstico de VIH en preadolescentes y adolescentes.

Capítulo 5 Reflexiones de fondo: se presenta el análisis y la interpretación de proceso formación previo a la revelación del diagnóstico de VIH en los preadolescentes y adolescentes del Hospicio San José, la cual generó elementos sobre el abordaje del tema en el hospicio, y permitió además reflexionar para que otras instituciones que trabajen con esta población o personas individuales como los padres de familia con niños y niñas VIH puedan tomarlo en consideración. Cada una de las reflexiones se fundamenta tomando en cuenta el contexto, actores y el proceso de la experiencia vivida en el Hospicio San José.

Capítulo 6 Lecciones aprendidas: se incluyen en este capítulo los aprendizajes obtenidos en las actividades realizadas por los departamentos de educación y de psicología con los preadolescentes y adolescentes, así como el personal involucrado en la formación y profesionales de Trabajo Social.

Capítulo 7 Comunicación de aprendizajes: este contiene una propuesta de atención integral a adolescentes con VIH, para apoyar desde el Trabajo Social las condiciones ideales del proceso de aceptación del diagnóstico y tratamiento de VIH en preadolescentes y adolescentes e inclusive jóvenes.

Durante el proceso de la sistematización de experiencias, se enfrentaron varios problemas que limitaron el desarrollo de esta actividad, uno de ellos es la falta de tiempo que presentan las personas involucradas en el proceso de formación de los preadolescentes, la falta de información escrita, hizo que la reconstrucción de la experiencia fuera un reto debido que las personas involucradas en el inicio del proceso, no son parte del equipo de trabajo del Hospicio San José actualmente, por lo que se tuvo que construir nuevo conocimiento partiendo de la experiencia anterior.

La importancia del proceso de sistematización sobre la experiencia vivida durante el proceso de formación y revelación del diagnóstico de VIH, apoyará no solo a tener conocimiento de dicha problemática. Sino contar con un proceso metodológico que les permita adecuadamente el abordaje del tema a las personas e instituciones que trabajan con el mismo. Asimismo, apoyar el proceso a nivel familiar sobre todo en las familias en donde uno o varios de los menores sean diagnosticados seropositivos.

Para la profesión de Trabajo Social la importancia radica en que es un área nueva de abordaje y que los aportes son fundamentales porque genera procesos de concientización y educación, así como el seguimiento a través del acompañamiento profesional.

CAPÍTULO 1

ANTECEDENTES DE LA EXPERIENCIA

En este apartado se presentan los hechos o acontecimientos relacionados con el tema de VIH, que anteceden a la experiencia y el contexto del Hospicio San José.

Para poder comprender en relación a la problemática sistematizada, y el contexto actual del VIH en Guatemala se inicia con una breve reseña desde el apareamiento del primer caso de Sida en nuestro país. Se hace referencia a los principales retos que enfrenta la población con VIH en Guatemala y por último se comparte información sobre los datos actuales de la pandemia de VIH y de las poblaciones afectadas.

Guatemala reportó su primer caso de Sida a mediados de 1984, el guatemalteco de origen jutiapaneco. Las autoridades reportan el ingreso a Guatemala procedente de Estados Unidos de un hombre de mediana edad con problemas de salud, durante la estadía en Jutiapa el paciente se reporta enfermo no encontrando causa alguna para la enfermedad, en el transcurso de unas semanas se da a conocer el deceso de este paciente en el sistema de salud, siendo la causa de muerte Sida, no se tienen datos personales del paciente por resguardo de la familia.

A partir de los años 1998 se puso en práctica el Programa Nacional de prevención del VIH/SIDA pero sin un respaldo legal y como un programa que no se consideraba prioritario. Fue hasta el año 2000 que se creó legalmente el Programa Nacional de Prevención y Control de ETS/VIH/SIDA cuando se aprobó la “Ley General para el Combate del Virus de Inmunodeficiencia Humana VIH y del Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida SIDA y de la Promoción, Protección y Defensa de los Derechos Humanos ante el VIH/SIDA” mediante el Decreto N° 27-2000 del Congreso de la República. Además se creó una Comisión Multisectorial conformada por aquellas organizaciones que velan y trabajan por la prevención de ETS/VIH/SIDA y se declaró la infección por el VIH/SIDA como un problema de urgencia nacional.

Según información proporcionada por el Programa Nacional de Prevención y Control de ETS/VIH/SIDA del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, de 1984 a 2001 se han notificado un total de 4,369 casos (74% son hombres). El 20% de los casos son personas entre 15 y 24 años de edad. Según Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (2001), los departamentos que habían reportado la mayor parte de los casos eran Guatemala, Izabal y Retalhuleu.

Actualmente, el Sida es una enfermedad de notificación obligatoria en Guatemala, pero debido a las limitaciones para realizar diagnósticos y problemas en el sistema de notificación de los centros asistenciales públicos y privados, se estima que la cantidad de casos es mayor que los contabilizados. ONUSIDA (Programa Conjunto de Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA) estima que a finales de 2001 el número de adultos (15-49 años) y niños (0-15 años) infectados con VIH en todo el país era 67,000 personas.

Según información proporcionada por ONUSIDA, a inicios de la década de 2000 y 2001, se han llevado a cabo estudios de seroprevalencia de VIH en algunos departamentos del país en forma sistemática uno de estos estudios es "Tratamiento2.0". De acuerdo ONUSIDA, el "Tratamiento 2.0" es una plataforma multidisciplinar que contempla iniciativas de prevención, nuevas prácticas de detección de contagios y fórmulas que generarán fármacos más inocuos, en la población con VIH. Ello ha permitido tener una mejor aproximación para caracterizar la epidemia del VIH/SIDA en Guatemala.

En las muestras serológicas (comprobación de presencia de anticuerpos en sangre) recolectadas durante los meses de octubre 2000 a enero 2001 en siete departamentos se encontró que el 57% de los casos de VIH+ en mujeres, ellas tenían entre 16 y 25 años de edad.

En el mismo estudio se concluye que la seroprevalencia general de VIH en los grupos de estudio fue de 1.10% (47/4259), observándose en grupos de bajo riesgo (mujeres en post-parto inmediato, solicitantes de tarjeta de salud y bancos de sangre) una seroprevalencia de 0.5% (IC 95%, 0.29-0.85%) similar a la observada en los estudios centinela previos. En grupos de alto riesgo (trabajadoras del sexo y militares) la

seroprevalencia fue 2.42%. Algunos sitios se encuentran en fases concentradas como el caso de Petén, Izabal y Escuintla, donde la seropositividad en el grupo de alto riesgo es bastante alta.

Hasta finales de 2001 el número estimado de niños que perdieron a su madre o a su padre, o a ambos debido al Sida (antes de que ellos cumplieran 15 años de edad), y que seguían vivos era 32,000.79. Por otra parte, se ha incrementado el uso de métodos anticonceptivos por parte de las mujeres en unión. En 1987 era 23%, en 1995 el 32% y en 1998 el 38%.⁸⁰, sin embargo, en 1998 solo el 27% de las mujeres entre 15 y 49 años de edad utilizaba algún método anticonceptivo y sólo un 1.6% utilizaba el condón (el 2.3% en el caso de las mujeres en unión).

En el 2001 se asignó por primera vez una partida presupuestaria para el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, específicamente para el tema del Sida. En agosto del 2002 el Presidente de la República asumió públicamente el compromiso de asegurar acceso universal a tratamientos antirretrovirales, según los protocolos nacionales establecidos por consenso. “Actualmente se cuenta con el Plan Estratégico Nacional 2010- 2015 que contiene los objetivos de trabajo del Programa Nacional ETS/VIH/SIDA y las estrategias a seguir en los próximos años.”¹

Guatemala ha firmado convenios de derechos humanos y consecuencias del estigma y discriminación por VIH a partir del año 2008, pero en la realidad la violación a estos derechos es totalmente diferente dado que existen todavía muchos estigmas y estereotipos en cuanto a la infección de VIH en la población.

A partir de que se hace los primeros avances en el tema de VIH y se inicia el trabajo de prevención se realiza la Primera Encuesta Nacional de Juventud en Guatemala (2010) (ENJU) señala que:

- 2 de cada 10 jóvenes desconocen cuáles son las formas de transmisión del VIH.

¹ Fuente: Elaboración propia a partir de información de PASCA (2002). “Guatemala: Estimaciones y Proyecciones de la Epidemia de VIH/SIDA, Período 1980-2010”, versión preliminar.

- 1 de cada 2 jóvenes no ha usado ningún método anticonceptivo, ni en la primera ni en la última relación sexual.
- 7 de cada 10 jóvenes piensan que mantener relaciones sexuales con personas de aspecto saludable es un modo de prevención de la transmisión del VIH.
- 5 de cada 10 jóvenes consideran que evitar compartir alimentos con una persona que vive con VIH y utilizar repelente para evitar las picaduras de mosquitos son formas de prevención del VIH.

“El VIH no es sólo un tema de salud. Su respuesta implica garantizar el cumplimiento de los derechos humanos. La exclusión sólo sirve para expandir la epidemia del VIH. En 2011, las personas con VIH y poblaciones en más alto riesgo realizaron 298 denuncias, de las que 242 corresponden a casos de violaciones de los derechos humanos. Entre las instituciones más denunciadas se encuentra el IGSS (Instituto Guatemalteco de Seguridad Social), seguido del MSPAS (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social) y el personal uniformado de las fuerzas de seguridad del Estado”.²

Muchos países tienen leyes o políticas que inhiben la respuesta al VIH; a menudo castigan, en vez de proteger, a las personas más vulnerables al virus, al estigma y a la discriminación o a los actos delictivos causados por el odio. Consecuencias del estigma y la discriminación o el miedo a sufrirlas. Para ello se debe de tomar que existen muchos medios de prevención para minimizar el estigma y la discriminación de los cuales se puede mencionar los siguientes:

- Una menor utilización de ser preventivos, de pruebas y asesoramiento
- Retraso y parcialidad en la revelación del estado serológico.
- Aplazamiento o rechazo del tratamiento, atención y el apoyo.
- Estos efectos se amplifican entre los grupos socialmente más vulnerables y el estigma y la discriminación afectan de forma desproporcionada a mujeres y niñas.

² Segundo Informe nacional sobre la situación de los derechos humanos de las personas con VIH y poblaciones en más alto riesgo. Guatemala 2012.

Actualmente, 46 países, territorios y áreas imponen restricciones de entrada, estancia o residencia a las personas que viven con VIH

Guatemala cuenta con el Índice de Estigma y Discriminación a Personas con VIH, elaborado a partir del 2011 por la Red Legal y su Observatorio de Derechos Humanos de Personas con VIH y poblaciones PEMAR (poblaciones en más alto riesgo), y de donde se extrae que:

- El 4% de las personas con VIH entrevistadas ha sido excluida de actos familiares.
- El 10% de las personas con VIH entrevistadas señalan haber sido insultadas y el 3% declara haber sido agredidas físicamente.
- El 18% de las personas con VIH entrevistadas indican haber perdido su empleo o sueldo.
- El 42% de las personas con VIH entrevistadas reconoce sentirse avergonzada por su condición de VIH.
- El 14% de las personas con VIH entrevistadas reconocen tener sentimientos suicidas.

Estos aportes que se presentan como parte de los antecedentes de la experiencia que dan información de la situación del VIH en Guatemala sino de las poblaciones a las cuales afecta, las nuevas propuestas financieras que se tienen por parte de organismos internacionales como Fondo Mundial y ONUSIDA apoyaran a disminuir el impacto de la infección en mujeres como en menores de edad lo que permitirá que sea mayor la población que tenga acceso a la prevención como al tratamiento.

La epidemia en Guatemala ha ido tomando nuevas direcciones en cuanto al tema de poblaciones afectadas en los últimos cinco años, sobre todo en aquellas que no se creían vulnerables a la infección según los datos de ONUSIDA para el año 2012 en Guatemala 26.978 personas con VIH están registradas por el Centro Nacional de Epidemiología, del MSPAS. Sin embargo, las estimaciones y proyecciones de VIH para el año 2012 indican que son más de 72.400 las personas con VIH en el país. Esto coloca a Guatemala en el país de Centroamérica con mayor número de personas con VIH.

En Guatemala se desconoce el número de personas que han fallecido por causas relacionadas con el VIH Avanzado (Sida) debido al gran subregistro existente y al estigma relacionado con la epidemia. En América Latina, entre los años 2005 y 2012 se redujeron en un 15% las muertes por causas relacionadas con el VIH Avanzado, pasando de 60.000 a 50.000 fallecimientos. Pese a la cobertura de tratamiento que se ofrece en los centros asistenciales a nivel nacional en donde se proporciona este tratamiento sin ningún costo para la persona con VIH.

Según estimaciones, sólo en el año 2012 se dieron 8.958 nuevos casos, lo que significa que 24 personas adquieren VIH cada día, se espera que este número se eleve en el año 2013. La epidemia en Guatemala es concentrada, y las poblaciones con mayor prevalencia del VIH en el país se revelan en el siguiente cuadro:

Cuadro 1
Poblaciones más vulnerables al VIH

Población	Porcentaje
Mujeres transexuales	14,9%
Hombres que tienen sexo con hombres	7.6%
Mujeres trabajadoras sexuales	3.8%
Jóvenes en riesgo social	1.8%
Personas privadas de libertad	0.9%

Fuente: Estudio de Línea Final del Fondo Mundial, 2010

En América Latina, de cada 100 dólares que se gastaron en la respuesta ante el VIH, menos de un dólar se destinó a programas de prevención a las poblaciones PEMAR. En Guatemala, tan sólo se destina el 1% de los recursos para el VIH para las poblaciones clave en mayor riesgo. Contribuir al fortalecimiento de estas poblaciones para incrementar su participación en la respuesta nacional ante el VIH permitirá lograr con mayor celeridad las metas propuestas para 2015.

Guatemala ofrece una cobertura de tratamiento antirretroviral del 56%, un porcentaje superior a la media mundial (54%) e inferior a la cobertura regional (65%). Según datos de 2012, 14.785 personas tienen acceso a tratamiento, frente a las 10.362 de 2009. Sin embargo, la cobertura ha disminuido de 69% al 56% mencionado. El acceso temprano al tratamiento no sólo mejora la calidad de vida de las personas con VIH, sino que permite reducir hasta en un 96% las probabilidades de transmisión del VIH. Actualmente, la viabilidad y puesta en práctica del tratamiento 2.0 determinará el éxito de la respuesta al VIH en los próximos años. El tratamiento 2.0 es una plataforma que ofrece un tratamiento radicalmente simplificado e incluye el desarrollo de mejores regímenes de tratamiento de combinación, herramientas de diagnóstico más baratas y simples, y un enfoque de la prestación de bajo costo encabezado por la comunidad.³

En Guatemala la Tuberculosis (TB) sigue siendo una de las causas principales de muerte entre las personas con VIH en el país. Se estima que, del total de personas con VIH en Guatemala, el 12% tiene TB. Para la población en general, la prevalencia del VIH es del 0.8%. ONUSIDA y los actores clave en la respuesta trabajan para la implementación del protocolo que permita que a las personas diagnosticadas con TB se les realice la prueba de VIH y viceversa.⁴

En el tema materno–infantil Guatemala asumió en la Declaración Política sobre VIH eliminar la transmisión materno – infantil de VIH, un compromiso adquirido a nivel mundial. En 2012, tan sólo el 28,55% de las mujeres con VIH embarazadas recibió tratamiento antirretroviral para reducir el riesgo de transmisión del VIH. Las estimaciones indican que 1.672 embarazadas viven con VIH en el país, lo que implica que tan sólo 362 mujeres habrían tenido acceso al tratamiento. En Guatemala, al igual que en Honduras y Panamá, entre el 4 y el 5% de los casos de transmisión de VIH se producen de madre a hijo. El acceso temprano al tratamiento, la práctica de la cesárea en el momento de dar a luz y evitar la lactancia materna reducen la transmisión del VIH de madre a hijo al 2%. Se estima que 2.757 niños y niñas guatemaltecas con VIH entre 0 y 14 años necesitan tratamiento. Sin embargo, tan solo 335 niños tienen acceso a él.

³ Programa Nacional de VIH/SIDA, Guatemala, 2012.

⁴ Programa Nacional de VIH/SIDA, Guatemala, 2012.

El VIH afecta a todas las poblaciones, pero no de la misma manera. Las más afectadas son las mujeres transexuales, hombres que tiene sexo con hombres, las mujeres trabajadoras sexuales, los jóvenes en riesgo social y las personas privadas de libertad. Estas poblaciones son las más vulnerables, menos atendidas y las más discriminadas socialmente.

Los limitados recursos dirigidos a la atención de estas poblaciones para ofrecer servicios de prevención primaria y prevención secundaria en algunos de los casos de personas con diagnósticos positivos hacen que se dificulte el acceso a la atención integral. Lo que dificulta que en Guatemala la atención sea óptima y con ello se pueda llegar a cero nuevas infecciones por VIH, cero estigma y discriminación y cero muertes relacionadas con el VIH.

En Guatemala el grupo de mujeres presenta un total de 26,113 mujeres guatemaltecas mayores de 15 años viven con VIH, según estimaciones de 2012. La infección por VIH en mujeres se ha triplicado en 22 años, y la relación de masculinidad, que antes de 1996 era de entre 5 y 7 hombres por cada mujer, ahora es de dos hombres por cada mujer, “según recoge el Informe de situación sobre VIH y violencia basada en género”: una aproximación desde las determinantes sociales.

Según el informe presentado por ONUSIDA, el 96,65% de las mujeres con VIH no recibieron educación o no completaron su educación secundaria, lo que evidencia el impacto de las condicionantes sociales.

Los pueblos indígenas en Guatemala son una de las poblaciones a las cuales el tema de la prevención en VIH, no es una de las prioridades sobre todo porque no se toma en cuenta su idioma materno y tampoco su cultura para hacer llegar la información necesaria para la prevención de VIH. Pese a su escasa visibilidad y abordaje, el VIH también se registra en las poblaciones indígenas del país. El Centro Nacional de Epidemiología indica que el 22% de las personas con VIH en Guatemala son mayas, un dato que refleja que el riesgo de adquirir VIH está aumentando entre los pueblos originarios.

Las migraciones, las dificultades de acceso a servicios de prevención y atención, el limitado acceso a la prueba del VIH, la limitada pertinencia cultural del abordaje de la epidemia son algunos de los factores que incrementan la vulnerabilidad de los pueblos originarios ante el VIH.

Población joven ocupa un tercio de la población guatemalteca, la población joven se encuentra en el rango (15 a 29 años). El 20% de las personas con VIH en Guatemala tienen entre 15 y 24 años y el 40.2% de las personas con VIH en Guatemala tienen entre 15 y 29 años, según datos del Informe Nacional de Desarrollo Humano 2011/2012. La encuesta nacional de salud materno-infantil (ENSMI) revela que el 80% de los jóvenes no conoce correctamente qué es el VIH.

En Guatemala hasta el momento no se tiene ningún tipo de información que pueda apoyar este proceso de formación o proceso de revelación a los preadolescentes y adolescentes con VIH, lo que limita mucho la aceptación y la asimilación de cada uno de los componentes que intervienen en los procesos de vida del ser humano en relación al tema de VIH.

El Trabajo Social entonces será una parte importante en el desarrollo de nuevos procesos de formación, proyectos y nuevas líneas de acción en el área de salud lo que permitirá un mayor involucramiento hacia una problemática social.

Hospicio San José

Hospicio San José es una institución que se funda en el año de 1989, como una institución católica con espíritu de servicio, no gubernamental no lucrativa, con una proyección social a nivel nacional, con la finalidad de brindar atención a pacientes de enfermedades terminales, personas adultas mayores y desamparadas, brindándoles atención médica, hospitalaria, alimenticia, seguridad y dar un buen morir a quienes estaban en etapa terminal de alguna enfermedad terminal. Para finales del año 1989 el VIH y Sida ya había cobrado cientos de vidas en Guatemala en ese tiempo no se tenía todavía identificado las causas de la infección en la población y se tenía la idea errónea de que los hombres homosexuales eran los

portadores, para finales de ese año, el Hospicio San José cambia totalmente su atención, dado que las condiciones de desconocimiento de la enfermedad y del estado de salud de las personas que estaban en etapa de Sida no contaban con el apoyo del sistema sanitario y de la familia lo que ponía en riesgo la recuperación de los pacientes, o en el caso de no brindar la atención adecuada antes de morir.

En ese año se reciben a las primeras personas con Sida como se llamaba o indicaba peyorativamente a las persona infectadas por el VIH, en ese entonces las instalaciones del hospicio se encontraban en las inmediaciones de la zona 1, donde se contaba con una casa de 8 habitaciones en donde se tenía cobertura para recibir a 8 pacientes bien acomodados y más de 10 cuando se requería, es acá donde se inicia el trabajo de Hospicio San José en el tema de VIH.

Viendo la creciente necesidad de atención hacia las personas abandonadas por ser diagnosticadas con VIH, las autoridades del hospicio deciden trasladar las instalaciones con el propósito de brindar una mejor atención a los menores como a las personas que reciben tratamiento y ayuda social, el traslado se logra a través de la donación de internacional de la organización de Hospicio San José se alquila una casa con más espacio y con ello brindar mejor atención a las personas con VIH que es ahora la finalidad de su trabajo, es así que, para el año de 1990 el Hospicio San José se traslada al Municipio de Santiago Sacatepéquez en donde inicia otra etapa. Es durante este período de transición que Hospicio San José recibe los primeros casos de menores abandonados o huérfanos afectados por el VIH indirectamente o directamente. Siendo el caso de dos menores de edad de género femenino comprendidas entre las edades de 8 y 10 años las primeras en recibir atención por parte del hospicio.

En el transcurso de los siguientes años Hospicio San José llegó a ser conocida como la primera institución que trabajaba con niños con VIH en Guatemala, la sostenibilidad económica era a base de donaciones y con el financiamiento bajo las directrices de la misma organización creadora de este centro en Guatemala, para mediados de 1997, Hospicio San José contaba con una población de 50 niños y niñas comprendidas entre las edades de 0 a 17 años los cuales habían sido rescatados por las autoridades de centros hospitalarios como Hospitales Roosevelt y San Juan de Dios y algunos de los casos eran

porque las mismas familias los llegaban a dejar a las puertas del Hospicio San José.

En 1998 el Ministerio Público a través del departamento de Trabajo Social inicia un trabajo coordinado con Hospicio San José y refieren los primeros casos de menores con un diagnóstico positivo a causa de la violencia sexual, es así como en el año 2001 ya no solo se tenían menores con un diagnóstico positivo vertical, sino, que se iniciaba el proceso de recuperación de menores violentados sexualmente.

Actualmente Hospicio San José cuenta con sus propias instalaciones en donde continua con el servicio de atención integral a personas con VIH, encontrándose ubicado en el kilómetro 28.5 carretera a Bárcena a Santa Lucia Milpas Altas, Sacatepéquez. La población que atiende Hospicio San José son niños internos con VIH, niños internos en exposición, niños negativos que son dado en tutela por orden judicial, consulta para niños y adultos con VIH externos, pacientes por accidentes no laborales (maltrato sexual), todos son atendidos por el equipo multidisciplinario del hospicio sin ánimo de lucro, con el objetivo de ofrecerles una mejor calidad de vida, atendiendo cada aspecto que interviene en la recuperación de las y los pacientes en forma integral.

Hospicio San José tiene como misión, ser una Asociación no gubernamental sin fines de lucro, que brinde atención integral a niños, adolescentes y adultos con VIH o VIH Avanzado y/o enfermedades oportunistas. La Visión de Hospicio es ser una institución a nivel nacional que brinde diagnóstico y tratamiento a personas con VIH y VIH Avanzado, a fin de contribuir a reducir el impacto de la pandemia a través de una atención integral, información, educación y prevención dirigida a la población vulnerable y en general.

Hospicio San José dirige su trabajo bajo los valores siguientes.

- Solidaridad
- Inclusión
- Transparencia
- Confiabilidad
- Responsabilidad
- Eficiencia

Bajo estos principios Hospicio San José, brinda atención a personas con VIH en atención integral de consulta externa, hospitalización y recuperación nutricional. A partir del traslado a la aldea Santa Rosa el Hospicio San José está brindando a la población de los municipios y comunidades aledañas servicios de medicina general, gineobstetricia, servicios de pediatría.

Las poblaciones de niños, niñas, preadolescentes y adolescentes que se atienden por parte del Hospicio San José, están comprendidas entre las edades de 0 meses a 18 años quienes se encuentran internos. La población con diagnóstico positivo que se atiende en consulta externa comprende las edades de 0 meses a 80 años de edad, de diferentes regiones del país.

CAPÍTULO 2

CONTEXTO DONDE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

Este capítulo se refiere a la situación socio-económica del Municipio de Santa Lucía Milpas Altas, Aldea Santa Rosa.

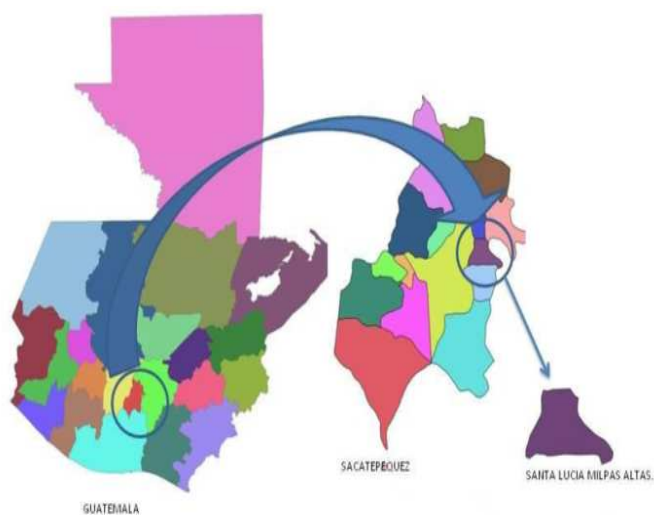
2.1 Municipio de Santa Lucía Milpas Altas

2.1.1 Datos geográficos

El municipio de Santa Lucía Milpas Altas se encuentra localizado en la región V o Central de Guatemala y ubicado en el departamento de Sacatepéquez con coordenadas geográficas en latitud de $14^{\circ}34'35''$ y longitud de $90^{\circ}40'40''$, a una altura que oscila entre 1970 metros sobre el nivel del mar.

La distancia de la cabecera departamental es de 8 kilómetros y de la ciudad capital de 35 kilómetros. Su extensión territorial es de 19 kilómetros cuadrados.

Mapa Geográfico de Santa Lucía Milpas Altas



Fuente Instituto Nacional de Estadística 2012.

2.1.2 Recursos naturales

Los recursos naturales del municipio de Santa Lucia Milpas Altas son variados cuentan con una diversidad de arboles los cuales le dan esa característica al clima de la localidad. Y a la misma estructura de la comunidad, el manejo de los recursos naturales de la localidad no está siendo bien manejados por las autoridades por lo que se ven espacios en donde habido tala inmoderada de los mismos recursos, la fauna es variada encontrándose varias especies de aves, serpientes y mamíferos pequeños. Se describe a continuación cada uno de los elementos que componen el medio ambiente.

Los recursos naturales del municipio se caracterizan por la vocación del suelo, el cual es de uso forestal. La intensidad de uso de la tierra, es de 20% sobre utilizado, 10% sub utilizado y 70% con uso correcto. En cuanto a la gestión integrada del recurso hídrico, existe un reglamento de uso de agua el cual se encuentra en fase de modificaciones.

2.1.3. Suelos

De acuerdo con la clasificación de reconocimiento de los suelos de Guatemala de Simmons, indica que, para el municipio de Santa Lucia Milpas Altas las series son:

Serie de suelos Alotenango (Al): son suelos excesivamente drenados, característico de lugares inclinados a muy inclinados, es decir de alta pendiente, el color va de café oscuro a café muy oscuro de consistencia suelta, fertilidad regular, textura franca arenosa y de erosión alta. La profundidad de estos suelos está entre los 25 a 50 cm de espesor.

Serie de suelos cauque, (Cq): ceniza volcánica pomácea de color claro, pertenecientes a relieves ondulados a fuertemente inclinados, poseen drenaje interno muy bueno son de color café muy claros de textura franco arcillosa y profundidad de 75cm.

“Desde el punto de vista agronómico el suelo del municipio de Santa Lucia Milpas Altas es apto para la agricultura y para el aprovechamiento forestal protector sostenible, ya que desde la

perspectiva hídrica esto es indispensable para que se mantengan las fuentes de agua y ecosistema integrados.

La mayor parte del territorio está ocupada con agricultura la cual tiene una actividad anual, lo que muestra que la actividad económica principal es la agricultura”.⁵

2.1.3.1 Geología y fisiografía

Geológicamente el municipio de Santa Lucia Milpas pertenece al período terciario compuestos por rocas ígneas y metamórficas, rocas volcánicas sin dividir, predominantemente mio-plioceno. Incluye tobas, coladas de lava y sedimentos volcánicos.

Fisiográficamente Santa Lucia Milpas Altas pertenece al gran paisaje de montañas volcánicas del centro de país que limita de Chichicastenango del departamento de El Quiché hasta Mataquescuintla al Suroeste de Jalapa. Y al Gran Paisaje del Relleno Piro Clásico alrededor de la Caldera de Atitlán que se extiende desde Nahualá en Sololá hacia el este hasta llegar a San Martín Jilotepeque municipio de Chimaltenango.

2.1.3.2 El clima

Según la clasificación de zonas de vida por el sistema Holdrige, del municipio de Santa Lucia Milpas Altas se encuentra ubicado en un bosque húmedo montañoso central bajo Sub-tropical, cuyo símbolo es: BH-MB que indica que las condiciones son las siguientes: El patrón de lluvia varía entre 1400 mm y 1499 mm. Como promedio de 1449 mm/año y la temperatura varía entre 13-15.5 grados C. La evapotranspiración potencial media es de 0.75 mm/día. La topografía es variable y tiene una elevación de 1,550 metros sobre el nivel del mar.

⁵ (SIG-Ministerio de Agricultura y Ganadería, UPIE, 20011).

2.1.3.3 Gestión integrada del recurso hídrico (GIRH)

Dentro de las acciones para la gestión integral del recurso hídrico se está reforestando las áreas de captación de agua; por medio de actividades escolares que promueve la municipalidad de Santa Lucia Milpas Altas.

Es importante la recuperación de las zonas de recarga hídrica del municipio de Santa Lucia Milpas Altas, pues es aquí donde comienza la gestión integrada del agua. Estas zonas son las encargadas de la cosecha de agua en la época lluviosa y el mantenimiento de los manantiales en la época seca.

El servicio de agua municipal en Santa Lucia Milpas Altas es abastecido por aproximadamente 3 nacimientos ubicados en: Santa Lucia, La Libertad y uno proveniente de Magdalena Milpas Altas siendo propiedad de Santa Lucia. 8 pozos de agua mecánicos (1 en Santa Lucia, 3 en la Libertad, 3 en Santo Tomas, 1 en el Aldea Santa Rosa).

El municipio de Santa Lucia Milpas Altas vierte sus aguas al lago de Amatitlán, a través de arroyos como el San Lucas, Platanitos y la Embaulada.

Cuencas y sub cuencas: Según diagnóstico de MAGA (Ministerio de Agricultura y Ganadería), Santa Lucia Milpas Altas pertenece a la subcuenca del Guacalate, Amatitlán y Villa Lobos que vierte sus aguas al Océano Pacífico. No existe en la municipalidad de Santa Lucia Milpas Altas un programa de manejo integrado de micro cuenca.

2.1.4 Vías de comunicación

Se comunica al oeste con San Bartolomé Milpas Altas, a 10 kilómetros sobre la carretera antigua que converge con la carretera interamericana, al sur con la Ciudad de Santiago de los Caballeros (Antigua Guatemala), al norte con el municipio de San Lucas Sacatepéquez y este por la carretera que conduce hacia la Villa de Bárcena, Villa Nueva.

2.1.5 Flora y fauna

Según la clasificación de zonas de vida, por el sistema Holdrige, el municipio de Santa Lucia Milpas Altas, se encuentra ubicada en un bosque húmedo montano bajo subtropical con cobertura forestal es importante desde el punto de vista ecológico y socioeconómico. Está conformada principalmente por especies pino, ciprés, nogal, gravilea, pasquín, manzanote.

La fauna característica de Santa Lucia Milpas Altas, se asocia con los cultivos que predominan el área, como: venado, cabro, jabalí, tigrillo, mapache, armadillo, coyote, perdices, codornices, gavilanes, gallinas, terneros rojos, palomas, jilgueros y tórtolas.

2.1.6 Datos demográficos

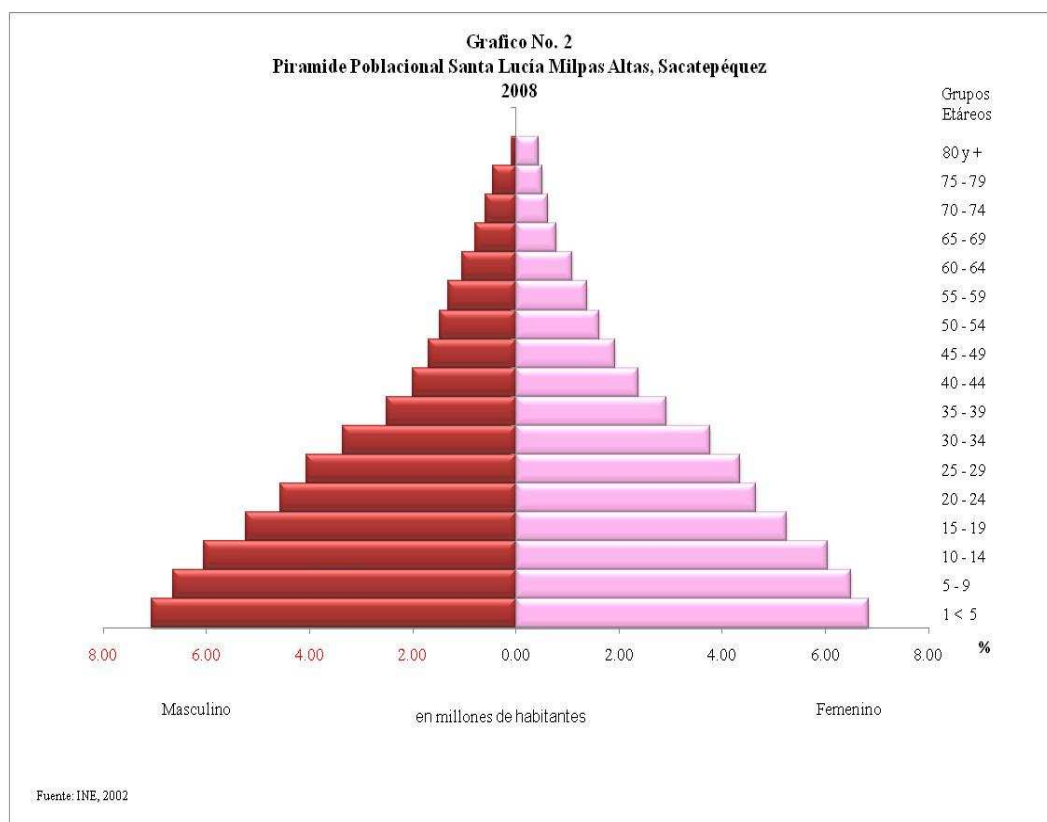
“El municipio de Santa Lucia Milpas Altas cuenta con una población de 13,600 habitantes”⁶, “de este dato general se tiene una estimación por género de 7,702 mujeres y hombres 7,346 para el año 2012”⁷.

Una de las características que marca la población del municipio de Santa Lucia Milpas Altas es que se encuentran todos los grupos etéreos, pero donde se da un incremento es el grupo de los niños menores de 15 años y de los jóvenes mayores de 20 años, lo cual nos indica que más de la tercera parte de su población es relativamente joven y el 6.39% es menor de 40 años. Con el objeto de planificar con datos que se acerquen más a la realidad, se presenta la pirámide poblacional con proyección de población al año 2012, según Censo 2002 del INE (Instituto Nacional de Estadística).

⁶ Censo de población 2008 Instituto Nacional de Estadística.

⁷ Estimaciones poblacionales por Género Instituto Nacional de Estadística

Gráfica 1



n
Fuente Instituto Nacional de Estadística 2002.

La pirámide poblacional del municipio de Santa Lucia Milpas Altas, presenta la característica de una base ancha y una cúspide angosta propia, de una población joven, cuyo mayor porcentaje se encuentra situado de 4 a 40 años, esto es indicativo que en el territorio se tiene que invertir más en educación, prever fuentes de empleo, vivienda y servicios básicos especialmente en las aldeas del municipio.

2.1.7 Situación socioeconómica

El municipio de Santa Lucia Milpas Altas, tiene una de las economías con mayor desarrollo agrario. En el desarrollo industrial el municipio mantiene una actividad creciente sobre todo en las áreas urbanas, lo que permite a la población acceder a empleos en diferentes campos.

2.1.7.1 Actividad económica

Santa Lucia Milpas Altas, es un municipio eminentemente agrícola, la población en un 99 % se desempeña en algún trabajo⁸, pero según el mapeo participativo estas cifras no son reales, se establece que la mano de obra calificada es escasa y que el territorio no cuenta con alguna institución técnica y de productividad que se dediquen a la instrucción de la población económicamente activa. Las principales actividades económicas son la agricultura, la industria manufacturera, el comercio y la construcción.

Entre los principales productos agrícolas del territorio están las legumbres, verduras, hortalizas, aguacate y el maíz, los cuales son destinados para el comercio local en un 10 % y para otros mercados el 90 %, ⁹ el principal mercado es Antigua Guatemala y la ciudad capital. La participación de la mujer en la economía local se puede reforzar con la implementación del INTECAP (Instituto Técnico de Capacitación y Productividad) impartiendo cursos de repostería y comidas típicas.

En cuanto a las actividades agropecuarias, el ganado porcino es el potencial. Las demás actividades pueden considerarse como de traspatio ya que no son representativas por los volúmenes que se manejan; dentro de las artesanías de localidad se puede encontrar trabajos en hierro forjado, muebles en madera y cuadros pintados con técnica al óleo.

Dentro del municipio el desarrollo empresarial es representado por medio de las industrias que exportan y empaacan vegetales. No se observa que existan beneficios compartidos de la actividad productiva que eleven los estándares de vida de la colectividad.

Razón por la cual se detecta la necesidad de desarrollar programas que potencialicen sus condiciones geográficas, culturales e históricas de su entorno.

⁸ Informe Socioeconómico del Municipio de Santa Lucia Milpas Altas, Municipalidad de Santa Lucia Milpas Altas, Sacatepéquez, 2012.

⁹ Informe Socioeconómico del Municipio de Santa Lucia Milpas Altas, Municipalidad de Santa Lucia Milpas Altas, Sacatepéquez, 2012.

“Santa Lucia Milpas Altas no cuenta con atractivos turísticos, los cuales podrían crearse mediante la generación de actividades que rehabiliten el casco urbano y mejor manejo de aspectos de equipamiento y mobiliario urbano en la carretera hacia la Antigua Guatemala, donde se ubican gran número de comercios de artesanías, estableciendo un corredor artesanal y construcción del mercado de Santa Lucia Milpas Altas con área para venta de productos de consumo diario y área de artesanías”.¹⁰

2.1.7.2 Aspectos educativos

Según el Informe de Desarrollo Humano, el departamento de Sacatepéquez tiene un nivel por debajo de lo estimado sobre todo en el sector de las mujeres a las cuales se les sigue negando el acceso a la educación como parte de respeto y la dignificación del género. En el caso del municipio de Santa Lucia Milpas indica que por cada 1000 personas 100 de ellas cursaron los primeros grados de nivel primario y 50 de ellos el nivel básico y el 20 de ellas el nivel diversificado y mientras que el nivel universitario cubre 15 personas y de ellas 1 termina efectivamente el ciclo educativo.

El municipio de Santa Lucia Milpas Altas, cuenta con un total de 16 establecimientos de nivel primario ubicados en las aldeas que componen el municipio, cada una de estos establecimientos cuenta con el nivel de pre primaria. Se cuenta con educación básica por el método de telesecundarias que proveen de educación a los jóvenes. A nivel diversificado el municipio cuenta con tres establecimientos privados y uno público en donde se imparten carreras a nivel magisterio y perito contador.

El analfabetismo caracterizado como la falta de acceso oportuno al sistema educativo, a nivel nacional se ubica en 21.04%, departamental 13.64% y municipal en 6.60% lo que indica que 668 pobladores no saben leer ni escribir.

Para erradicar el analfabetismo es necesario invertir en infraestructura física y humana, así como a un mayor acceso a los diversos servicios educativos.

¹⁰ Fuente: SEGEPLAN, 2010

Cuadro 2
Tasas de escolarización, terminación y alfabetización
Santa Lucía Milpas Altas, Sacatepéquez 2012

Nivel	%		
	TNE	TTP	TA
Municipal	89.82%	83.92%	94.2%
Departamental	75.82%	85.85%	95.8%
Nacional	98.33%	60.54%	87.8%

Fuente Área Departamental de Sacatepéquez, Ministerio de Educación 2012.

La relación y la proporción educativa que se da entre géneros es uno de los problemas a los cuales enfrentan los niños y niñas guatemaltecos en la actualidad ya sea por diversos factores culturales, sociales o políticos se ha ido dando una limitación al acceso de la educación a las mujeres aunque hoy en día el número ha ido en incremento, para ello se presentan los cuadros en donde se puede observar la relación en la educación.

Los niños y niñas con VIH tienen el doble de problemas que los niños y niñas sin un diagnóstico como este, muchos de los niños y niñas con VIH sufren de discriminación y estigma asociados a la falta de conocimiento sobre la infección, solo en el año 2012 se recibieron más de 10 denuncias por falta de atención o negación educativa, en los municipios del departamento de Guatemala.

En la actualidad los profesores que imparten los grados de primaria son las personas que violentan los derechos de la educación, negando una atención adecuado a los niños con VIH,

Cuadro 3
Relación entre mujeres y hombres en educación
Santa Lucía Milpas Altas, Sacatepéquez 2012.

Indicador: proporción entre hombres y mujeres en todos los niveles.			
Descripción	Proporción		
	P	B	D
Municipal	0.91	0.91	1.13
Departamental	0.93	0.88	1.17
Nacional	0.93	0.89	0.99

Fuente Área Departamental de Sacatepéquez, Ministerio de Educación 2012.

“Para el municipio de Santa Lucía Milpas Altas, en el nivel primario existe una relación de 91 niñas por cada 100 niños. En el nivel básico 88 niñas por cada 100 niños y en el nivel diversificado 119 mujeres por cada 100 hombres”.¹¹

Brechas de país 0.03 primaria, 0.05 básico y -0.07 diversificado.

Brechas de municipio 0.09 primaria, 0.09 básico y -0.13 en diversificado.

2.1.7.3 Aspectos de salud

Según el Ministerio de Salud Pública durante en 2012 la cobertura fue del 100% el cual fue atendido por todos los servicios de salud. Sin embargo de acuerdo al mapeo participativo por parte del Departamento de Desarrollo de la Municipalidad de Santa Lucía Milpas Altas, la cobertura es del 50%, ya que existen debilidades en cuanto medicamento, equipamiento y personal especializado.

¹¹ SEGEPLAN, Proyección 2010

Cuadro 4
Indicadores Básicos de Salud
Santa Lucia Milpas Altas, Sacatepéquez 2012.

INDICADOR	% O CANTIDAD
Tasa bruta de mortalidad x 1000 habitantes	5.17.
Tasa de mortalidad infantil x 1000 nacidos vivos.	33.77
Tasa de mortalidad materna x 10,000 nacidos vivos.	0
Tasa global de fecundidad x 1000 mujeres en edad fértil.	149.79
Cobertura de vacunación de BCG a niños menores de 1 año	77.96
Médicos por 10,000 habitantes	10
Enfermeras profesionales por 10,000 habitantes	8
Enfermeras auxiliares por 10,000 habitantes.	1
Comadronas por 10,000 habitantes.	6
Esperanza de vida al nacer en años.	68

Fuente: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 2012.

En el municipio de Santa Lucia Milpas Altas presenta este cuadro sobre los indicadores de salud, en donde se puede observar cada elemento que proporciona una cobertura sobre atención primaria y quienes brindan la atención.

La morbilidad y la mortalidad del municipio presentan un margen bajo y significativo en relación a otros municipios del departamento del Sacatepéquez y departamentos circunvecinos en donde se muestra una tasa elevado sobre la morbilidad y la mortalidad de menores de 5 años de edad.

2.1.8 Servicios básicos

El plan de desarrollo municipal 2012 determino que 90 % aproximadamente de la población cuenta con servicios básicos de agua entubada, servicio de alumbrado eléctrico y electrificación y sistema de drenajes. Se cuenta con un tren de aseo que recorre las viviendas del municipio el servicio que se presta tiene un costo de Q 10.00 por extracción de desechos.

Los pagos de los servicios de agua entubada y electricidad oscilan entre los Q20.00 y Q 100.00 por el servicio que se presta.

2.2 Aldea Santa Rosa

La aldea Santa Rosa es una de las cuatro aldeas que componen el municipio de Santa Lucia Milpas Altas.

2.2.1 Datos geográficos

La aldea Santa Rosa se encuentra localizada en una zona montañosa de suelo arenoso, fértil. Con pendientes pronunciadas y el centro de la población se encuentra asentado en un pequeño valle que cubre una extensión de 2 cuerdas en donde se edifican los edificios representativos, Iglesia Católica, Escuela Rural Mixta, Salón Municipal. La aldea Santa Rosa se encuentra ubicada en el kilometro 33 de la carretera que va a la Ciudad de Santiago de los Caballeros (Antigua Guatemala) a la aldea Bárcena de Villa Nueva.

La misma colinda al norte con San Lucas Sacatepéquez, la aldea La Libertad Milpas Altas, Sur con Santo Tomas Milpas Altas y Santa Lucia Milpas Altas, Este Villa Nueva Guatemala, Oeste San Bartolomé Milpas Altas Sacatepéquez.¹²

Las vías de acceso de los pobladores son al oeste con San Bartolomé Milpas Altas, a 10 kilometros sobre la carretera antigua que converge con la carretera interamericana, al sur con la Ciudad de Santiago de los Caballeros (Antigua Guatemala), al norte con el Municipio de San Lucas Sacatepéquez y este por la carretera que conduce hacia la aldea de Bárcena, Villa Nueva.

La aldea Santa Rosa no cuenta con un servicio de transporte local, lo que hace dependiente a los usuarios de la aldea a trasladarse por medio del transporte público de la aldea Bárcena y de la aldea Embaulada. Este transporte ofrece el servicio desde las 5:30 de la mañana a 7:00 de la noche, el servicio no es frecuente y pasado de las 8:00 de la mañana el servicio es brindado cada hora y hora y media por lo que las personas que se quieren movilizar fuera de la

¹² Municipalidad de Santa Lucia Milpas Altas. Monografía del Municipio de Santa Lucia Milpas Altas, Sacatepéquez. 2010.

aldea tienen que recurrir a solicitar a los vehículos que transitan por la aldea se les brinde sacarlos fuera de la aldea (jalón).

2.2.2 Flora y fauna

La aldea Santa Rosa, se encuentra ubicada en un bosque húmedo montano bajo subtropical con cobertura forestal es importante desde el punto de vista ecológico y socioeconómico. Está conformada principalmente por especies pino, ciprés, nogal, gravilea, pasquín, manzanote.

La fauna característica de la aldea Santa Rosa, se asocia con los cultivos que predominan el área, como: venado, cabro, jabalí, tigrillo (estas tres casi ya no se ven en estado libre), mapache, armadillo, coyote, perdices, codornices, gavilanes, gallinas, terneros rojos, palomas, jilgueros y tórtolas.¹³

2.2.3 Aspectos demográficos

La aldea Santa Rosa cuenta con una “población aproximada de 2,800 personas representadas en todos los grupos etéreos, pero donde se da un incremento es el grupo de los niños menores de 15 años y de los jóvenes mayores de 20 años, lo cual nos indica que más de la tercera parte de su población es relativamente joven y el 6.39% es menor de 40 años”.¹⁴

2.2.4 Aspectos socioeconómicos

2.2.4.1 Actividad económica

Entre las actividades productivas que generan más empleo a nivel local, se encuentra la agricultura, la industria manufacturera y comercio. En el territorio se encuentran industrias dedicadas a la realización de eventos y catering (servicio de eventos) que contratan personal local para el desarrollo de actividades, sin embargo este porcentaje es bajo.

¹³ Municipalidad de Santa Lucia Milpas Altas. Monografía del Municipio de Santa Lucia Milpas Altas, Sacatepéquez. 2010.

¹⁴ Instituto Nacional de Estadística. Censo Poblacional 2008.

En cuanto a migración la población viaja hacia a Ciudad de Guatemala, Antigua Guatemala o San Lucas Sacatepéquez por motivos laborales, así mismo familiares de pobladores han viajado a Estados Unidos en busca de mejores oportunidades, sin poder establecer un dato de lo que se percibe por remesas familiares.

“La población económicamente activa en la aldea Santa Rosa son los hombres los cuales presentan un 70% del ingreso económico familiar y el 30 % restantes la mujeres que presentan no contar con apoyo de un hombre o marido, este problema social se presenta específicamente en mujeres que están comprendidas entre las edades de 20 a 40 años”.¹⁵ El aporte que se tiene en la familias del trabajo que realizan hombre y mujeres es el económico que se divide en pago de servicios básicos como energía eléctrica, servicio de agua entubada, extracción de desechos, compra de alimentos, compra ropa y calzado, pago de colegiaturas en caso de los que estudian en centros educativos privados, pago de transporte público, recreación y que en este rubro es poco lo que se invierte por no contar con centro de entretenimiento cercano.

a) Comercio

El comercio que se tiene dentro de la aldea Santa Rosa, se basa específicamente en la venta de insumos para jardín, la aldea cuenta con diez viveros que ofrecen al público en general, plantas ornamentales, abonos, masetas artesanales y en alguno de estos se pueden localizar ventas de objetos mayas.

El segundo aspecto que cubre el comercio dentro de la aldea es la producción agrícola con producción familiar y de poca exportación y de lo que se exporta son tomates, maíz y frijol que se vende en los mercados de Antigua Guatemala y en Guatemala.

La elaboración de adornos en latón y muebles en madera, es un aspecto creciente dentro del comercio local.

¹⁵ Informe Salud Sexual Reproductiva Organización Alas de Guatemala, 2012

Tiendas, abarroterías, tortillerías, librerías, venta de carnitas son parte del comercio local que se encuentra en su mayoría en la calle principal de la aldea Santa Rosa.

b) Ingreso familiar

“La relación empleo población para Santa Lucia Milpas Altas se encuentra en 25.15% y para la aldea de Santa Rosa es de 11.10%”¹⁶ sin embargo no toda la población cuenta con un empleo a lo que se debe agregar la calidad de los mismos y los bajos salarios los cuales están distribuidos de la siguiente manera, agricultura Q 2,000.00 de los cuales se devenga por día Q 66.66 pero no siempre se tiene este ingreso registrando un promedio por día de Q 25. 00 a 35.00 quetzales diarias, lo que baja considerablemente el ingreso mensual de las personas que trabajan en la agricultura, mientras el ingreso de las personas que trabajan en la industria local y externa tienen un salario promedios de Q 1,800.00 a Q 3,800.00 y eso dependerá del tipo de empleo y lugar que se realice, lo mismo el ingreso promedio por familia es de Q 1,000 a 2,000 quetzales mensuales, y su egreso supera el ingreso mensual.¹⁷

2.2.5 Aspectos de salud

La aldea Santa Rosa no cuenta con un centro de salud, en donde lleven un control de enfermedades y registro de las mismas, este servicio de atención sanitaria es brindada en el centro de Salud de Santa Lucia Milpas Altas, Hospicio San José, Centro de Salud de Villa Nueva, Centro de Salud de San Lucas Sacatepéquez o en caso de enfermedades de alto riesgo la red de salud de la Ciudad de Guatemala o de Antigua Guatemala.

“Dentro de las enfermedades más frecuentes que se dan dentro de la población de la aldea Santa Rosa y de las cuales son las más comunes por aspectos ambientales están; a) Enfermedades Respiratorias dentro de las cuales se pueden mencionar, gripes, tos, resfriados, neumonías y bronquitis estas dos últimas en menores de

¹⁶ Proyección económica Departamento de Desarrollo Municipalidad de Santa Lucia Milpas Altas, 2010

¹⁷ Municipalidad de Santa Lucia Milpas Altas. Monografía del Municipio de Santa Lucia Milpas Altas, Sacatepéquez. 2010.

un año. b) Enfermedades Gastrointestinales, diarreas, enfermedades pépticas y parasitismos en menores de 12 años y se dan con mayor proporción en la temporada de invierno. c) otro tipo de enfermedades que se dan son la hipertensión arterial, diabetes, casos aislados de VIH".¹⁸

Dentro de la aldea no hay una farmacia establecida por lo que dificulta la obtención de los medicamentos y al momento que la población necesita algún medicamento acuden a las tiendas populares que se encuentran abastecidas con medicamentos como analgésicos, antimicóticos, antidigestivos, que son medicamentos de fácil medicación, la medicina natural es una de las alternativas que se tienen dentro de la comunidad como el uso de las plantas medicinales como el romero, yerba buena, eucalipto, ciprés, pericón, manzanilla, ruda entre otras más que son de fácil acceso en las casa y que las mismas personas han utilizado por varias generaciones familiares.

La medicina alternativa es una de las opciones que tienen la mayor parte de personas sobre todo en las comunidades alejadas de los centros urbanos en donde se encuentran todos los servicios básicos.

2.2.6 Vivienda

La aldea Santa Rosa es una comunidad que está conformada por familias que cuentan con un terreno legalizado y en donde han construido sus viviendas, dentro de la aldea se pueden encontrar viviendas construidas formalmente con materiales de construcción el block o ladrillo, el techo es de terraza y cuentan con piso de granito o cerámica, los servicios básicos esenciales como energía eléctrica, agua entubada, extracción de desechos y drenajes se encuentran conectados a sistemas de servicios sanitarios formales.

Las viviendas en su mayoría son de madera, lamina y adobe en sus paredes, el techo es de lamina en su mayoría, el piso es de suelo y mantienen un desnivel en su construcción, cuentan con los servicios de energía eléctrica, agua entubada y extracción de desechos en algunos casas y en otras los desechos son vertidos en algún espacio de la vivienda en donde son incinerados, las viviendas que no cuentan

¹⁸ Registro de Enfermedades de Centro de Salud Sta. Lucía Milpas Altas, 2012

con drenajes tienen una conexión que sale hacia el canal fluvial que se encuentra a los costados de la carretera y es donde se desechan las aguas de las lavadero.

Las viviendas que no cuentan con una construcción de ladrillo u otro material, no cuentan con los servicios de alcantarillado y drenajes por los que sus instalaciones son rudimentarias entre ellas las letrinas en algunos de los casos o pozos ciegos los cuales son parte de las viviendas más pobres de la aldea.

La aldea Santa Rosa ha ido transformando su urbanización comunitaria por la construcción de varios condominios los cuales han ido cambiando no solo el paisaje, sino la plusvalía de los terrenos que en este momento se cotizan en dólares, estos condominios cuentan con todos los servicios e incluso con el servicio de vigilancia, dentro de los mismos se localizan están condominio La Marías, terrenos y condominio Los Volcanes, condominio Larrazabal de Santa Lucia.

2.2.7 Servicios básicos de la aldea Santa Rosa

La infraestructura de la aldea no planificada y planeada de forma urbanística, sino su desarrollo se fue dando con el pasar del tiempo y con el crecimiento de la población como de las necesidades se han visto con la problemática de cómo ir urbanizando cada uno de los aspectos que la componen.

“El 74% de la población cuenta con servicio de agua desinfectada con cloro granulado, evaluando su aplicación por medio de comparímetro. En la aldea Santa Rosa como en todo el municipio de Santa Lucia Milpas Altas existe un reglamento del servicio de agua potable. Las tarifas son: Tasa de concesión: Q.1, 505.00 incluyendo conexión. Tasa de reconexión Q.150.00 y Canon mensual Q.15.00”.

El porcentaje de viviendas que cuenta con servicio de drenaje es de 60%, y 40% no cuentan con este servicio. La tarifa es: por conexión Q.250.00, incluyendo el valor del título y no se cobra una tasa mensual”.¹⁹

¹⁹ Estrada, César, Investigación Comunitaria Santa Lucia Milpas Altas, Sacatepéquez 2013.

2.2.7.1 Saneamiento ambiental

“El 40% de las viviendas de la aldea Santa Rosa no cuentan con servicio de drenaje, las aguas negras y residuales son vertidas hacia los barrancos de acuerdo al mapeo participativo.”²⁰ No existe planta de tratamiento de aguas negras y residuales a la cual vayan a verter los drenajes.

El tren de aseo es municipal, el cual cuenta con un camión recolector que cubre el casco urbano y las aldeas recogiendo la basura dos veces a la semana con una tarifa de Q.5.00 mensuales. No existe una planta de tratamiento de desechos sólidos. Existe un basurero a cielo abierto utilizado por Antigua Guatemala el cual aun no ha sido autorizado pero es jurisdicción de Santa Lucia Milpas Altas.

Estos basureros provocan contaminación de elementos como los lixiviados (descomposición de residuos) que contaminan el manto acuífero y el aire con olores fétidos. Afectan la salud de todos los habitantes, causando enfermedades, respiratorias así como intestinales.

La amenaza para el agua según el mapeo participativo es mediano, pues los principales contaminantes son los agroquímicos y aguas servidas. El nivel de contaminación del aire es mediano siendo el humus y dióxido de carbono los principales contaminantes. El suelo ha sido degradado debido a la erosión, escorrentía y mal uso de agroquímicos.²¹

2.2.8 Aspectos educativos

La aldea Santa Rosa cuenta con un establecimiento educativo en donde se imparte en la jornada matutina el ciclo de primaria y de pre kínder contando con un total de 189 alumnos entre las edades de 04 años a 15 años. El Nombre del edificio es Escuela Rural Mixta Parcelamiento Santa Rosa este nombre no ha sido modificado, La dirección del establecimiento la tiene el señor Sergio Acajabón, quien coordina el trabajo con un grupo de 10 profesores quienes son parte

²⁰ SEGEPLAN, 2010

²¹ Estrada, César, Investigación Comunitaria Santa Lucia Milpas Altas, Sacatepéquez 2013.

del Ministerio de Educación y dos empleadas de mantenimiento quienes son personal de la Municipalidad de Santa Lucia Milpas Altas.

El establecimiento cuenta con siete aulas, cuatro servicios sanitarios para docentes, tres servicios sanitarios para niños y tres servicios sanitarios para niñas en la parte de primaria y en el área de de kínder se hallan cuatro sanitarios para uso de los niños y niñas, una cocina en donde se realiza la cocción de la refacción que se les brinda a los alumnos, un patio en donde se realizan los actos cívicos, se cuenta con servicio eléctrico, servicio de agua entubada, drenajes y servicio de extracción de, desechos. El establecimiento no cuenta con un espacio recreativo interno por esto mismo se ocupan los espacios del campo de foot ball y el parque de la comunidad en donde se encuentra juegos infantiles para la recreación y la educación física de los estudiantes.

“Los alumnos que no superaron el grado cursado en el año 2012 y que tendrán que volver a cursarlo, en primaria se ubica un 1.52%, básicos 9.80% y en el nivel diversificado 2.40%.”²²

Aquellos alumnos que por alguna razón abandonan sus estudios, a nivel municipal, existe un incremento acelerado en la deserción escolar en todos los niveles educativos a partir del año 2010, esto ocurre generalmente en el nivel básico y diversificado debido a problemas económicos, donde las familias no pueden continuar financiando los estudios de sus hijos, y estos deben de incorporarse a la vida económica para apoyar con los gastos mensuales del sostenimiento del hogar.

La deserción por embarazos y por inicio de relaciones conyugales antes de terminar el ciclo educativo, “el comportamiento para Santa Lucia Milpas Altas es de primaria 3.29%, básicos 8.48% y diversificado 4.60% respectivamente. En la aldea Santa Rosa el comportamiento es de 1.09 % en primaria, básicos de 2.50 %, se toman estos dos niveles ya que son los que se imparten en las jornadas matutina y vespertina respectivamente”²³.

²² Acajabon, Sergio, Santa Lucia Milpas Altas, Sacatepéquez, 2013

²³ Estrada César, Investigación Comunitaria, Santa Lucia Milpas Altas, Sacatepéquez, 2013

“La tasa de embarazos en mujeres menores de 18 años se incrementado en un 5 % sobre la cantidad de mujeres inscritas en el ciclo electivo, las causas por las que se da este factor es la falta de conocimiento de uso de los medios anti conceptivos naturales y los de barrera utilizados por los hombres y mujeres por las concepciones culturales.”²⁴

En la aldea Santa Rosa “el ausentismo es de un 0.6 % y las causas principales son pobreza, la falta de apoyo familiar en la continuidad de los grados esto se puede ver por las cantidades de alumnos que reciben educación en la escuela local en donde se tiene un estimado de 189 alumnos de pre kínder a 6to. año la cantidad de los niños se mantiene estable”²⁵, pero factores como la falta de alimentación que permite tener un mejor desarrollo en los niños ha hecho que se tenga repitencia y el último caso el ausentismo por este problema, los problemas en la economía familiar repercuten en los menores los cuales se ven afectados indirectamente por la falta de recursos para la compra de material y muchas veces para el traslado de algunos que viven en las afueras de la aldea Santa Rosa.

“El analfabetismo caracterizado como la falta de acceso oportuno al sistema educativo, a nivel nacional se ubica en 21.04%, departamental 13.64% y municipal en 6.60% y a nivel de la aldea Santa Rosa es el 1.56 % lo que indica que 668 pobladores no saben leer ni escribir”²⁶.

Los niños y niñas que asisten a la Escuela Rural Mixta del Parcelamiento Santa Rosa presentan diferentes problemas que afectan su aprendizaje entre las causas están; la falta de alimentación (desayuno) antes de hacerse presente a recibir clases, parásitos (piojos), higiene (física, dental), en algunos de los menores se ha determinado por la relación de educador = educando, que sufren de violencia física y psicológica (este proceso no se puede determinar dado que los menores no indican abiertamente este tipo de agresión).

El nivel educativo básico es por medio del programa del programa de Telesecundaria, en donde asisten un promedio de 25 alumnos el resto de jóvenes reciben educación en el municipio de Santa Lucia y en el

²⁴ Centro de Salud, Santa Lucia Milpas Altas, Sacatepéquez

²⁵ Acajabon, Sergio, Santa Lucia Milpas Altas, Sacatepéquez, 2013.

²⁶ SEGEPLAN 2012

caso del nivel diversificado, este problema se ve reflejado en la aldea Santa Rosa en donde se tiene una mayor prevalencia educativa en la mujeres con un 65% de participación y de un 35 % en los hombres.

2.2.9 Aspectos culturales

“La cultura de la aldea Santa Rosa es variada por la influencia de las etnias Kakchiqueles y Quiches que se encuentran en su tejido social, por ser una comunidad de paso vehicular de importancia tiene influencia de ambas comunidades hasta finales del siglo pasado se tenía como referencia que sus habitantes eran de origen Kakchiquel y por ende su cultura se basaba en la cosmovisión Maya.”²⁷ Actualmente y por la influencia de la construcción de nuevos residenciales o condominios ha hecho que la comunidad vaya transformando su estructura social y económica, lo que ha hecho que muchos de los vecinos sientan o tengan un sentimiento de invasión a su cultura.

La mayor parte de la población profesan la religión Católica, contando con un templo en la parte central de la aldea con una construcción pequeña y de fachada sencilla, en dicho templo no cuenta con un sacerdote para la realización de las ceremonias litúrgicas, por lo que la comunidad se ha organizado en la Pastoral de la Liturgia la cual está a cargo de la actividades religiosas que están marcadas en el calendario litúrgico católico, la coordinación de dicha pastoral está a cargo del señor Miguel Guamuch quien es representante ante la parroquia de Santa Lucia del municipio de Santa Lucia Milpas Altas, teniendo su mayor realce en las festividades de Santa Rosa de Lima que se celebra el 12 de abril de cada año y la semana santa que tiene significado especial para los lugareños quienes realizan la elaboración de platillos típicos especiales del tiempo, huertos y ceremonias religiosas propias de la cuaresma como la celebración del Domingo de Ramos y el Triduo Pascual.

En el casco central de la comunidad no se encuentra edificación alguna de iglesias Cristianas Evangélicas, pero si se cuenta con una en la parte denominada Cerro, en una vivienda en donde se realizan actividades religiosas los días domingos.²⁸

²⁷ Historia de Santa Lucia Milpas Altas, Wikipedia

²⁸ Estrada, César, Investigación Comunitaria Santa Lucia Milpas Altas, Sacatepéquez 2013.

2.2.10 Aspectos ambientales

Los recursos naturales de la aldea Santa Rosa son variados cuentan con una variedad de arboles los cuales le dan esa característica al clima de la localidad. Y a la misma estructura de la comunidad, el manejo de los recursos naturales de la localidad no está siendo bien manejados por las autoridades por lo que se ven espacios en donde habido tala inmoderada de los mismos recursos, la fauna es variada encontrándose varias especies de aves, serpientes y mamíferos pequeños. Se describe a continuación cada uno de los elementos que componen el medio ambiente.

Los recursos naturales de la aldea se caracterizan por la vocación del suelo, el cual es de uso forestal. La intensidad de uso de la tierra, es de 20% sobre utilizado, 10% sub utilizado y 70% con uso correcto. En cuanto a la gestión integrada del recurso hídrico, existe un reglamento de uso de agua el cual se encuentra en fase de modificaciones.

2.2.11 Organización comunitaria

La aldea Santa Rosa tiene una estructura social establecida por las normativas políticas de la República de Guatemala, es representada por el alcalde auxiliar Wilfredo Maldonado quien ha sido electo recientemente, la aldea no cuenta con un edificio municipal, siendo la residencia del señor Maldonado la sede de la auxiliatura municipal por el momento ya que se tiene contemplado la construcción de un edificio que albergue la alcaldía municipal.

La aldea Santa Rosa cuenta con un Cocode (Comité Comunitario de Desarrollo) los miembros de la organización han sido elegidos para un periodo de dos años y actualmente el presidente del mismo es el señor Eduardo Maza, Grupo de Mujeres Nueva Jerusalén su coordinadora la señora Catalina Akatic Duarte, este grupo tiene como objetivo la producción de material de limpieza y dentro de los productos que se elaboran están el jabón líquido, cloro, desinfectante, cera para uso familiar. Este proyecto es inicialmente fue financiado compartidamente por la Oficina de la Mujer de la Municipalidad de la Santa Lucia Milpas Altas, pero por recortes presupuestarios se deja de apoyar a las señoras y ahora ellas son las que realizan esta actividad

con fondos propios completamente, el apoyo que brinda la Oficina de la Mujer de la Municipalidad de Santa Lucia Milpas Altas es la compra de los productos primarios.

La aldea Santa Rosa no cuenta con estación de la Policía Nacional Civil, pero si cuenta con el terreno para la construcción del mismo, pero por falta de recursos económicos no se ha hecho realidad la construcción del edificio.

La Aldea no cuenta con una estación de Bomberos Voluntarios, por lo que en caso de emergencia serán atendidas por las estaciones de Santa Lucia Milpas Altas y de San Lucas Sacatepéquez siendo estas las más cercanas.

La aldea Santa Rosa como toda comunidad del interior de la República, tiene problemas estructurales, organización y económicos esto mismo ha hecho que los pobladores no tengan una participación ciudadana, uno de los problemas estructurales que se pueden identificar claramente es el problema político que hay entre el Cocode y el alcalde auxiliar debido al manejo de los recursos de la comuna.

Los problemas de organización se presentan específicamente en el grupo de mujeres Nueva Jerusalén en donde se tiene una participación casi nula de la población debido a la falta de coordinación y dirección de parte de los representantes quienes manifiestan interés verbal en mejorar pero no interés en hacerlo. Esta misma organización de la población se ve reflejada en la participación de actividades políticas en la toma de decisiones las cuales se necesita del involucramiento y de la participación social y no se encuentra en la población.

CAPÍTULO 3

DELIMITACIÓN TEORICA

En este apartado se presentan categorías, conceptos de las ciencias sociales y de la intervención del Trabajo Social que fundamentan teóricamente la práctica.

3.1 Adolescencia

“La adolescencia es una etapa de un ser humano entre la niñez y la adultez. Esta etapa es en la que se manifiestan en las personas, más cambios que en cualquier otra, existen cambios psicológicos y los físicos siendo estos los más notorios”²⁹.

Los niños cuando inician la etapa de la adolescencia tienden a cambiar sus rasgos físicos, pero una de las actitudes que vemos hoy en día es que ellos se dejan llevar por la influencia social existente en su medio social, lo que puede determinar actitudes que prevalecerán en su personalidad por el resto de su vida y como esto puede generar acciones positivas como negativas en su entorno familiar y personal.

3.1.1. Etapas de la adolescencia

“Se puede dividir las etapas de la adolescencia en tres: cada etapa atrae sus propios cambios físicos, emocionales, psicológicos y de comportamiento. El desarrollo de los niños entre los 8 a 15 años no solo está determinado por el crecimiento y los cambios biológicos que experimenta su cuerpo, sino también por su propio temperamento y personalidad de las expectativas puestas en ellos por los adultos con los que convive y la influencias sociales”.³⁰

Todo ser humano tiende a relacionarse de diferentes maneras en su diario vivir, es necesario que se tome en cuenta cada uno de los momentos en los cuales la convivencia hace vínculos afectivos fuertes y positivos y cuando esta convivencia no es positiva y desvaloriza y

²⁹ M. Rodríguez, Rigal, Mesa redonda: Adolescencia – Necesidades de creación de la unidad de adolescencia (en español). An Pediatric, 2003, 58:104-6. Último acceso 19 de abril de 2008.

³⁰ <http://www.eurosidenes.com/adolescentes/etapas-adolescencia.htm>

minimiza la personalidad del niño y niña haciendo vulnerable a la discriminación y al estigma asociados al VIH.

3.2 Adolescencia en el medio social

“La adolescencia es una época de confusión general del individuo ante el medio social en que se desenvuelve, el niño o niña a dejado de pertenecer al mundo infantil, y se encuentra ante una situación en donde no cuenta con elementos necesarios que le permitan integrarse en el mundo de los adultos. Se ve expuesto repentinamente a desempeñar una serie de roles adultos que no está capacitado para satisfacer todavía, lo cual conduce a que permanezca en una situación indefinida y carente de referencia sólidas y estables y se caracteriza por un estado de inconformidad e inseguridad emocional”.

En la búsqueda constante de la formación de una identidad propia, que le permita definir su posición ante el medio o grupo social en que se desenvuelve, el adolescente adopta una postura de rebelión y protesta contra la dirección protectora del grupo de adultos, y no permite que le impongan sus ideas, rechazando y sometiéndolo a crítica los valores, costumbres y normas inculcados por los adultos.”³¹

El niño y niña que se encuentra fuera de su círculo familiar crea una condicionante de aceptación y de rebeldía en los momentos en los cuales él cree que se ve vulnerable o ve que amenazada su individualidad en el caso de los niños y niñas que se encuentran en el Hospicio San José, el ambiente ha permitido tener una relación casi familiar con el cuidado de las enfermeras y enfermeros quienes brindan ese vínculo afectivo y de seguridad que se debe de proveer a cada uno de los niños y niñas en su desarrollo.

3.3 Adolescencia y VIH

“Los adolescentes son especialmente vulnerables a la infección por el VIH, debido a que se encuentran en un periodo de transición en el que no son niños pero no han llegado a la edad adulta, su desarrollo social, emocional y psicológico es incompleto, y estos tienden a

³¹ Elzo. Jet al (200) Jóvenes españoles 99.SM. Madrid .pág. 147

experimentar con formas peligrosas de comportamiento que a menudo si darse cuenta los pone en peligro.

En el caso de los adolescentes que vive con VIH, su situación es diferente por las condicionantes sociales, culturales a los cuales están expuestos sobre todo por el efecto que tiene la discriminación en sus vidas, la toma de tratamiento antirretroviral y su desarrollo físico en el contexto en el que viven”.³²

Los adolescentes no solo son adolescentes con cambios físicos y emocionales que buscan un lugar y una identidad son más que eso son personas que presentan recursos que deben de explotarse de manera positiva para que cada uno de ellos pueda ser parte de una sociedad cada vez mas cambiante sobre todo a la conquista de una generación libre de discriminación y de estigma.

3.4 Sexualidad

La sexualidad humana de acuerdo a la OMS, se define como: “un aspecto central del ser humano, a lo largo de su vida. Abarca el sexo, identidad y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vive y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, roles y relaciones interpersonales”. La sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no obstante, no todas ellas se vivencia o se expresan siempre. La sexualidad está influida pero la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales.

“Se propone que la sexualidad es un sistema de vida humana que se compone de cuatro características, que significan sistemas dentro de un sistema. Estas características interactúan entre sí y con otros sistemas en todos los niveles del conocimiento y especialmente en los niveles biológico, psicológico y social”.³³

³² Ramos Cavazos, María Teresa, Facultad de Salud y Nutrición Universidad Autónoma de Nuevo León México

³³ Organización Mundial de la Salud, 2000

3.5 Adolescencia y sexualidad

“La sexualidad se presenta como una fuerza interno que no es fácil ni de controlar, el adolescente se siente impulsado fuera de sí mismo, sin saber a dónde ir, ni cómo pero siente, es la tendencia sexual que fuertemente le lleva a buscar el placer. En esta etapa se logra el primer amor real, pues se busca, por las características internos y estéticas de la pareja, el bienestar del otro; en esta etapa se uno el deseo sexual al amor, comprendiéndose el acto sexual como una expresión de éste.

Es en este período de búsqueda los adolescentes inician un proceso de descubrimiento emocional, sexual y de identidad en donde los vínculos afectivos hacer más fuerte sobre todo con la identidad y reconocimiento de valores”.³⁴

Para un adolescente no importando su condición serológica el descubriendo sexual es determinante para su salud emocional y sexual, muchas veces condicionantes externos como la religión y la cultura hacen que este descubrimiento no se lleve a cabo como algo normal y se ve influenciado por sistemas de comunicación e información no adecuadas que no ayudan a la identificación de los propios deseos y necesidades del adolescente.

3.6 Caracterizando la situación del preadolescente y adolescente

Para un preadolescente y adolescentes que tiene VIH su desarrollo físico, emocional y psicológico puede convertirse en un problema en donde la búsqueda de su identidad personal y de la aceptación de su diagnóstico se hace más difícil porque debe de entender primeramente su sexualidad y del manejo de la misma y todo lo que implica, seguido la identidad de género y su relación con los demás y por último los proceso de aceptación del diagnóstico de VIH y como enfrentara o como determinara sus miedos ante una sociedad cada vez más cambiante sobre el tema de VIH, pero que aún mantiene ciertos miedos y estereotipos sobre aquellas personas que viven con VIH.

³⁴ Cantú Martínez, Pedro César Universidad Autónoma de Nuevo León, México

A lo largo de tres décadas el tema de VIH ha ido evolucionando de diferentes maneras a nivel médico, tratamientos, la misma connotación de la infección ha ido tomando otro rumbo sobre todo porque ya no es un tema tabú sino un tema que se habla abiertamente sobre la prevención, lamentablemente todavía se tiene rezagos, sobre el comportamiento y los estereotipos del VIH en la población sobre todo en el tema de estigma y discriminación, avances como dar a la enfermedad un tópicico de infección, de minimizar el impacto sobre el tema de Sida a VIH Avanzado hace que muchas personas no sientan el impacto de esa palabra.

Estos temas han generado años de exclusión social, cultural, política, religiosa y familiar de las personas seropositivas y el nivel de infección ha ido en aumento en vez de tener un declive, lamentablemente los niños y niñas que nacen y que son infectados por violación son los que más sufren ante este embate sobre todo porque el VIH cobra la vida de muchos de los progenitores o de los mismos niños al no tener el acceso a la atención integral a la cual deberían de ser sujetos de acción.

“La prevención y el acceso a la información a los preadolescentes y adolescentes con VIH, como a los no portadores debe de ser accesible sobre todo se debe de tener acceso a información que les permita identificar cada uno de los procesos de su sexualidad e ir descubriendo cada elemento para que cada uno de ellos pueda ser replicador y sobre todo ser un agente de prevención ante la infección del VIH en Guatemala”.³⁵

3.7. Interacción del profesional de Trabajo Social y el adolescente con VIH.

Es parte importante del equipo interdisciplinario que debe de participar en el estudio, diagnóstico y tratamiento en los niños, niñas, preadolescentes y adolescentes, garantizando los derechos de los pacientes jóvenes, ante distintas situaciones que se pueden presentar ante problemas sociales.

³⁵ Peláez, Anna Luisa, Estrada, César. Hospicio San José. Santa Lucia Milpas Altas 2013.

El trabajador social debe de garantizar el cumplimiento de los derechos del niño, niñas y adolescentes, garantizando su derecho al acceso a la salud, educación y subsidios económicos que promuevan una calidad de vida del menor.

El trabajador social deberá de cumplir con un trabajo acorde a las necesidades del paciente preadolescente con VIH, el seguimiento de de la adherencia al tratamiento de los ARV, evaluación socioeconómicas periódicas, gestión y promoción de los derechos del niño, niña y adolescentes.³⁶

3.8 Situación de VIH en Guatemala

Cada uno de los niños, niñas, preadolescentes, adolescentes y jóvenes ha ido descubriendo su sexualidad y todo lo que implica, como parte de esa doble enseñanza que se da dentro de las aulas en los centros educativos, muchos de ellos tienen curiosidad por la etapa en que están viviendo otros no le toman importancia a esos momentos de cambio que están pasando, al final lo que les importa es el momento que viven y el Hospicio San José es su espacio de vida donde les brinda seguridad.

Siendo la sexualidad una parte importante en el desarrollo de los preadolescentes y adolescentes y de la importancia del tema en el desarrollo afectivo el abordaje del tema con todas sus connotaciones y las implicaciones que tiene el tema es importante saber cómo realizar la revelación del diagnóstico de VIH del porqué el de un tratamiento y el porqué el de los cuidados que se tienen con ellos dentro del Hospicio San José.

“El tema de la aceptación del diagnóstico como se ve, como se asimila una revelación de esa magnitud y de cómo se enfrentan los temores internos sobre los medios de contagio del VIH y como esta parte educativa que se tiene por parte del departamento de educación y psicología cubrirá los procesos de búsqueda de identidad, de lucha interna para la lograr la aceptación completa y sobre todo del manejo de las emociones que conlleva el ser una persona joven con VIH y de la aceptación del ser individual ya sea hombre o mujer en un medio

³⁶ Unicef, Atención Integral de niños, niñas y adolescentes con VIH, Argentina, 2012.

social el cual tiene una construcción estigmatizante y discriminativa sobre todo en el tema de VIH³⁷.

3.9 VIH en niños

Los niños infectados de VIH tienen más dificultades que los adultos para mantenerse bien, pues el virus tiende a ser más agresivo en los pequeños, llevando con más rapidez a la disfunción inmunitaria que es el VIH Avanzado y a la muerte. Vía horizontal: que se produce a través de la sangre o productos relacionados a la sangre.³⁸

3.9.1 Causas de VIH en niños

Vía horizontal: que se produce a través de la sangre o productos relacionados a la sangre. Por ejemplo: casos de niños con hemofilia y transfusiones de sangre contaminadas con VIH. Vía vertical: Es la transmisión madre – hijo responsable de un 80-90 % de los casos de VH en niños y puede producirse a 3 niveles.

Transmisión prenatal: el VIH es capaz de atravesar la placenta e infectar al feto. Esto puede suceder a partir de la 8va semana de gestación.

Transmisión perinatal: el recién nacido es capaz de infectarse al final de la gestación y en el parto. El mecanismo de infección parece ser a través de las secreciones vaginales o sangre de la madre infectada. Por lo cual está indicado en la actualidad, la cesárea electiva en caso de madre infectada.

Transmisión Postnatal: el VIH es capaz de excretarse a través de la leche materna e infectar al niño. Por lo que está contraindicada la lactancia materna en mujeres infectadas.³⁹

3.9.2 Diagnóstico de VIH en niños

Actualmente, el diagnóstico del VIH en los niños más pequeños necesita un complicado test basado en técnicas moleculares que

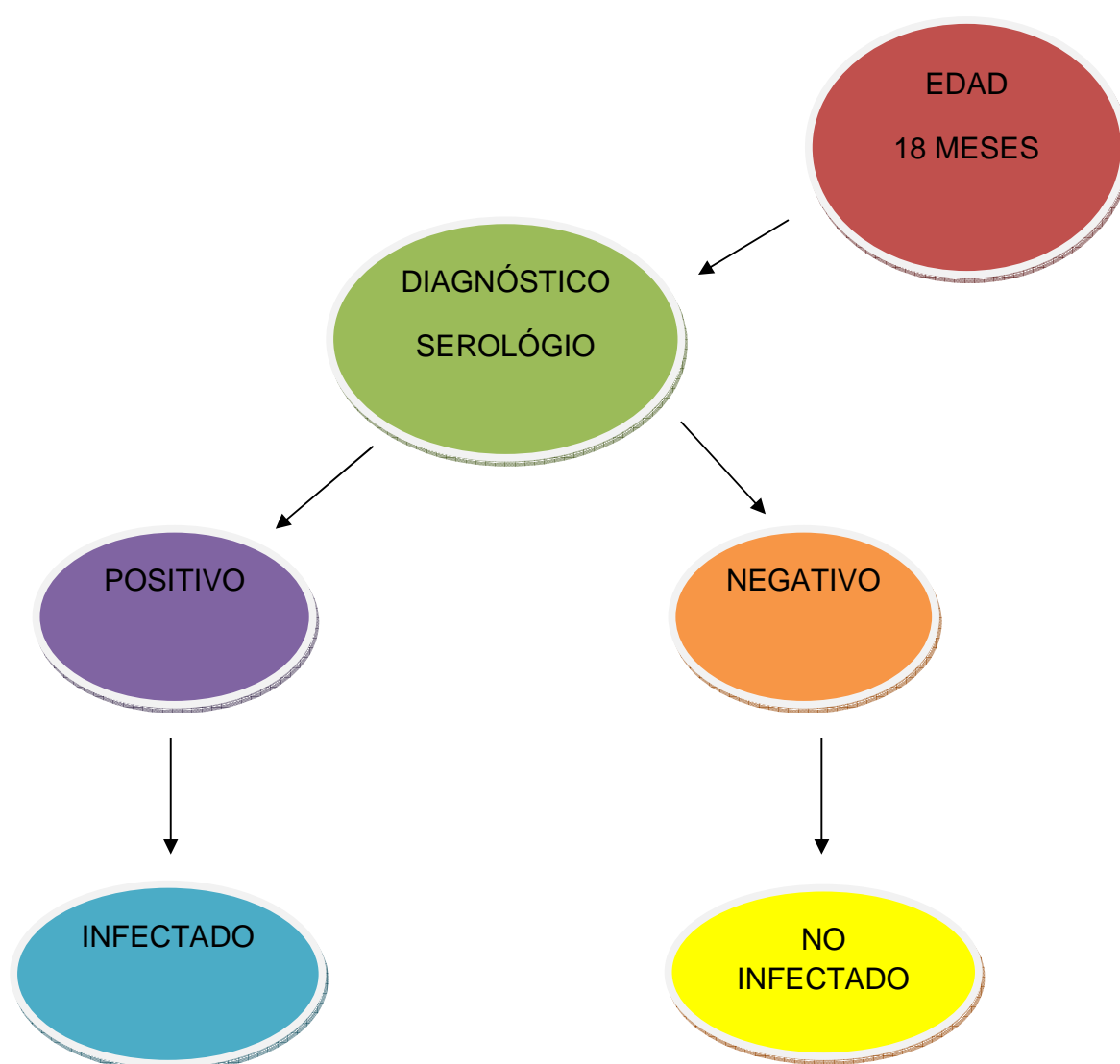
³⁷ Peláez, Anna Luisa. Hospicio San José, Santa Lucia Milpas Altas, Sacatepéquez. 2013.

³⁸ Unicef, Atención Integral de niños, niñas y adolescentes con VIH, Argentina, 2012.

³⁹ Unicef, Atención Integral de niños, niñas y adolescentes con VIH, Argentina, 2012.

detectan el ADN viral que requiere transportar las muestras de sangre a laboratorios de referencia, lo cual se traduce en que la inmensa mayoría de los niños seropositivos en los países pobres no tiene acceso al diagnóstico. Esta situación es especialmente preocupante en niños que han nacido con el virus, ya que la mitad de ellos morirá antes de cumplir los dos años si no recibe tratamiento.⁴⁰

ALGORITMO DIAGNÓSTICO DE VIH EN NIÑOS MAYORES DE 18 MESES



⁴⁰ Unicef, Atención Integral de niños, niñas y adolescentes con VIH, Argentina, 2012.

3.9.3 Síntomas de la infección por VIH en niños

Los bebés que han sido infectados con el virus del VIH durante el período de gestación parecen normales al momento de nacer, sin embargo el 15% de los bebés que no son tratados a tiempo desarrollan síntomas graves y mueren antes del primer año de vida.

Los bebés de mujeres infectadas con el VIH deben someterse a las pruebas para detectar el virus dentro de las 48 horas de nacimiento. Muchos de los bebés infectados con el VIH no experimentan síntomas graves la mayor parte del tiempo. Según cifras estadísticas, antes de los tratamientos combinados con fármacos, aproximadamente la mitad de los niños infectados con VIH morían antes de los 9 años, sin embargo hoy en día, más del 95% de los niños tratados logran vivir hasta los 16 años como mínimo.

Los niños con el virus del VIH están más predispuestos a las bacterias comunes pero un diagnóstico temprano del VIH y un tratamiento adecuado ayuda a reducir la gravedad de algunas infecciones. Entre estas infecciones están la neumonía, que generalmente suele ser la principal causa de muerte en los bebés que tienen esta enfermedad.

Los bebés que están infectados con el VIH, deben recibir las mismas vacunas que cualquier niño e incluso algunas más. Sin embargo, a los niños que tienen síntomas graves del VIH Avanzado, se les debe evitar aplicar la vacuna contra la varicela. La vacuna contra la gripe si deben recibirla cada año, y la vacuna neumocócica durante el primer año de vida.⁴¹

3.9.4 Tratamiento antirretroviral para niños

La infección por VIH, en el caso de los niños, es una infección tratable, si se tiene como objetivo primordial mejorar la calidad de vida de los enfermos. En estos pacientes se requieren los cuidados que se tienen con un niño normal, en lo que se refiere a las consultas para vigilar el crecimiento y desarrollo, así como el esquema de vacunación. Los niños infectados, deben recibir un tratamiento desde el inicio de los síntomas, para que el promedio

⁴¹ Unicef, Atención Integral de niños, niñas y adolescentes con VIH, Argentina, 2012.

de vida se alargue. El promedio de vida de un niño infectado con el VIH depende de la respuesta de cada organismo. El grado de progresión de la infección está directamente relacionado con la gravedad de la infección materna al momento del parto. El tratamiento de los pacientes con infección por VIH debe de ser multidisciplinario, con participación de diversos profesionales de la salud como médicos, enfermeras, trabajadoras sociales, psicólogos y nutriólogos entre otros.

Dado el síndrome de desgaste con el que cursan y las infecciones de repetición, incluyendo la diarrea persistente, es muy importante el apoyo nutricional. Otro aspecto importante es el esquema de vacunación. Los niños con infección por VIH deben de recibir todas las vacunas que tendría un niño sin el virus.

Muchos de los niños en situación de pobreza o pobreza extrema muy pocas veces tendrán el acceso a los medicamentos de inmunodefensa que se proponen dentro del esquema de atención a nivel nacional.⁴²

3.9.5 Prevención primaria de VIH

La prevención primaria del VIH infantil se puede realizar en las siguientes etapas:

a) Etapa preconcepcional.

Pasa necesariamente por evitar la infección materna mediante medidas generales de protección y específicamente en las relaciones sexuales durante el embarazo, para lo cual el preservativo sigue siendo un método eficaz. En el caso de la mujer infectada la prevención primaria en esta etapa consiste en la prevención del embarazo mediante los métodos anticonceptivos. Toda mujer infectada debe tener acceso a la información sobre los riesgos de transmisión a su hijo en caso de quedar embarazada, así como de las posibles complicaciones que pueden surgir durante el embarazo por el desarrollo de su enfermedad y debe ser asesorada sobre la posible interrupción voluntaria del embarazo.

⁴² Unicef, Atención Integral de niños, niñas y adolescentes con VIH, Argentina, 2012

b) Etapa de embarazo.

“En esta etapa la prevención va encaminada a evitar la transmisión materno-fetal durante el embarazo.

Las medidas de prevención durante esta etapa serían:

- Detección sistemática de anticuerpos anti-VIH en todas las mujeres embarazadas, lo cual sigue siendo un tema polémico.
- Aborto terapéutico antes de las 22 semanas de gestación.
- Disminuir la carga viral de la embarazada con tratamiento con Zidovudina desde la semana 26 hasta el final del embarazo.

c) Etapa del parto.

- Evitar la aplicación de medios invasivos.
- En cuanto a la realización de cesárea programada para disminuir las tasas de transmisión no existen todavía datos suficientes para recomendar su realización sistemática.
- Administración de Zidovudina intravenosa durante el parto.

d) Etapa de puerperio y lactancia.

- La OMS recomienda que en los países desarrollados se evite la lactancia materna en mujeres VIH (+), en cambio en países en vías de desarrollo será imperativo asegurar la lactancia materna.
- Aún en madres VIH (+) o afectadas de VIH, puesto que el riesgo de suprimirla es superior para la supervivencia del niño que el riesgo de transmisión del VIH.
- Administración de Zidovudina al recién nacido durante 6 semanas. La administración de Zidovudina a la embarazada, durante el parto y al recién nacido consigue disminuir la tasa de transmisión vertical de forma significativa lo cual actualmente supone una gran esperanza⁴³.

⁴³ Área de Psicología de la Asociación Apoyo Positivo, Consejo General de Psicología, Madrid España. 2013

3.10 Efectos psicológicos del VIH

De igual manera que ocurre con otras enfermedades crónicas y/o mortales, en las personas afectadas por el virus del VIH, se da una serie de factores de diversa índole que toda intervención psicológica debe atender de manera inexcusable. Además de los efectos psicológicos inherentes a una enfermedad caracterizada por su fuerte componente amenazante para la vida del individuo, nos encontramos también con los efectos negativos propios del estigma social y del rechazo que, lamentablemente, aún persisten en nuestra sociedad frente a esta dolencia.

Por tanto, la intervención psicológica debe contemplar y atender a un conjunto amplio y diverso de problemáticas, relacionadas directa o indirectamente con el virus del VIH. Los problemas objeto de intervención abarcan tanto la atención de trastornos de la ansiedad y/o del estado del ánimo, que se pudieran dar tras el diagnóstico de la infección; pasando por el acompañamiento a lo largo de todo el desarrollo de la infección, o fallecimiento de la persona, si el pronóstico y evolución resultan negativos; así como el afrontamiento e integración en el mundo socio laboral, si la enfermedad así lo permite.

Al mismo tiempo que se cubren las necesidades específicas generadas por el propio virus del VIH, se evalúa e interviene sobre otros trastornos o problemáticas que se puedan dar en el núcleo familiar del paciente, tales como alcoholismo, consumo de drogas, malos tratos, problemas relacionados con la migración, situaciones de exclusión social, entre otros, los cuales pudieran ser determinantes en la evolución del VIH, si no se interviniera sobre ellos.

Dentro de los efectos psicológicos más habituales de las personas afectadas por el virus del VIH, vamos a centrar, en un primer momento, en aquellas consecuencias psicológicas y sociales derivadas del diagnóstico y la evolución de la infección, así como en el tipo de intervención psicosocial que esta situación requiere. Período anterior a la realización de los análisis o recogida de resultados.

Tras haber tenido prácticas de riesgo o conocer que su pareja tiene VIH, este momento que la persona experimenta supone un estado emocional de gran ansiedad, ya que la situación suele generar una

fuerte sensación de incertidumbre. Por tanto, es necesario en este momento: explorar si han existido realmente prácticas de riesgo, proporcionar información clave y controlar las posibles alteraciones emocionales.

3.11 Asimilación del diagnóstico de la infección de VIH

Tras el diagnóstico de la infección, el individuo y la familia comienzan un proceso de asimilación y afrontamiento psicológico que, dependiendo de los recursos personales y sociales, pueden derivar en problemas y/o trastornos más o menos agudos y graves: trastornos depresivos o de ansiedad, con ideas o no de suicidio, trastornos adaptativos, trastornos de identidad, síntomas de auto rechazo, culpabilidad, disminución de la autoestima, alteraciones en las relaciones sexo-afectivas, entre otros.

También se pueden producir dificultades socio-laborales, debidas a los problemas de salud, tales como discriminación en el ámbito del trabajo, tendencia al aislamiento social (reduciendo así los contactos con la red social y familiar).

El objetivo de la intervención en este momento es principalmente ayudar a afrontar la situación, controlando las alteraciones emocionales. También es importante ofrecer información y acompañamiento social en todo el proceso relacionado con sus derechos y obligaciones socio-laborales.

3.12 Inicio de tratamiento Antirretroviral

En estos momentos es posible que se produzca una nueva alteración o crisis en el estado emocional del paciente y su familia, ya que la infección se hace más presente para todos. En este punto es habitual que el paciente genere una sensación continua de miedo ante las consecuencias físicas y sociales de la infección, pudiendo llegar a la ocultación, la alteración de hábitos cotidianos, del ritmo de vida y proyectos personales, entre otros. Esta situación acaba potenciando el aislamiento de la persona.

A partir de aquí, se hace necesaria la supervisión de la toma de medicación, así como la realización de programas de adherencia en

aquellos pacientes en que se compruebe la incorrecta toma de medicación. Debido a la peculiaridad de este tratamiento, que debe ser controlado y suministrado por el propio paciente (a diferencia de otro tipo de enfermedades graves) y unido a que son tratamientos muy largos (de por vida), se corre el riesgo de que la persona no lo realice de la manera más adecuada, lo que influiría directamente en la evolución y pronóstico de la infección.

Por tanto, para conseguir una buena adherencia al tratamiento, se hace necesario llevar a cabo una evaluación de todos estos componentes psicológicos y sociales, y actuar sobre ellos, iniciando un proceso de intervención psicosocial para mejorar la calidad de vida del paciente.

3.13 Aparición de efectos secundarios del tratamiento Antirretroviral

Alrededor del 94% de las personas manifiesta alguno de estos efectos: lipodistrofia, alteraciones emocionales por los antirretrovirales, diarreas, náuseas y vómitos, fatiga, problemas sexuales, alteraciones del sueño, neuropatía periférica, dolores crónicos por pérdida de masa muscular, entre otros. Estos efectos disminuyen en gran medida la calidad de vida de los pacientes y, si no se afrontan de manera adecuada, pueden llegar a ser una importante fuente de trastornos psicológicos, aislamiento social, autorrechazo, alteración de hábitos y de proyectos personales, dificultades en las relaciones sociales y laborales, los cuales pueden tener consecuencias graves en la vida del individuo.

En los niños y niñas las manifestaciones serán pérdida de peso, crecimiento moderado, falta de apetito y cambios de humor.

El objetivo central aquí sería fomentar las habilidades de afrontamiento, la toma de decisiones y la resolución de problemas en las distintas áreas de la vida del paciente.

Evolución de la infección y aparición de enfermedades oportunistas o complicación de otros trastornos (principalmente hepáticos). Dependiendo de si la evolución es positiva o negativa, las necesidades del afectado van a ser muy distintas. Si la infección avanza, es fundamental potenciar el desarrollo de una vida lo más normalizada

posible, fomentar comportamientos saludables, implicar a los familiares y allegados en el proceso, dotar de habilidades de autocontrol emocional. Si la evolución es positiva, es necesario facilitar la integración sociolaboral del afectado y su familia, ayudando a desarrollar herramientas que faciliten esta inserción plenamente.

a) Fase terminal

Las necesidades en esta etapa se circunscriben principalmente al acompañamiento en la muerte del enfermo y al apoyo a sus familiares. Se pretende así conseguir controlar posibles alteraciones emocionales, implicar adecuadamente a familiares y allegados en el proceso, facilitar la despedida, ayudar a afrontar la pérdida, preparar las últimas voluntades.

b) Fase de duelo de la familia

En este momento, las necesidades principales son facilitar la descarga emocional y la elaboración de conflictos que no hayan quedado resueltos, supervisar que no se produzca un duelo patológico, conseguir una despedida emocional y centrar al familiar en el futuro.

No se debe olvidar que, en muchas ocasiones, todos estos síntomas o fases se ven agravados por aparecer más de un caso de VIH en la familia (pareja y/o alguno de los hijos), con lo que la desestabilización del núcleo familiar es aún mayor.

Aparte de todas estas necesidades generadas por la aparición de una enfermedad crónica o terminal en el individuo y su familia, existen otros efectos psicológicos, provocados por el estigma social que la infección por VIH todavía entraña en nuestra sociedad (debido a la falta de información de los ciudadanos). Todas estas connotaciones negativas, a su vez, influyen de manera directa en la capacidad de la persona para aceptar y asimilar esta dolencia.

El afectado por VIH no puede expresar libremente su situación, muchas veces la oculta completamente o sólo informa de ella a alguna persona muy allegada. Esto hace que, aparte de todo el estrés y la ansiedad que está sufriendo por su situación física, no pueda verbalizar estas preocupaciones.

A nivel psicológico esto supone un gran obstáculo y una importante fuente de trastornos mentales, ya que la persona en estos momentos necesita expresar y ventilar emocionalmente para poder superar y asimilar el diagnóstico de la enfermedad. En este sentido, la aceptación y normalización a nivel psicológico de estos individuos es prácticamente imposible, si no se les da el lugar y el espacio dónde puedan realizar esta descarga emocional.

“Otras dificultades psicológicas y sociales asociadas a la infección del VIH se podrían concretar en las siguientes:

- Disminución de la autoestima: con sentimientos de culpabilidad, autorrechazo, automarginación.
- Rechazo familiar y social: pérdida de redes personales necesarias para el afectado en este momento de gran estrés.
- Dificultades para mantener relaciones personales: lo que provoca un sentimiento de aislamiento, iniciando, como antes indicábamos, un proceso de automarginación que perjudica enormemente a la persona y carga a la unidad familiar que convive con la persona.
- Problemas de pareja: adaptación a las nuevas relaciones sexuales, sentimientos de culpabilidad, miedo de la pareja al contagio, aparición de nuevos datos de la pareja ocultos hasta este momento (consumo de drogas, relaciones extramatrimoniales, relaciones homosexuales), que favorecen la desestabilización familiar.
- No utilización de los recursos públicos a los que tiene derecho de forma normalizada, por minusvalía o situación de necesidad, para no verse obligados a explicar su situación, por miedo al rechazo social o a la no confidencialidad.
- Dificultades en la inserción laboral: evitación de la búsqueda de empleo por el miedo que puede suscitar el rechazo o el estigma social. Junto a la existencia de prejuicios y tópicos sociales en torno a esta infección por parte de la sociedad en general, que de por sí perjudica seriamente la inserción laboral de estas personas, en ocasiones se le tiene que unir a este hecho la baja capacitación profesional de una parte de la población infectada de VIH, por lo que las alternativas laborales se reducen considerablemente. La oferta laboral en estos casos de menor

capacitación se suele concentrar mayoritariamente en labores manuales, donde el esfuerzo físico es fundamental. Por lo que nos encontramos con otra dificultad añadida para poder alargar la vida profesional de estos pacientes.

Las revisiones médicas periódicas, las bajas laborales repetidas, entre otras, suponen una gran fuente de angustia, ya que social y laboralmente no es adecuado o no está permitido por las empresas, lo que a la larga repercute negativamente en el puesto de trabajo y en las relaciones laborales⁴⁴.

3.14 Aspectos psicológicos en preadolescentes y adolescentes afectados por el VIH.

Respecto a los preadolescentes y adolescentes afectados por VIH (mayoritariamente casos de transmisión vertical), la intervención psicológica se lleva a cabo principalmente a través de dos ejes:

- 1) Por un lado, se trabajan aspectos preventivos, vivenciales e informativos en torno a la infección, dentro de grupos de iguales (grupos de autoapoyo). En estos grupos se trabajan aspectos específicos de la infección, proporcionando información, recursos y habilidades que actúen como factores preventivos dentro de su desarrollo.
- 2) Por otro lado, existen una serie de condicionantes y fases comunes en estos grupos y que hay que tener en cuenta de cara a la intervención psicológica:
 - a) “Comunicación de diagnóstico. Por diversos motivos, los padres y/o cuidadores se suelen mostrar muy reacios a comunicar el diagnóstico.

En este sentido, la intervención se orientará a facilitar la comunicación en esa línea, apoyándoles y marcándoles pautas para ello. Se ha venido comprobando que una comunicación de diagnóstico temprana, pautada y adaptada a la capacidad de comprensión del menor, repercute muy positivamente en el estilo de afrontamiento del mismo respecto a su situación, así como en otros aspectos más médicos

⁴⁴ Área de Psicología de la Asociación Apoyo Positivo, Consejo General de Psicología, Madrid España. 2013

(como la adherencia al tratamiento, la colaboración con el personal sanitario).

- b) Adherencia al tratamiento. En muchas ocasiones, la principal problemática que presentan los menores se encuentra en la mala adherencia a los tratamientos. No obstante, hay que aclarar que el nivel de adherencia a los tratamientos antirretrovirales ha de ser, como mínimo del 90% para que éste sea efectivo. Esta peculiaridad, unida al mal sabor o el excesivo tamaño de algunos de los fármacos contribuye a que los menores presenten estos problemas de adherencia.
- c) Comunicación y relación entre iguales. En el caso de los preadolescentes, adolescentes y jóvenes, este asunto es un problema que se viene planteando repetidamente, ya que las necesidades sociales y de aceptación van tomando cada vez una mayor relevancia para ellos, así como otros aspectos del desarrollo (la sexualidad). Todo ello hace de este momento del ciclo vital un momento clave en el desarrollo y autonomía de las personas, ya que a la problemática propia de estas edades, se une el padecer una enfermedad crónica y con las implicaciones del VIH⁴⁵.

⁴⁵ Universidad de México, Departamento de Psicología. 2013

CAPÍTULO 4

RECONSTRUCCIÓN DE LA EXPERIENCIA

En este capítulo se hace una descripción de la experiencia vivida, donde a través del análisis y de la reflexión de los momentos desarrollados se interioriza sobre el proceso de formación y revelación del diagnóstico de VIH en preadolescentes y adolescentes.

El Hospicio San José es una institución no lucrativa busca velar porque niños, niñas, preadolescentes, adolescentes y jóvenes tengan una opción de vida y que puedan tener las herramientas necesarias para la integración a la vida social, laboral y cultural todo esto se logra a través del compromiso que tiene la institución hacia los menores que fueron dejados ante la falta de atención.

El Hospicio San José trabaja con una población que oscila entre los 70 niños, preadolescentes, adolescentes y jóvenes entre las edades de 0 a 18 años que han sido afectados por el VIH directa o indirectamente, el hospicio ofrece a cada uno de las y los beneficiarios un espacio de vivienda, alimentación, educación pre primaria, primaria, secundaria y diversificado, todo esto se complementa con el cuidado materno y paterno que realiza el departamento de niñeras y niños.

Para cada uno de los niños, niñas, preadolescentes, adolescentes y jóvenes son significativos estos cuidados porque muchos de ellos han sido dejado en custodia por sus familias al ser diagnosticados positivos privándolos de una atención integral de convivencia entre padres e hijos y otros familiares.

La atención integral que brinda el hospicio es a través de consulta externa a personas adultas y preadolescentes y adolescentes con VIH y consulta interna que es directamente para los usuarios que han sido integrados por parte de un juzgado familiar o por abandono de familiares.

El Hospicio San José trabaja con un equipo multidisciplinario compuesto por Trabajado Social, Psicología, médica, enfermeras, técnicos en laboratorio, niñeras, cocineras, lavanderas, personal de

limpieza, personal de farmacia, jardineros, pilotos y personal administrativo.

El estudiante de Trabajo Social se ubicó en el departamento de Trabajo Social, debido a que es el canal entre los preadolescentes y adolescentes y la institución. El departamento coordina directamente con los departamentos de educación y de psicología para brindar atención integral, de acuerdo a lo planificado por dichos departamentos se tenía como actividad inmediata retomar de manera formal el proceso de revelación y aceptación del diagnóstico de VIH en los preadolescentes y adolescentes. Por lo que el estudiante se incorpora para formar parte del equipo que implementaría la segunda parte del mismo proceso.

Es importante para esta experiencia, el proceso de replicación del Hospicio San José para evidenciar el trabajo que implementa el equipo de trabajo que interviene en este proceso formativo con los preadolescentes y adolescentes. Debido a lo anterior se consideró necesario sistematizar dicho proceso a fin de reflexión y análisis de dicha práctica cómo fue la experiencia así como la interiorización en los logros, limitante y aprendizajes.

Para una mejor comprensión de la experiencia se describe a continuación cada uno de los momentos que se vivieron:

Primer momento: Investigación

La experiencia que se sistematizó inicia con una revisión bibliográfica de documentos como historial personal de los niños, antecedentes, diagnóstico psicológicos, material de apoyo psicológico, material educativo, hojas de vida educativa, documentos de historial del Hospicio San José de los cuales se obtuvo información general sobre el hospicio y sus actividades orientadas a la revelación y aceptación del diagnóstico de VIH.

En este mismo aspecto el profesional participó en actividades organizadas por equipo para recopilar información sobre la problemática de los preadolescentes y adolescentes, así como de los procesos de formación empleados por los departamentos de educación y psicología.

Así mismo se organizó grupos focales con educadores, preadolescentes y adolescentes para obtener información sobre el proceso de revelación y que metodología e instrumentos se utilizan para el abordaje y el tratamiento de dicha problemática.

Como resultado de este primer momento se logró el involucramiento del epesista en los departamentos de educación y psicología, así mismo se participó con los preadolescentes y adolescentes desarrollando actividades lúdicas y técnicas participativas que propiciaron la identificación del estudiante con dicho proceso.

Otro resultado es que se determinó que no existen instrumentos de planificación ni de sistematización del proceso de formación que lleva a cabo el departamento de educación, sin embargo en el departamento de psicología se cuenta con instrumentos propios del área y que han sido los que han permitido conocer los aspectos individuales de los preadolescentes y adolescentes contribuyendo a la atención de dicha problemática.

Como parte de las funciones y atribuciones del estudiante de Trabajo Social se desarrollaron las de investigador y facilitador de técnicas participativas en los espacios de formación implementados por educador y la psicóloga.

Segundo momento: Revisión de antecedentes del proceso de revelación y aceptación del diagnóstico de VIH.

El Hospicio San José para el año 2005, contaba con una pequeña población de niños y adultas para esa época la población de niños iniciaban con cambios físicos y emocionales hacia la preadolescencia, por lo cual en este período se cuestionaban sobre su sexualidad y el porqué de la toma de medicamentos, así como su condición de niños huérfanos.

Ante esta situación el personal que se encontraba en ese momento atendiendo las situaciones cognoscitivas y emocionales a nivel psicológico proponen dar inicio a la atención de un grupo de preadolescentes a los cuales se les diera respuesta a las cuestionamientos en relación a condiciones físicas y emocionales

propias de la edad, asimismo brindar herramientas necesarias para aceptar la revelación de su diagnóstico sobre la infección de VIH.

Para ello, el equipo de trabajo de los departamentos de psicología el Lic. Javier Gil y Licda. Olga Zapata y del departamento de educación Ingrid Cotta y Annaluisa Peláez, iniciaron con reuniones de coordinación para determinar cuáles serían los pasos a seguir, las actividades y los temas y la metodología que se deberían de abordar con los preadolescentes, tomando en cuenta que en Guatemala en ese momento no había literatura sobre cómo abordar el tema de la sexualidad y el VIH.

Por otro lado la investigación que realizó el equipo sobre este tema les llevo a encontrar documentos relacionados sobre la sexualidad y la revelación del diagnóstico en México, lamentablemente no se cuenta con ninguna copia que pueda referir los temas que se abordaban en ese momento en el tema de la adolescencia y el VIH.

Una de las preocupaciones, que tenía el equipo en ese momento era la definición del perfil de los niños y niñas para poder recibir esta formación que no solo permitiría resolver dudas sobre su sexualidad y el tratamiento antirretroviral, de esta forma se vería resuelto el problema sobre la revelación del diagnóstico. La interrogante que salió en esa reunión fue como los preadolescentes aceptarían y se adaptarían a cada una de las situaciones que vivían tomando en cuenta que se vive en una sociedad discriminativa y estigmatizante.

Ante esta situación, el equipo de trabajo especialmente el departamento de psicología inicia con la selección de preadolescentes, por medio de la selección de un perfil personal en donde se tomó en cuenta los siguientes aspectos; medio de infección, edad cronológica y mental, estado emocional, derivación cognoscitivo, abstracción de la realidad y por último madurez emocional.

Con estos elementos los profesionales de psicología, determinaron que lo mejor era trabajar en dos grupos, por lo que se divide en grupo de hombres y mujeres, en ese momento fue una decisión prudente aunque no la mejor, debido al no involucrar a los preadolescentes en un mismo grupo, las reacciones a su ambiente social cambia sobre todo por la relación que de convivencia que se tenían en el hospicio en

ese momento (compartir habitaciones, ambientes mixtos de alimentación y estudio), en ese proceso lo determinante era que el preadolescente y el adolescente pudiera comprender el porqué de la infección del VIH, sus causas y efectos, y en algunos de los casos dar respuesta a los medios de infección que fueron objeto cada uno de los preadolescentes y adolescentes especialmente en el caso de las y los niños que fueron víctimas de violencia sexual.

El equipo de psicólogos ya trabajaba en grupos divididos por género lo que permitió un mejor acercamiento hacia las necesidades cognoscitivas, físicas, emocionales que presentaban los preadolescentes y que formaron parte del primero grupo de formación, el grupo de preadolescentes y adolescentes oscilaban entre los 11 y 16 años una disparidad de edades pero por sobre todo en pensamientos, intereses y necesidades reales y sentidas.

Con el trabajo previo realizado por los psicólogos en la entrevista individual, en donde se evaluó los elementos para la selección, se propone realizar la primera reunión con los preadolescentes y adolescentes.

Primera reunión; se realizó en las instalaciones del Hospicio San José, con el grupo de preadolescentes y adolescentes el equipo de trabajo se planteó los objetivos “Mejorar la calidad de vida de los niños y niñas del Hospicio San José”, y los específicos eran “dar a conocer el diagnóstico de VIH en los niños, fomentar la adherencia y el empoderamiento del tema” según información proporcionada por la Licda. Olga Zapata, se contó con la participación de ocho preadolescentes y adolescentes de los cuales cinco eran mujeres y tres hombres.

En esta reunión, la primera actividad que se realizó fue hacer un sondeo sobre que conocían sobre el tema VIH, medios de transmisión, métodos de protección, cómo resultado de esto se determinó que era poco el conocimiento que se tenía por lo que el equipo realizó varias actividades de resolución de dudas, se propuso las actividades a realizar con ellos y además se conoció las inquietudes de lo que les gustaría hacer en las reuniones.

Para la segunda reunión como equipo se determinan las pautas a seguir en cuanto al trabajo individual y grupal que se les daría a los preadolescentes y adolescentes tomando en cuenta lo observado, lo recopilado y lo expuesto por el grupo al final, en esta reunión queda estructurado el equipo, las atribuciones y responsabilidades que tendrán.

El Lic. Javier Gil psicólogo fue el responsable de trabajar con los varones se establecieron reuniones mensuales y utilizó metodología participativa la cual se desarrollaba a través de pregunta abierta lo que le permitió a los preadolescentes dar a conocer lo que pensaban y sentían sobre el tema y su relación con el contexto, este proceso fue determinante para el desarrollo cognoscitivo y emocional del preadolescente sobre todo porque reconocieron su ambiente, su sexualidad el contexto de ser hombre y cada uno de los elementos que constituyen la masculinidad.

Las preadolescentes fueron acompañadas por la Licda. Olga Zapata, psicóloga quien opta por trabajar con una metodología participativa combinada con juegos (técnicas de animación, motivación, adivinanzas, juegos de grupo), caminatas logrando con ello la formación de vínculos afectivos entre las preadolescentes y ella, tener una comunicación asertiva para la resolución de conflictos emocionales individuales y grupales propios del cambio físico, emocional y afectivo de las mujeres. Al final de abordar los temas siempre se proporcionaba una pequeña refacción lo que permitía un espacio de convivencia.

Dentro de las reacciones que se tuvieron por parte de las adolescentes por parte con estas actividades fue; asombro, timidez, confusión porque todo relacionaban con el VIH, otro aspecto importante era que las jóvenes comentaban sobre la inquietud de tener una vida amorosa normal con un joven, que se enteran que eran portadoras de VIH, o que en algún momento se podría contagiar con besos o abrazos, o que los jóvenes tuvieran visión errónea del contagio.

El proceso de formación sobre los temas de VIH los desarrollaron las Licenciadas Annaluisa Peláez e Ingrid Cotta educadoras, dentro del proceso se realizaron juegos, diferentes técnicas de motivación,

integración e interacción lo que permitió que se abordaran una manera lúdica y así obtener mejores resultados, cada tema se desarrolló de acuerdo a las necesidades e intereses de los preadolescentes y adolescentes.

Dentro de los temas que se abordaron están:

- VIH
- Medios de transmisión
- Medios de prevención
- Género
- Sexualidad
- Autoestima

Cada uno de los espacios de formación se desarrolló una vez al mes, dentro de los resultados que se obtuvieron están:

- Fortalecimiento en su personalidad y las herramientas necesarias para desarrollar habilidades para su vida
- Identificación de su sexualidad
- Aprendizajes sobre su estado serológico
- Revelación sobre su diagnóstico serológico
- Aceptación y autoaceptación del diagnóstico
- Empatía entre los preadolescentes
- Integración a las actividades sociales propias de su edad
- Empoderamiento de sus derechos ante la misma sociedad que es discriminativa y estigmatizante

Estos resultados se dieron debido a que las instalaciones del Hospicio San José propiciaban un espacio más hogareño, la cantidad de preadolescentes era mínima y las relaciones interpersonales que existían en ese momento eran de convivencia familiar.

Es importante en este primer proceso resaltar que el equipo de trabajo identificó otros resultados que no se tenían previstos, lo que complació enormemente y dio un significado para plantearse nuevos retos y ampliar el proyecto que permitiera dar seguimiento a los resultados siguientes:

- Autodeterminación sobre las metas individuales.
- Participación en eventos sociales que permitió mejorar su capacidad de relacionarse.
- Trabajo psicológico individualizado y no cognoscitivo ya que el grupo y el tiempo permitía esta práctica.

Dentro de las limitantes que el equipo de trabajo, se pueden mencionar las siguientes:

- Espacio físico no adecuado para la realización de la formación con los preadolescentes y adolescentes.
- No se contaba con materiales didácticos que apoyaran el trabajo formativo que se realizaba con el grupo.
- Tiempo era una de las mayores limitantes dado que se compartía con el tiempo de los estudios sobre todo porque en ese tiempo los preadolescentes y adolescentes estudiaban en Ciudad de Guatemala y los horarios eran determinantes para realizar las diferentes actividades que tenían que cumplirse como parte de las responsabilidades de los preadolescentes y adolescentes.
- Un trabajo más estructurado que permitiera tener mayores logros no solo en los preadolescentes y adolescentes, sino a nivel profesional.
- La falta de sistematización de la información que se utilizó para la realización de este proceso.
- No se dio un seguimiento al grupo de adolescentes posterior a la formación que se les brindó.
- El empoderamiento que se dio en los preadolescentes y adolescentes con respecto a su diagnóstico y sobre ciertos temas fortaleció áreas personales y en otras limitó la defensa de sus derechos como persona soportando discriminación y estigma a nivel escolar.

El proceso formativo se deja de hacer por varios años debido a que el hospicio no tenía claridad en la magnitud del problema, poco tiempo para coordinar la formación por parte del equipo, el número de preadolescentes y adolescentes aumentó, cambio de espacio físico, retiro del personal, fueron algunos de los aspectos que limitaron este

proceso, sin embargo servirán de base para darle continuidad cuando las condiciones lo permitieran.

Tercer momento: Proceso de revelación y aceptación del diagnóstico de VIH, (segunda parte)

1. Actividades desarrolladas por el equipo de trabajo del Hospicio San José

En este momento se dará a conocer como se inicia nuevamente el proceso de revelación del diagnóstico en los preadolescentes y adolescentes en el Hospicio San José. El equipo de trabajo está integrado por la Psicóloga Lucía Grajeda, Licda. Annaluisa Peláez, coordinadora del departamento de educación, Lic. Javier Rosales, y Walter Fajardo, eventualmente este equipo es apoyado por la Licda. María Sajvin, Trabajadora Social, Licda. Olga Zapata.

Basados en el proceso anterior y en cada uno de los elementos que se dieron durante la formación de los preadolescentes y adolescentes y contando con un manual, el equipo propusieron la redacción de nuevos objetivos, metas y que fueran parte de los mismos preadolescentes y adolescentes sin dejar de lado las necesidades reales y sentidas de los mismos.

Otro aspecto importante a tomar en cuenta en esta segunda parte es que las instalaciones y el acondicionamiento de cada uno de los departamentos que conforman el hospicio facilitaron retomar nuevamente el proceso de revelación y aceptación del diagnóstico de VIH.

Tomando en cuenta cada uno de estos elementos se plantea el "Objetivo General. "Qué las y los adolescentes adquieran habilidades que les permita una adaptación saludable a su condición de adolescentes con VIH".

Para lograr este objetivo general se plantearon objetivos específicos los cuales respondían a las áreas de educación y psicología.

El departamento de educación siendo un eje de formación dentro y fuera de la institución plantea un proyecto a las autoridades del

hospicio enfatizando que el mismo no tendrá un sentido de solo de apoyo sino, su base será la formación en prevención primaria y secundaria.

El proceso psicológico en cada uno de los niños, niñas, preadolescente y adolescentes tiene aspectos diferentes que hace que el trabajo que realiza la Licda. Lucia Grajeda sea constante y cada uno de los elementos a utilizar sea diferente en cada uno de ellos. Para realizar el trabajo la Licda. Grajeda ha estructurado formatos de investigación individuales que permiten la recopilación de la información primaria como el pre test, el post test de conocimientos generales de vida, hojas de seguimiento, técnicas (dinámicas) juegos lúdicos y material de apoyo que le permite llegar a comprender cada uno de los elementos que construyen la identidad del niño, niña, preadolescente y adolescente y con ello trabajar individualmente y grupalmente.

Ya con los objetivos planteados los departamentos de educación y psicología inician el trabajo cada uno en su área, el departamento de psicología vincula el trabajo que ha venido realizando con los niños, niñas, preadolescentes y adolescentes y que esto mismo sirve de base al departamento de educación para darle continuidad de formación previó a la revelación.

Los aportes que se obtuvieron inicialmente del departamento de psicología fue recopilación de información previamente con los preadolescentes en un trabajo individual y grupal. El trabajo que se realizó fue un pre test que se le denomina "Mi historia Personal" este test incluye elementos personales como quienes son los padres, hermanos, lugar de nacimiento (lugar de origen), fecha de nacimiento, motivo de porque está en el Hospicio, fecha de ingreso.

Elementos cognoscitivos tales como; como se ve el preadolescente, sus pensamientos, sus sentimientos hacia él, sus padres, sus hermanos (si los tuviera). Evaluación de sentimientos; ira, enojo, frustración, tristeza, depresión, alegrías entre otros sentimientos que el preadolescente o adolescente pueda expresar.

Seguidamente de realizar el pre test, se pide al preadolescente o adolescente dibuje una imagen de sí mismo lo que permitirá a la

psicóloga poder identificar elementos propios de la imagen y del sentimiento que tiene en ese momento el preadolescente o adolescente de sí mismo.

Al terminar este proceso que lleva un total de cinco sesiones individuales (estas variaran dependiendo de la apertura del preadolescente o adolescente) de una hora cada una, al tener ya recopilada la información se inicia el segundo paso, que es el trabajo de reconstrucción emocional y psicológica que permite al niño, niña, preadolescente y adolescente reconstruya su identidad y personalidad lo que permite que la adaptación al ambiente del hospicio sea más fácil y el proceso de formación en temas relacionados al VIH sean aceptados.

El departamento de psicología estructuró formatos de investigación que permitieron la recopilación de información primaria como el pre y test, hoja de seguimiento, técnicas, juegos lúdicos y material de apoyo lo que le permitió comprender cada unos de los elementos que construyen la identidad del niño, niña, preadolescente y adolescente, así como trabajar individual y grupalmente.

Este trabajo dio pautas a la integración de los grupos de preadolescentes y adolescentes los cuales serán atendidos por el departamento de educación quienes trabajan con el grupo, charlas, talleres en los que obtienen resultados a corto, mediano y largo plazo. Para lograr la integración del grupo III, explica la Licda. Grajeda que el proceso que se realizó con los preadolescentes y adolescentes llevó un período de tiempo de 4 meses en donde la formación individual y grupal cumplió un rol totalmente psicológico y donde las pautas evaluativas que se realizaron apoyaron el aprendizajes de los preadolescentes y adolescentes.

El segundo proceso de formación previo a la revelación del diagnóstico de VIH en los preadolescentes y adolescentes se inició según lo que indica la Licda. Lucia Grajeda, en base a las necesidades que surgieron de las terapias psicológicas y emocionales realizadas de manera individual y grupal, en donde se abordaban temas como la identidad, cubriendo aspectos como lugar de procedencia, aspectos sociales y culturales y como esto podría afectar la adaptabilidad a la vida del hospicio.

Los preadolescentes y adolescentes en la consulta externa evidencian otras condiciones debido a que viven con sus familiares y su diagnóstico no es totalmente revelado a la sociedad como en el caso de los preadolescentes y adolescentes internos.

La resiliencia, autoestima, la toma de decisiones, integración grupal, autocuidado, expresión de sentimientos y la autoestima grupal fueron temas que se trabajaron con el departamento de psicología, como parte de proceso estructurado que pretendió dar respuesta a las interrogantes de los preadolescentes desde un estadio emocional y vivencial, durante la realización de estos talleres se utilizó una metodología participativa en donde un tema generador permite la discusión grupal y que se refuerza a través de la interacción de juegos y técnicas que permitan la identificación con el tema.

La expresión de sentimientos y emociones se dio, a través de la lectura de temas que propiciaban un acercamiento al yo interior y a la búsqueda de respuestas acorde de los momentos que estaban viviendo cada uno de los preadolescentes y cómo manejar los sentimientos. Una de las técnicas (dinámicas) de grupo que se utilizan para el manejo de emociones o expresiones es la identificación de procesos vivenciales, en la escritura de pautas emocionales que le permiten al preadolescentes identificar procesos de su vida y en este caso momentos de su infancia sin que altere su adaptabilidad y el reconocimiento de su ser.

Las primeras reuniones a nivel psicológico se abordó el tema de “Como llego el VIH a mi” “porque mis hermanos están sanos y yo no”. Este tema se abordó de manera sencilla a través de una escritura del porque ellos creían había sucedido esto en sus vidas.

2. Actividades desarrolladas por el estudiante de Trabajo Social en coordinación con el quipo del Hospicio San José.

El estudiante de Trabajo Social, se incorporó al equipo integrado por la psicóloga y educadores, como parte de sus funciones se le orienta a darle seguimiento al trabajo a través de la creación de instrumentos que permitieron recopilar información relacionada con el proceso de revelación dentro de las cuales se pueden mencionar; guías de tabulación de datos personales de los preadolescentes y

adolescentes, memorias de actividades desarrolladas y sus resultados, guía de observación, un documento que recopila información sobre técnicas de integración y de motivación.

Otra actividad donde el estudiante acompañó el proceso es la participación en charlas y talleres de formación, desarrollando técnicas participativas de educación popular para facilitar el aprendizaje de los temas abordados.

Se participó en reuniones de coordinación con el equipo para desarrollar la planificación de las actividades y acompañamiento del trabajo de formación que se respalda en el manual “quién soy yo” y un cuadernillo que son la fortaleza en los procesos educativos con los preadolescentes y adolescentes.

Proceso de formación implementado por el profesional de Trabajo Social en coordinación con el equipo del Hospicio San José.

Para el desarrollo del proceso de formación se dieron los siguientes temas previos a la revelación del diagnóstico de VIH:

Tema 1, Quien soy yo:

El tema se desarrolló con la participación de la psicóloga y educador, en donde se abordó el tema en dos tiempos el primero se hizo en base a que el preadolescente realizara un dibujo de cómo se ve, seguido de este dibujo se le entregó una hoja con una silueta en donde tenía que colocar los nombres de las partes del cuerpo ejemplo; cabeza, brazos, piernas, manos, nariz, boca, ojos, orejas, órganos genitales.

Esto permitió que se identificaran las diferencias físicas entre hombres y mujeres, el educador complementó el trabajo individual apoyando con el tema de cómo somos diferentes en algunas cualidades físicas, pero tenemos los mismos derechos. Por su parte la psicóloga apoyó el proceso desde lo cognoscitivo lo que permitió que los preadolescentes compartieran sus dudas sobre el tema. Al finalizar el tema se desarrolló un compartimiento a través de una refacción lo que llevó a compartir con el educador.

Tema2, sexualidad:

Se inicio la actividad dando material impreso en donde las y los preadolescentes colocaron el nombre de los órganos reproductores de hombres y mujeres, se colocaron en la parte posterior del la hoja las diferencias físicas externas en los hombres; el crecimiento de vello facial, crecimiento de pene, cambio de voz, complexión física marcada en el ensanchamiento de la espalda, crecimiento de la prominencia laríngea (manzana de Adán), en las mujeres, la menarquía, crecimiento de mamas, adelgazamiento de voz y de físico en algunas mujeres.

Esta fase de conocimientos individuales se complementó con el aporte del educador quien habló claramente que la diferencia entre hombres y mujeres eran la vulva y el pene que eran los órganos visibles y diferenciables, se tomo hablo seguidamente de las erecciones, sueños húmedos, orgasmos y masturbación y como se daba en hombres y en mujeres, a lo que los preadolescentes en especial las mujeres se sonrojaban y su sentimiento era de timidez en los hombres era lo contrario era risa y juegos. Se resolvieron varias dudas sobre el ciclo de la menstruación y del contacto sexogenital.

Tema 3, Autoestima:

El desarrolló del tema estuvo a cargo de la psicóloga y el apoyo del educador, el tema de la autoestima fue abordado desde la perspectiva emocional en donde se trabajo el test de mi historia personal, en donde el preadolescente a trabajo anteriormente con la psicóloga, se reforzó aspectos como la timidez, la ansiedad, el aislamiento, la frustración a través de técnicas que permitieron que cada preadolescente indicara como se sentía y como eran sus emociones, posterior a ello se reforzó con elementos saludables para el crecimiento de la autoestima individual y grupal, por medio de técnicas de conocimiento e interrelación sobre todo en las relaciones interpersonales basadas en los cambios físicos.

El trabajo que realizó el educador fue el de propiciar espacios saludables sobre cada uno de las técnicas que se realizaron en cada momento se interactuó con los preadolescentes y adolescentes mediando una empatía en la actividad.

Tema 4, VIH:

El tema lo desarrolló la coordinadora de educación, en donde abordó el tema de una manera menos dinámica, a través de una presentación en power point con animación en 3D, en donde se presentó la forma de replicación del VIH en los linfocitos y como estos afectan al ARN y posterior al ADN.

Se abordó los medios de transmisión; transfusión sanguínea, transmisión vertical (de madre a hijo) relaciones sexogenitales, estos tres medios de transmisión son los más frecuentes por lo que se abordó de manera sencilla y clara, en el subtema de la transmisión vertical se trabajó más tiempo sobre todo porque muchos de los preadolescentes son portadores por este medio, el subtema del contacto sexogenital fue que causó mayor interés en los preadolescentes sobre todo en la manera de cómo se debe llevar la prevención y el uso correcto del preservativo, en su mayoría los preadolescentes mantuvieron la atención en el tema mostrando interés sobre todo en la parte de la prevención.

Tema 5, VIH y yo:

El desarrollo del tema estuvo a cargo de la psicóloga y la coordinadora de educación, la psicóloga inició el tema con un proceso de relajación y posterior a ellos se inició haciendo una retroalimentación de cuáles eran los medios de transmisión del VIH a lo que los preadolescentes contestaron cada uno de ellos, al terminar se abordó el tema de cómo el VIH llega a la vida de las personas y de cómo había llegado a la vida de cada uno de ellos, se inició explicando que la transmisión vertical, cuando la madre es positiva pero no tiene conocimiento de ello y no recibe el tratamiento adecuado y al momento del parto el niño o niña nace por la vulva, otro medio vertical es la lactancia materna en donde se tiene una carga viral alta.

La segunda causa de transmisión es la sexual, en donde se explica que el contacto de pene vagina o pene ano es un medio por el cual se puede transmitir el virus por medio del semen con VIH. Al término del espacio de la coordinadora de educación se procede a la segunda fase que lo aborda la psicóloga, en este espacio se pregunta porque

se cree que están en el hospicio y toman medicamentos, a lo que los preadolescentes responden que están enfermos.

La psicóloga aborda el tema de manera sencilla indicando que muchos niños y niñas nacen con el VIH y que algunos otros lo desarrollan en la niñez, se resuelven dudas que los preadolescentes hacen; como si ellos tienen VIH, y si es curable a lo que la coordinadora responde que el VIH no tiene cura pero si tratamiento que prolonga la vida de la persona por lo que una buena toma de los medicamentos asegura que vivan por muchos años. Al finalizar el tema la psicóloga habla con los preadolescentes individualmente.

Tema 6, Adherencia:

La coordinadora de educación inicia el tema, preguntándole al pleno que es adherencia, la respuesta es un rotundo no por parte de los preadolescentes, dado esto la coordinadora aborda el tema indicando que la adherencia se refiere a la toma del medicamento en los horarios y dosis correcta inicialmente, se indica que cada uno de los preadolescentes toma diferentes medicamentos y que tienen un horario que puede ser variado en la mañana y uno en la tarde, y la dosis es única, también indica que la adherencia se refiere a la alimentación, calidad de vida, prevención y uso correcto del preservativo. Los preadolescentes se mostraron con interés en el tema por lo que las preguntas se hacían en cada momento y la relación empática era evidente sobre en el dialogo y entre la coordinadora y los preadolescentes.

Tema, 7 Antirretrovirales:

Para el tema se hizo una muestra de los medicamentos que toman los preadolescentes y cada uno de ellos tenían que identificarlos esta parte hizo que cada uno se interesara en buscar y en saber para que eran, al término de la actividad la coordinadora de educación abordó el tema preguntando cual eran los medicamentos que tomaban, a lo que respondieron los siguientes medicamentos; Efavirez, Zidovudina, 3ZT, Trubada, con estos elementos se indican que estos medicamentos permiten que el sistema inmunológico pueda estar elevado dentro del organismo, y que no se pueda contraer algunas enfermedades como Pulmonía, Tuberculosis, Diarreas, se

indica que cada uno toma dosis diferente por lo que a veces se pueden tomar dos pastillas en la mañana y una por la tarde, algunos de ellos indican que toman jarabe, a lo que indica la coordinadora que hay medicamentos que vienen en jarabe y que es para los niños más pequeños. La toma de medicamentos es parte de la adherencia por lo que se debe de recordad la hora y la dosis para tomarlo correctamente.

Tema 8, Prevención primaria y secundaria:

El último tema que se aborda en el ciclo de formación es la prevención primaria y secundaria, para ello el educador lo aborda en dos fases; prevención primaria indica que es toda la prevención que se tiene al momento de iniciar la vida sexual, que abarca el uso correcto de preservativo, fidelidad, no tener varias parejas sexuales, cada una de estas prácticas si se saben llevar correctamente mantienen a la persona sin VIH u otra infección de transmisión sexual.

Prevención secundaria, es cuando una persona es portadora y su relaciones interpersonales deben de llevar doble cuidado en las relaciones sexogenitales en esta parte se indica que el contacto pene – boca, pene – vagina, pene – ano, vagina – vagina se debe de usar siempre preservativo como medio de protección sobre todo con personas positivas o personas discordantes, para que no se tenga una reinfección en el caso de personas positivas y infección en las discordantes.

El segundo aspecto son los embarazos en el caso de las mujeres, se explica que se tiene el derecho a embarazarse, pero se deben de cumplir con ciertos procesos para hacerlo correctamente y no exponer al niño al VIH, entre los procesos esta notificar al médico tratante, cambio de esquema de tratamiento, en el momento del parto se realiza el procedimiento quirúrgico Cesárea.

Los preadolescentes realizaron varias preguntas hacia el educador quien respondió cada una el tema estaba planteado para una hora y termino realizando en dos horas y media por el interés de los mismos participantes.

Se completo esta fase de formación con la realización de dos talleres de formación tales como;

Taller 1, Derechos Humanos:

El taller se desarrolló en el centro de convenciones Los Volcanes, y reunió a los preadolescentes y adolescentes internos y externos, la realización del mismo estuvo a cargo de la psicóloga Gabriela Morales, quien realizó varias técnicas de integración y de motivación para lograr que los participantes interactuaran entre ellos.

El temario se baso directamente en los derechos humanos de los adolescentes con enfoque en VIH, para ello se dio a conocer las dos leyes que se tienen en Guatemala la Ley Pina y la Ley de VIH y Sida, Decreto 27 – 2000. Se tomaron artículos claves y para hacerlo entretenido para los preadolescentes se hizo a través de juegos lo que permitió que se tuviera una participación completa y el interés se diera en los participantes.

Taller 2, Sexualidad:

El taller de sexualidad es el complementó del tema que se dio en el proceso formativo con el departamento de educación, el taller fue impartido por la psicóloga Gabriela Morales, quien es la encargada de realizar los talleres para los preadolescentes y adolescentes internos y externos.

Se aplicó la metodología participativa con un enfoque interactiva a través de técnicas, juegos, que permitieron que los preadolescentes participaran en cada una de las actividades que se plantearon para este taller, como el tema ya se había abordado con anterioridad, el conocimiento se tenía en mente, la ampliación de algunos de temas como; el uso de los anticonceptivos como parte de la prevención materno infantil fue de mucho interés sobre todo por el conocimiento y contacto con los métodos, el segundo tema fue el derecho a la salud sexual y reproductiva, el cual se enfoco en el VIH y la relación de prevención y seguridad que se debe de tener al momento de concebir una nueva vida en una relación de personas positivas o discordantes.

El taller de sexualidad fue uno de los momentos que llenó las expectativas y despejó dudas de los preadolescentes en relación a su vida sexual.

Durante este proceso de formación y de acompañamiento psicológico y educativo se percibe que en los preadolescentes se ha despertado más inquietudes y por la necesidad de respuestas ante los cambios físicos y el bombardeo de información que tienen los preadolescentes en los centros educativos con los otros niños y preadolescentes con quienes se relacionan fuera de las instalaciones del hospicio, hace que se vea una necesidad latente de darle seguimiento al proceso de revelación del diagnóstico de VIH.

3. Acompañamiento por parte del estudiante de Trabajo Social al equipo de trabajo en el proceso de revelación del diagnóstico de VIH.

El proceso de revelación del diagnóstico del VIH, es una serie de pasos desarrollados paulatinamente con los preadolescentes y adolescentes en el caso de los que se encuentran ingresados en el hospicio, la persona encargada de hacer esta revelación es la psicóloga, quien debe de apoyar las diferentes reacciones que se den en el menor.

En el caso de los menores que están bajo la tutela de sus padres serán ellos los encargados de hacer la revelación con el acompañamiento del profesional de psicología.

En el proceso de revelación se pueden dar algunas variantes de quien debe de acompañar y darle seguimiento a la revelación sobre todo por la vinculación empática que se da en un momento con los profesionales de Medicina o Trabajo Social, por lo que se sugiere que siempre se tenga en cuenta a un equipo multidisciplinario al momento de la revelación en los preadolescentes y adolescentes.

En el caso de los preadolescentes y adolescentes externos se debe de contar con un seguimiento por medio de visitas domiciliarias para dar continuidad a los procesos de adherencia y las posibles causas de abandono del tratamiento antirretroviral, estas causas pueden ser varias pero las más comunes son; periodos de depresión, aislamiento

familiar y social, no aceptación de la infección, cambios hormonales (mujeres), las causas variaran según el acompañamiento y seguimiento que se le dé al preadolescente y adolescente.

4. Revelación del diagnóstico de VIH en preadolescentes y adolescentes:

Para la revelación del diagnóstico de VIH se deben de seguir los siguientes pasos:

- a) Evaluación psicológica; determinara el nivel de madurez emocional que tiene el preadolescente y adolescente.
- b) Llenado de "Hoja Mi Historia Personal"; permitirá que el preadolescente y adolescente pueda ir escribiendo cada elemento de su vida, sentimientos, emociones y esto apoyara el trabajo del área de psicología.
- c) Reuniones periódicas con el profesional de psicología quien fortalecerá áreas que necesiten apoyo como el autoestima, relaciones familiares e identidad.
- d) Integración a grupo; cada uno de los preadolescentes y adolescentes deberá ser incluido en un grupo de apoyo en donde recibirá formación.
- e) La formación que se brinde al preadolescente y adolescente deberá incluir los temas de conociendo mi cuerpo, sexualidad, relaciones interpersonales, autoestima, VIH y sus diferentes aspectos que se vinculen con la vida del preadolescente y adolescente, prevención primaria y secundaria, derechos humanos, tratamiento antirretroviral y adherencia.
- f) Revelación; terminado el proceso de formación el profesional de psicología será la persona encargada de dar a conocer el diagnóstico de VIH, preadolescente y adolescente.
- g) Intervención; este momento es principalmente para ayudar a afrontar la situación, controlando las alteraciones emocionales. Ofrecer información y acompañamiento social en todo el proceso relacionado con sus derechos y obligaciones socio-culturales.
- h) Acompañamiento psicológico; se deberá de dar durante el tiempo que lo requiera el preadolescente y adolescente se recomienda que se tenga por lo menos una reunión cada

semana y de allí pasarla cada quince días y por último cada mes.

5. Aceptación del diagnóstico de VIH en preadolescentes y adolescentes

El proceso de aceptación del diagnóstico dependerá de aspectos personales, familiares, religiosos, culturales y sociales, para el trabajo de seguimiento se deberá de tomar en cuenta los siguientes pasos:

- a) Por un lado, se trabajan aspectos preventivos, vivenciales e informativos en torno a la infección, dentro de grupos de iguales (grupos de autoapoyo). En estos grupos se trabajan aspectos específicos de la infección, proporcionando información, recursos y habilidades que actúen como factores preventivos dentro de su desarrollo.
- b) Adherencia al tratamiento. En muchas ocasiones, la principal problemática que presentan los menores se encuentra en la mala adherencia a los tratamientos. No obstante, hay que aclarar que el nivel de adherencia a los tratamientos antirretrovirales ha de ser, como mínimo del 90% para que éste sea efectivo. Esta peculiaridad, unida al mal sabor o el excesivo tamaño de algunos de los fármacos contribuye a que los menores presenten estos problemas de adherencia.
- c) Comunicación y relación entre iguales. En el caso de los preadolescentes, adolescentes y jóvenes, este asunto es un problema que se viene planteando repetidamente, ya que las necesidades sociales y de aceptación van tomando cada vez una mayor relevancia para ellos, así como otros aspectos del desarrollo (la sexualidad). Todo ello hace de este momento del ciclo vital un momento clave en el desarrollo y autonomía de las personas, ya que a la problemática propia de estas edades, se une el padecer una enfermedad crónica y con las implicaciones del VIH.
- d) Formación; una constatación de formación será necesaria en los preadolescentes y adolescentes sobre todo por la invasión de información alternativa en los medios de comunicación.
- e) Acompañamiento; es vital que el preadolescente tenga acompañamiento de pares adultos que puedan entender muy

bien los problemas que acompañan el tratamiento, la baja autoestima y las depresiones asociadas al VIH.

- f) Seguimiento; se da a través de las personas encargadas del cuidado quienes velaran por buena aplicación de sus deberes con respecto a su tratamiento.

Cada uno de los pasos que se da en la revelación y en la aceptación tendrá una variación significativa sobre todo por factores que intervienen en el desarrollo emocional del preadolescente y de los factores externos que puedan afectar su aceptación. De allí de la importancia de que se dé un seguimiento y un acompañamiento de pares para que el proceso sea más fácil de llevar y de aceptar.

Este proceso durante su aplicación a logrado tener resultados planteados y otros no esperados lo que permite tener una mejor visión de los alcances que se pueden llegar a tener con un equipo pequeño y con los elementos necesarios, claro está se debe de tomar en cuenta así como hay aspectos positivos los hay negativos a continuación vemos esos logros y las limitantes de este proceso.

Fase de Evaluación: logros y limitantes obtenidos en el proceso de revelación y aceptación del diagnóstico de VIH, en preadolescentes y adolescentes.

Logros

El proceso presenta varios logros obtenidos de los objetivos como otros logros que no se esperan obtener.

- En este proceso se dejó con una estructura, la cual contiene un Manual de lineamientos de trabajo y abordaje, proceso metodológico a nivel de educación.
- A la mayoría de los preadolescentes y adolescentes les gusto el trabajo que se realizó con ellos la metodología y las técnicas.
- Los preadolescentes y adolescentes presentan más aceptación de la estadía en el Hospicio San José y sobre el diagnóstico que los preadolescentes que son de consulta externa.
- Disminución de conductas negativas al cuidado individual y grupal y al tratamiento sienten una identificación o por lo menos se da una mejor aceptación del mismo como del

	<p>diagnóstico.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cambios de conducta y de comportamiento se ha tenido una mejora sobre todo en las relaciones interpersonales y en las actividades internas es más participativa. • Muchos de los preadolescentes y adolescentes hablan del tema sin problema con las personas que les están formando. • Para los preadolescentes y adolescentes entender lo que sucede y pasa con ellos hace que se tenga un mejor desenvolvimiento en sus acciones sobre todo en las relaciones interpersonales. • Resolución de dudas sobre la sexualidad sobre todo en el compartir con personas que no son de su mismo sexo. • Empoderamiento de conocimiento sobre VIH, hace que muchos de ellos puedan tomar decisiones correctas sobre su vida que les permite tener una integración completa a la sociedad.
<p>Limitantes</p> <p>El proceso presento varias limitantes que en un futuro pueden ser abordadas y mejoradas para poder dar mejor respuesta a las necesidades de los preadolescentes y adolescentes en el proceso de revelación del diagnóstico de VIH.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El proceso de formación debe de enfocarse en el empoderamiento sobre el tema de VIH y sus derechos en los preadolescentes debido a que la relación de protección que se brinda en el Hospicio San José puede debilitar esos procesos de socialización. • El proceso que se dio en los preadolescentes y adolescentes es más formativo por parte del departamento de educación y no se está complementando con el aspecto psicológico que era una de las fortalezas que se tenía en el anterior proceso. • En algunos momentos del proceso formativo se dan condicionantes externos que pueden afectar el rendimiento de cognoscitivo de los preadolescentes sobre todo con los medios de comunicación alternativa que existe fuera del Hospicio San José.

- En los preadolescentes y adolescentes en algunos de los espacios que se habla del tema de VIH tienden a presentar falta de conocimiento y el otro aspecto que presentan es la pena hablar sobre el tema o condición de portadores. De allí que pareciera que no saben nada del tema.
- Bloqueo sobre el manejo del diagnóstico y el manejo de la discriminación y estigma, lo que hace que no se tenga una mejor integración a los diferentes espacios sociales en donde se desenvuelven los preadolescentes y adolescentes.
- Una de las limitantes que se han venido arrastrando desde el primer proceso formativo es el espacio físico que no es adecuado para la realización de los talleres o charla debido que el número de participantes supera el espacio.
- Las condiciones propias del Hospicio San José limitan el trabajo que se realiza con los preadolescentes y adolescentes en temas como la apertura a temas sexuales, sentimentales.
- En el tema de género muchas de las preadolescentes y adolescentes han expresado al departamento de educación su inconformidad ante la distribución de tareas que se dan entre hombres y mujeres.
- Con la formación sobre los derechos humanos, las niñas han hecho referencia sobre el trato que reciben de parte de los hombres sobre todo porque en algún momento han sufrido violencia verbal y empujones sobre todo en la distribución de las tareas dentro del hogar.

El trabajo que se realizó con en la revelación y la aceptación del diagnóstico de VIH en los preadolescentes y adolescentes, permitió que se obtuvieran conocimientos y elementos para fortalecer los aspectos de la profesión de Trabajo Social.

Cuarto momento: Fase de evaluación

La evaluación se realizó durante todas las fases y actividades realizadas, evidenciando los logros alcanzados y las limitantes encontradas con los participantes durante este proceso, entre otros involucrados fue activa lo que permitió obtener la información necesaria para la realización este trabajo.

Logros de la ejecución del proceso

- La planificación y la coordinación del proyecto se logró a través de la colaboración y participación del personal del Hospicio San José.
- Se brindó acompañamiento al departamento de educación, lo que permitió la obtención de información, para la elaboración de instrumentos de sistematización para el departamento de educación.
- La motivación, la comunicación y la participación en la investigación escrita y observativa, facilitó al epesista de Trabajo Social la ejecución del proyecto de formación para la revelación de diagnóstico de VIH.
- La integración y la empatía lograda a través de la intervención observativa del epesista de Trabajo Social con los preadolescentes y adolescentes, propicio aceptación de las actividades realizadas las y los preadolescentes y adolescentes del Hospicio San José.
- La participación en actividades como charlas de adherencia, tratamiento antirretroviral, sexualidad, autoestima, mi cuerpo y yo y talleres en donde se les facilitó temas de derechos humanos, estigma y discriminación, nutrición, relaciones interpersonales para los preadolescentes y adolescentes permitió al epesista conocer el medio de social y conductual en donde se desenvuelven y con ello propiciar nuevas alternativas de abordaje como de apoyo para el departamento de educación.

Limitantes encontradas durante el proceso

- La principal limitante encontrada fue el tiempo que se le dedicó al especialista de Trabajo Social para la investigación institucional con relación al proyecto, debido a que no se contaba con el tiempo óptimo para abarcar tanta información y no se contó con lugar adecuado para la recopilación de información.
- No existencia documentos que permitieran la consulta de información sobre el tema de los procesos implementados con anterioridad y el mismo para conocer el diagnóstico de VIH en los preadolescentes y adolescentes limito el trabajo investigativo.
- La falta de instrumentos para la recopilación de información como memorias de actividades, agendas, matrices de recopilación de información en el departamento de educación limita la recopilación de información como también el acceso a la misma.
- Los educadores y personal de psicología no se encuentran totalmente comprometidos con el trabajo que se realiza con los preadolescentes y adolescentes del Hospicio San José debido a las múltiples actividades que realizan en cada uno de los departamentos.

Los resultados de esta fase evaluativa recogen aspectos que intervienen en la formación previa a la revelación y posterior aceptación del diagnóstico de VIH, en los preadolescentes y adolescentes del Hospicio San José.

Los departamentos de educación y psicología aportan elementos para la recopilación de información sobre los inicios, avances, limitantes y logros que se obtienen en cada una y uno de los preadolescentes y adolescentes que son intervenidos para poder revelarles su diagnóstico de VIH y el proceso de aceptación, acompañamiento y seguimiento de par que se da, para sobrellevar esta situación que cambia percepción de vida que se tiene en cada una y uno de ellos al no tener conocimiento de su enfermedad y del medio en el que viven.

CAPÍTULO 5

REFLEXIONES DE FONDO

En el presente capítulo se presenta el análisis y la interpretación de proceso formación previo a la revelación del diagnóstico de VIH en los preadolescentes y adolescentes del Hospicio San José, la cual generó elementos sobre el abordaje del tema en el solo en el Hospicio, y permitió además reflexionar para que otras instituciones que trabajen con esta población y a personas individuales como los padres de familia con niños y niñas VIH puedan tomarlo en cuenta. Cada una de las reflexiones se fundamenta tomando en cuenta el contexto, actores y el proceso de la experiencia vivida en el Hospicio San José.

En el proceso de investigación en el hospicio que se realizó en el departamento de educación a nivel formativo permite que los preadolescentes y adolescentes obtengan los conocimientos necesarios para comprender su sexualidad, los elementos que la componen y en especial poder entender el contexto en el cual se desenvuelven entender el tema de VIH y las diferentes connotaciones que este tiene en la vida de las y los preadolescentes y adolescentes.

Con el proceso implementado por el equipo en los preadolescentes y adolescentes se dan diferentes cambios al saber de su diagnóstico cómo la paz interior, una mejora en la autoestima, mejora la relaciones interpersonales en algunos casos, en otros hay negación de su diagnóstico, aceptación al tratamiento, no siempre se da esto pero el proceso de seguimiento y acompañamiento debe de ser oportuno y consecuente.

El aporte individual del departamento de psicología al proceso de revelación y aceptación del diagnóstico de VIH en los preadolescentes y adolescentes es de suma importancia dado que la vinculación existente entre los temas y la relación que se da emocionalmente y psicológicamente aporta elementos para la realización de la persona en los diferentes ámbitos en donde se desarrolle el menor.

Las Buenas Prácticas, que se han definido por parte del departamento de educación para darle soluciones eficientes a los problemas encontrados en el proceso de revelación y aceptación del diagnóstico de VIH y darle respuesta a los mismos a través del trabajo coordinado y la buena comunicación entre las diferentes áreas o departamentos del Hospicio San José ha sido una de ellas, por lo que se deben de constituir como una propuesta de cambio a mediano plazo.

Identificar factores de éxito como la eficacia y la eficiencia en la metodología aplicada en el proceso formativo basados en el Manual de Mi cuerpo y Yo, la eficiencia de la coordinación del departamento de educación y de la profesional de Trabajo Social en la aplicación de los temas que hacen que el proceso sea sostenible de manera que permitió alcanzar las metas previstas por los departamentos de psicología y de educación y cumplir con la parte integral de la atención a los preadolescentes y adolescentes del Hospicio San José.

La construcción de una estructura metodológica permitió fortalecer a los departamentos de educación, psicología y al departamento de niñeras y niños del Hospicio San José, constituyéndose la primera y única institución que trabaja de manera coordinada este proceso sobre todo a nivel de preadolescentes y adolescentes, esto es de suma importancia debido a que se evidencia un trabajo que debería de realizarse a nivel nacional en las diferentes clínicas y centros de atención a pacientes con VIH, así como el manejo acertado a través de un manual donde se condensan temas que orientan el abordaje de dicha problemática, así como brindan herramientas que permitan capacitar al personal de cuidado materno infantil y otras disciplinas como Psicología, Trabajo Social, Enfermería, Farmacia y pedagogos.

EL proceso de sistematización permitió hacer una reconstrucción del proceso de revelación del diagnóstico de VIH, implementado por el equipo del Hospicio San José, lo que constituye una herramienta de información que facilite la presentación de los resultados a la institución y a otras instituciones que abordan dicha problemática y con ello obtener nuevas propuestas hacia organismos nacionales e internacionales que puedan apoyar económicamente al proceso de formación y minimizar el impacto negativo de la infección de VIH en los preadolescentes y adolescentes.

La experiencia del proceso de revelación y aceptación del diagnóstico de VIH, produjo nuevos conocimientos para la intervención de la práctica profesional del Trabajo Social, debido a que es un área nueva de actuación y autoformación, donde se desarrollaran funciones como; investigador, promotor de derechos humanos, promoción social, gestor, facilitador de procesos de formación y capacitación.

La experiencia es importante no solo por el contenido de la información que se presenta, sino que hasta el momento no se tiene aportes de la profesión de Trabajo Social en el tema de VIH y VIH Avanzado. De igual manera se constituye en un espacio profesional que se tiene que aprovechar para divulgarlo con otros profesionales y darle una atención integral encaminada a disminuir las acciones de discriminación y violación de los derechos de los preadolescentes y adolescentes.

EL proceso de revelación implementado en el Hospicio San José ha permitido que los adolescentes tengan una concepción de vida y de las relaciones interpersonales más amplias, promoviendo la creación de pensamientos, sentimientos y emociones de autovaloración como hacia el género opuesto. Logrando con ello pasar las barreras de estigma de contagio y la discriminación.

La experiencia sistematizada sobre la revelación del diagnóstico de VIH en los preadolescentes y adolescentes, propició la retroalimentación de conocimientos sobre el tema de VIH, lo que se constituye en un agregado de formación a nivel profesional, se obtuvieron herramientas metodológicas para el abordaje de dicho tema que permitirá en futuras experiencias vincular el Trabajo Social con el área de Psicología y educación.

La experiencia del proceso de revelación del diagnóstico de VIH es fundamental para los preadolescentes y adolescentes ya que con ello se logra o se adquiere la aceptación de la infección, permitiendo la construcción de nuevas metas, aflorando nuevos pensamientos, sentimientos y emociones, creando una autodeterminación personal, caso contrario el preadolescente se siente con baja autoestima, poca valoración, creación de sentimientos de suicidio por la no revelación y aceptación de la infección.

Los procesos de formación que se tienen dentro del Hospicio San José contienen elementos que si bien son funcionales pueden ser mejorados para lograr la obtención de un resultado máximo por medio de la implementación de métodos y técnicas que permitan que la facilitación del tema sea más dinámico y entretenido para los preadolescentes y adolescentes.

CAPÍTULO 6

LECCIONES APRENDIDAS

En este capítulo se incluyen en este capítulo los aprendizajes obtenidos en las actividades realizadas por los departamentos de educación y de psicología con los preadolescentes y adolescentes, así como los personales y profesionales de Trabajo Social.

- Identificación de estrategias nuevas de abordaje sobre el tema de VIH que facilitaron y abrieron el acercamiento hacia los preadolescentes y adolescentes de manera fácil y oportuna.
- Se reafirmó los conocimientos sobre VIH y se amplió las ideas de trabajo relacionadas con el abordaje con los preadolescentes y adolescentes con VIH que utiliza el Hospicio San José.
- Se observó que existe sobre carga de actividades formativas y de abordajes a otras poblaciones lo no permite mejorar la comunicación entre los involucrados en este caso los educadores, facilitadores externos, psicóloga y preadolescentes y adolescentes.
- De acuerdo al trabajo realizado con el equipo es importante que la toma de decisiones se vincule los departamentos involucrados y coordine los procesos de atención dirigidos a la población vulnerable con la infección del VIH.
- Se compartieron los conocimientos de la profesión lo que enriqueció los procesos formativos, de abordaje y la revelación del diagnóstico de la infección de VIH. Así como generar aprendizajes los cuales son parte esencial en la formación, aprendizajes sobre la dirección, la organización, la relación interpersonal y la empatía.
- Se construyó un documento de apoyo para el departamento de educación lo que será una herramienta para de consulta en el abordaje del tema de la revelación del diagnóstico de VIH en preadolescentes y adolescentes.

- Las estrategias de Trabajo Social con Grupos se constituyeron en propuestas de trabajo en los procesos de formación previo a la revelación y con ello interactuar con los diferentes grupos de preadolescentes y adolescentes del Hospicio San José.
- El trabajo en equipo determinó los parámetros de coordinación y comunicación con los departamentos que se vinculan en el proceso de revelación del diagnóstico de la infección, de igual forma a través de la intervención del especialista de Trabajo Social se reanudaron las reuniones de coordinación con los departamentos de educación, psicología y niñeras.
- La fase de seguimiento de este proceso es fundamental dado que existen muchos preadolescentes abandonan el tratamiento posterior a la revelación del diagnóstico.
- La ruptura de emociones y razonamiento que se lleva en el proceso de revelación lleva a una desvinculación ante la relación social de los preadolescentes y adolescentes.
- El preadolescente y adolescente ante un medio discriminativo y estigmatizante tiene que valerse por sus propios medios al no contar con el apoyo familiar.
- La intervención del profesional de Trabajo Social debe de ir dirigida hacia una nueva visión de humanización en donde la intervención en el tema de VIH sea participativa e interactiva.
- La identidad de la profesión de Trabajo Social deberá ser re direccionada al servicio integral y multidisciplinario en el área de salud.

CAPÍTULO 7

COMUNICACIÓN DE APREDIZAJES

Este capítulo contiene una propuesta de atención integral a adolescentes con VIH, para apoyar desde el Trabajo Social las condiciones ideales del proceso de aceptación del diagnóstico y tratamiento de VIH en preadolescentes y adolescentes e inclusive jóvenes.

PROCESO DE SEGUIMIENTO A LA ACEPTACIÓN DEL DIAGNÓSTICO DE VIH A PREADOLESCENTES Y ADOLESCENTES TERCERA PARTE

7.1 Presentación

La siguiente propuesta se presenta después del proceso de análisis y reflexión que se realizó de la experiencia en la segunda parte del vivida en el “Los procesos que se llevan en la revelación del diagnóstico de VIH en preadolescentes y adolescentes del Hospicio San José”, ya que a pesar de la ejecución del mismo aún se deben de atender las necesidades de los preadolescentes y adolescentes y otras poblaciones vulnerables como lo son los homosexuales y lesbianas que son recién diagnosticados y que viven con sus familias.

El involucramiento de los profesionales de Trabajo Social en el proceso de formación de la revelación del diagnóstico tiene una importancia significativa en la adecuada aceptación del diagnóstico sobre todo en el seguimiento y acompañamiento a los procesos de adherencia al tratamiento antirretroviral.

El compromiso del equipo multidisciplinario como del trabajador social en la adecuada orientación en los preadolescentes y adolescentes aportara habilidades, cualidades promoverá un cambio de actitud y de involucramiento en las actividades posteriores en el seguimiento y acompañamiento de estos preadolescentes y adolescentes ante una nueva vida con VIH.

Para el desarrollo de este proceso se tomara en cuenta la participación de los preadolescentes, adolescentes y jóvenes

heterosexuales, gay y lesbianas portadores, los actores del proceso serán el profesional de Trabajo Social, psicóloga, educadores, trabajadora social. Dicho proceso se realizará en un año dividido en cuatro trimestres, el primer será para la integración y los tres trimestres restantes se utilizara para la formación y capacitación, en cada uno de los procesos se hará una evaluación para analizar cada unos de los logros y las limitantes.

El profesional de Trabajo Social debe de implementar nuevas acciones que promuevan un acercamiento con los preadolescentes, adolescentes y jóvenes con diagnóstico positivo, facilitando los medios para una formación basadas en las nuevas metodologías de abordaje que marcan los la Organización Mundial de la Salud y el Programa Nacional de Sida en Guatemala.

Este proyecto no es solo una propuesta de trabajo sino una propuesta de cambio hacia una sociedad cada vez más incluyente ante las poblaciones vulnerables.

7.2 Justificación

Las poblaciones vulnerables ante la infección de VIH en Guatemala desde la aparición del primer caso, no han tenido el espacio para la prevención primaria y secundaria, así mismo no se les ha brindado un tratamiento antirretroviral adecuado que corresponda a sus necesidades, así mismo no han tenido la formación previa a ser revelado su diagnóstico por lo que se ve la necesidad de crear espacios de formación.

La necesidad de la creación de espacios específicos para los preadolescentes, adolescentes y jóvenes heterosexuales, gay y lésbicas, nace de la misma realidad que se vive en los centros de atención integral en donde ellos comparten el mismo espacio que los adultos y son tratados como tales no tomando en cuenta sus necesidades, por esto mismo se propone que esta iniciativa que sea asumida por las instancias que propicien dicha acción.

La experiencia vivida en el Hospicio San José hace que se valore a esta población en especial porque se tiene conocimiento de las mismas necesidades que se viven como preadolescente, adolescente

y joven con VIH, la facilitación de un espacio y procesos de formación seguidos del diagnóstico, permitirán a este grupo poder mejorar sus aspectos de adherencia y vida social, minimizando así los casos de infección en nuevos jóvenes.

La metodología que se planteara es la de Trabajo Social con grupos o, estudios de casos, investigación – acción, y el método Trabajo Social Individualizado y Familiar. En procesos de formación y capacitación a través de la educación popular.

El voluntariado como parte principal de la atención de nuevas relaciones discordantes que se dan en la población, sobre todo en las relaciones sentimentales, por ello la integración de jóvenes seropositivos y seronegativos a las actividades permitirá una mejor interrelación y manejo del diagnóstico de VIH en preadolescentes, adolescentes y jóvenes de Guatemala.

7.3 Objetivos

7.3.1 Objetivo general

- a) Crear un espacio para la atención de la población joven vulnerables con la infección de VIH, a fin de darle seguimiento a la revelación del diagnóstico de VIH.

7.3.2 Objetivos específicos

- a. Orientar la atención con base en la metodología de Trabajo Social individualizado y la atención familiar.
- b. Orientar las actividades en base al Trabajo Social con grupos.
- c. Diseñar e implementar un programa de voluntarios jóvenes
- d. Promover espacios de convivencias para jóvenes positivos para el análisis y la reflexión de temas de interés colectivo.
- e. Desarrollar un proceso de formación y capacitación para J+.
- f. Implementar actividades lúdicas para la asimilación del seguimiento y acompañamiento a procesos de adherencia.

7.4 Metodología

Este apartado se plantea desde la visión de la autora Matilde de Ranquet, la cual afirma que: “El método de Trabajo Individualizado y Familiar, es un método clínico, es decir que persigue un tratamiento: cura, prevención, promoción o mejora social. Toma sus diferentes elementos del método científico basados en las tres etapas que se describen a continuación.

- a) Investigación: u observación de los hechos debe de esforzarse por ser exacta, completa e imparcial. Debe de reunir los hechos significativos y trata de determinar esta significación: el sentido de este hecho, con sus “porqués” y sus “como” de manera que se obtenga una idea de la realidad objetiva y de su significación subjetiva.
- b) La Evaluación diagnóstica: establece una relación con los hechos; imagina la existencia de una conexión hasta entonces desapercibida.
- c) Tratamiento: aplicación de un plan de apoyo u acciones que puedan evaluar los resultados de una acción en base a un objetivo perseguido.

El método de Trabajo Social Individualizado y Familiar servirá para dirigir ideas para mejorar los resultados esperados en una intervención social, y los conocimientos teóricos que posee el trabajador social le servirán para establecer una vinculación del preadolescente y adolescente, su medio social y el equipo profesional.

La evaluación alternativa a lo largo del proceso permitirá correctivos y determinar cambios cualitativos y cuantitativos, para conocer los resultados obtenidos y determinar si las metas se cumplieron.

7.5 Actividades

Las actividades propuestas para la obtención de los resultados son objeto de una mediación cuantitativa.

- Reuniones con los preadolescentes, adolescentes y jóvenes atendidas en el mes.
- Actividades de convivencia mensuales de Grupo de jóvenes.

- Desarrollar talleres de capacitación con jóvenes participando activamente en el programa de voluntario.
- Integración de un equipo multidisciplinario, Trabajadores Sociales, Psicólogos y Médicos.
- Reuniones de coordinación y planificación con profesionales/universitarios voluntarios apoyando el programa de atención a preadolescentes, adolescentes y jóvenes positivos.
- Elaborar expedientes sociales de cada uno de los adolescentes y preadolescentes.

7.6 Cronograma

Actividad Programática	Temporalidad											
	Trimestre I			Trimestre II			Trimestre III			Trimestre IV		
	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
Reuniones con los preadolescentes, adolescentes y jóvenes atendidas en el mes.												
Actividades de convivencia mensuales de grupo de jóvenes												
Jóvenes participando activamente en el programa de voluntario. Integración de un equipo multidisciplinario, Trabajadores Sociales, Psicólogos y Médicos.												
Conformación de un equipo de voluntarios que planifique y ejecute actividades mensuales.												

7.7 Recursos

Humanos

- Preadolescentes y adolescentes

- Departamentos de educación y psicología
- Autoridades institucionales
- Voluntarios profesionales

Materiales y equipo

- Material didáctico
- Equipo multimedia
- Medios audiovisuales
- Redes sociales

7.8 Evaluación

Se realizaran evaluaciones participativas y periódicas en cada una de las fases y actividades, para determinar si los objetivos y las metas propuestas cumplieron en cuanto a la formación y a los niveles de aprendizajes.

Además se realizara una evaluación trimestral para determinar si el funcionamiento, organización del departamento de educación fue el adecuado y si se logro cumplir con la búsqueda de soluciones a la problemática de la falta de sistematización.

CONCLUSIONES GENERALES

1. La implementación de nuevas formas de reconstrucción de eventos de importancia como la revelación del diagnóstico de VIH en preadolescentes y adolescentes hace de este documento algo significativo sobre todo por los aportes que se brindan al Hospicio San José y a la profesión de Trabajo Social.
2. El proceso de recopilación de la información de la revelación del diagnóstico de VIH en preadolescentes y adolescentes permitió la implementación de los conocimientos obtenidos durante la formación del profesional de Trabajo Social y su vinculación en escenarios reales con personas con VIH y una institución de contacto humanitario.
3. La selección de estrategias metodológicas apropiadas en la intervención del equipo profesional de manera oportuna y de todos los actores permitió el fortalecimiento de los procesos de revelación del diagnóstico de VIH.
4. La reconstrucción del proceso, permitió e identificó los elementos formativos importantes que intervienen en la experiencia con los preadolescentes y adolescentes, identificándolos, clasificándolos y ordenándolos de una forma que pueda ser un aporte de transformación para el abordaje de la temática VIH y en especial en trato hacia el grupo de niños, adolescentes y jóvenes.
5. La intervención del profesional de Trabajo Social, educadores y preadolescentes y adolescentes tuvo una incidencia en los aprendizajes nuevos en el proceso de revelación del diagnóstico logrando una empatía con el equipo de trabajo.
6. Las estrategias de convocatorias para la realización de talleres, charlas que integran a preadolescente internos y externos deben de ser reevaluadas en donde se debe de propiciar el interés en los preadolescentes, externos como interno para que haya una buena relación interpersonal.

7. Los cambios sociales que acontecen en el mundo y en Guatemala con respecto al VIH y VIH Avanzado hacen que el profesional de Trabajo Social tenga un constante aprendizaje sobre los avances del tema.

8. El profesional de Trabajo Social debe de acceder a su identidad como facilitador de procesos formativos y la interacción con los problemas sociales de una nueva visión humana e interactiva con las poblaciones vulnerables de nuestro país.

BIBLIOGRAFIA

1. Área de Psicología de la Asociación Apoyo Positivo, Consejo General de Psicología, **Apoyo psicológico en la revelación del VIH**, Madrid España. 2013.
2. Centro Nacional de Estadística, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, **Estimaciones y Proyecciones**. Guatemala, 2010.
3. Children of the Save. **Apoyando a niños, niñas y adolescentes afectados por el VIH y la importancia de la revelación del diagnóstico**. Guatemala, 2011.
4. Du Ranquet, Mathilde, **Los Modelos en Trabajo Social, Intervención con personas y familias**, Editorial Siglo Veintiuno, España 1996, pág. 2
5. Fondo Mundial / HIVOS. **Evaluación de la efectividad de las acciones de prevención del VIH en las poblaciones en mayor riesgo**. Guatemala, 2013.
6. Galicia Guillén, María del Carmen, **Sistematización de experiencias una forma de repensar y recrear la práctica de Trabajo Social**. Instituto de Investigaciones de la Escuela de Trabajo Social Universidad de San Carlos de Guatemala. Guatemala, 2010.
7. Hommes des, Terre, **Revelación y manejo de diagnóstico de niños, y adolescentes viviendo con VIH**, Lima, Perú. 2003.
8. Jara, Oscar. **Para Sistematizar Experiencias**, Alforja, Costa Rica, 1994.
9. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, **Plan Nacional de Salud**, Guatemala, 2013.

10. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social-Instituto Nacional de Estadística-Universidad del Valle de Guatemala - United Nations International Children's Emergency Fund (Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia) - Fondo de Población de las Naciones Unidas –Organización Panamericana de la Salud. **V Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2008 – 2009. Mujeres.** Guatemala, 2010.
11. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, **Plan Estratégico Nacional para la Prevención, Atención y Control de ITS y VIH y Sida.** Guatemala, 2011.
12. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, **Cuentas nacionales 2006. 2008. Estudio preliminar.** Guatemala, 2009.
13. Molina, Paola. **Revelación del Diagnóstico de VIH a niños, niñas y adolescentes.** Argentina, 2011.
14. Organización Panamericana de la Salud, **Planeación Estratégica desde la Sociedad Civil, Salud y Derechos Humanos.** Estados Unidos, 2010.
15. Peláez, Annaluisa, **Informe de proceso de revelación del diagnóstico de VIH,** Hospicio San José, Santa Lucia Milpas Altas, Sacatepéquez, Guatemala, 2013.
16. United Nations International Children's Emergency Fund (Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia), **Informe de la Epidemia Global de Sida.** Estados Unidos, 2010.
17. United Nations International Children's Emergency Fund (Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia) - Fondo de Población de las Naciones Unidas – Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, Organización Internacional del Trabajo, Organización Mundial de la Salud y el Banco Mundial, **Informe Adolescencia y VIH.** México, 2011.

18. Universidad Mariano Gálvez. **“Intensificación de las acciones de prevención y atención integral en VIH y Sida en grupos vulnerables y áreas prioritarias de Guatemala.** Guatemala, 2005.
19. United Nations International Children's Emergency Fund (Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia, **Atención Integral de niños, niñas y adolescentes con VIH,** Argentina, 2012.

ANEXO

Este apartado contiene términos utilizados en la redacción de la experiencia por lo que es de importancia dar a conocer la definición de los mismos.

GLOSARIO

ADN: El ácido desoxirribonucleico, abreviado como ADN, es un ácido nucleído que contiene instrucciones genéticas usadas en el desarrollo y funcionamiento de todos los organismos vivos conocidos y algunos virus, y es responsable de su transmisión hereditaria. El papel principal de la molécula de ADN es el almacenamiento a largo plazo de información. Muchas veces, el ADN es comparado con un plano o una receta, o un código, ya que contiene las instrucciones necesarias para construir otros componentes de las células, como las proteínas y las moléculas de ARN.

Los segmentos de ADN que llevan esta información genética son llamados genes, pero las otras secuencias de ADN tienen propósitos estructurales o toman parte en la regulación del uso de esta información genética.

Desde el punto de vista químico, el ADN es un polímero de nucleótidos, es decir, un polinucleótido. Un polímero es un compuesto formado por muchas unidades simples conectadas entre sí, como si fuera un largo tren formado por vagones. En el ADN, cada vagón es un nucleótido, y cada nucleótido, a su vez, está formado por un azúcar (la desoxirribosa), una base nitrogenada (que puede ser adenina→A, timina→T, citosina→C o guanina→G) y un grupo fosfato que actúa como enganche de cada vagón con el siguiente. Lo que distingue a un vagón (nucleótido) de otro es, entonces, la base nitrogenada, y por ello la secuencia del ADN se especifica nombrando sólo la secuencia de sus bases.

La disposición secuencial de estas cuatro bases a lo largo de la cadena (el ordenamiento de los cuatro tipos de vagones a lo largo de todo el tren) es la que codifica la información genética: por ejemplo, una secuencia de ADN puede ser ATGCTAGATCGC... En los organismos vivos, el ADN se presenta como una doble cadena de

nucleótidos, en la que las dos hebras están unidas entre sí por unas conexiones denominadas puentes de hidrógeno.

Para que la información que contiene el ADN pueda ser utilizada por la maquinaria celular, debe copiarse en primer lugar en unos trenes de nucleótidos, más cortos y con unas unidades diferentes, llamados ARN. Las moléculas de ARN se copian exactamente del ADN mediante un proceso denominado transcripción. Una vez procesadas en el núcleo celular, las moléculas de ARN pueden salir al citoplasma para su utilización posterior. La información contenida en el ARN se interpreta usando el código genético, que especifica la secuencia de los aminoácidos de las proteínas, según una correspondencia de un triplete de nucleótidos (codón) para cada aminoácido.

Esto es, la información genética (esencialmente: qué proteínas se van a producir en cada momento del ciclo de vida de una célula) se halla codificada en las secuencias de nucleótidos del ADN y debe traducirse para poder funcionar. Tal traducción se realiza usando el código genético a modo de diccionario. El diccionario "secuencia de nucleótido-secuencia de aminoácidos" permite el ensamblado de largas cadenas de aminoácidos (las proteínas) en el citoplasma de la célula.

Por ejemplo, en el caso de la secuencia de ADN indicada antes (ATGCTAGATCGC...), la ARN polimerasa utilizaría como molde la cadena complementaria de dicha secuencia de ADN (que sería TAC-GAT-CTA-GCG-...) para transcribir una molécula de ARNm que se leería AUG-CUA-GAU-CGC-...; el ARNm resultante, utilizando el código genético, se traduciría como la secuencia de aminoácidos metionina-leucina-ácido aspártico-arginina-...

Las secuencias de ADN que constituyen la unidad fundamental, física y funcional de la herencia se denominan genes. Cada gen contiene una parte que se transcribe a ARN y otra que se encarga de definir cuándo y dónde deben expresarse. La información contenida en los genes (genética) se emplea para generar ARN y proteínas, que son los componentes básicos de las células, los "ladrillos" que se utilizan para la construcción de los orgánulos u organelos celulares, entre otras funciones.

Dentro de las células, el ADN está organizado en estructuras llamadas cromosomas que, durante el ciclo celular, se duplican antes

de que la célula se divida. Los organismos eucariotas (por ejemplo, animales, plantas, y hongos) almacenan la mayor parte de su ADN dentro del núcleo celular y una mínima parte en elementos celulares llamados mitocondrias, y en los plastos y los centros organizadores de microtúbulos o centriolos, en caso de tenerlos; los organismos procariotas (bacterias y arqueas) lo almacenan en el citoplasma de la célula, y, por último, los virus ADN lo hacen en el interior de la cápsida de naturaleza proteica.

Existen multitud de proteínas, como por ejemplo las histonas y los factores de transcripción, que se unen al ADN dotándolo de una estructura tridimensional determinada y regulando su expresión. Los factores de transcripción reconocen secuencias reguladoras del ADN y especifican la pauta de transcripción de los genes. El material genético completo de una dotación cromosómica se denomina genoma y, con pequeñas variaciones, es característico de cada especie.

Adherencia: Es una palabra que se utiliza para definir si la persona sigue el tratamiento o lo abandona. En la Norma Técnica del MINSA está definida como el cumplimiento adecuado de la medicación antirretroviral, en un contexto social, afectivo-emocional y educativo. Está demostrado que se necesita que sea mayor al 95% para que asegure el éxito del tratamiento.

Adherencia Inadecuada: En la que el paciente toma los antirretrovirales, pero se olvida algunos días, o los toma en otras horas, o junta los de la mañana y la noche y los toma juntos.

Adherencia optima: Cuando la persona toma casi todas las pastillas que se le indicaron, a la hora que le tocaba y sin cambiar las indicaciones. Debe ser mayor al 95%, tal como ya se explicó.

Antirretrovirales: Medicamentos usados en el tratamiento del VIH SIDA. Se llaman así porque el virus del SIDA tiene la capacidad de formar ADN (Ácido Desoxi Ribonucleico) a partir de ARN (Ácido Ribonucleico), que en términos de lo que es natural implica *retroceder* en una cadena normal.

ARN: El ARN mensajero (ARNm o mRNA, este último de su nombre en inglés) es el ácido ribonucleico que contiene la información genética (el código genético) procedente del ADN del núcleo celular a un ribosoma en el citoplasma, es decir, el que determina el orden en que se unirán los aminoácidos de una proteína y actúa como plantilla o patrón para la síntesis de dicha proteína. Se trata de un ácido nucleico monocatenario, al contrario del ADN, que es bicatenario (de doble hebra helicoidal).

Todos los ARNm eucarióticos son monocistrónicos, es decir, contienen información para una sola cadena polipeptídica, mientras que en los organismos procariotas los ARNm son con frecuencia policistrónicos, es decir, codifican más de una proteína.

El ARN mensajero obtenido después de la transcripción se conoce como ARN transcrito primario o ARN precursor o pre-ARN, que en la mayoría de los casos no se libera del complejo de transcripción en forma totalmente activa, sino que ha de sufrir modificaciones antes de ejercer su función (procesamiento o maduración del ARN). Entre esas modificaciones se encuentran la eliminación de fragmentos (splicing), la adición de otros no codificados en el ADN y la modificación covalente de ciertas bases nitrogenadas. Concretamente, el procesamiento del ARN en eucariotas comprende diferentes fases:

Adición al extremo 5' de la estructura denominada caperuza o casquete (o CAP, su nombre en inglés), que es un nucleótido modificado de guanina, la 7-metilguanosina trifosfato, que se añade al extremo 5' de la cadena del ARNm transcrito primario (ubicado aún en el núcleo celular) mediante un enlace 5'-fosfato → 5'-fosfato, en lugar del enlace 3',5'-fosfodiéster habitual. Esta caperuza es necesaria para el proceso normal de traducción del ARN y para mantener su estabilidad; esto es fundamental para el reconocimiento y el acceso apropiado del ribosoma.

Poliadenilación: es la adición al extremo 3' de una cola poli-A, una secuencia larga de poliadenilato, es decir, un tramo de ARN cuyas bases son todas adenina. Su adición está mediada por una secuencia o señal de poliadenilación (AAUAAA), situada unos 11-30 nucleótidos antes del extremo 3' original. Esta cola protege al ARNm frente a la degradación, y aumenta su vida media en el citosol, de modo que se puede sintetizar mayor cantidad de proteína.

En la mayoría de los casos, el ARN mensajero sufre la eliminación de secuencias internas, no codificantes, llamadas intrones. Esto no ocurre en células procariontes, ya que estas no poseen intrones en su ADN. El proceso de retirada de los intrones y conexión o empalme de los exones se llama ayuste o corte y empalme (en inglés, splicing). A veces un mismo transcrito primario o pre-ARNm se puede ayustar de diversas maneras, y permite que con un solo gen se obtengan varias proteínas diferentes; a este fenómeno se le llama ayuste alternativo.

Ciertas enzimas parecen estar involucradas en la edición del ARN antes de su exportación fuera del núcleo, intercambiando o eliminando nucleótidos erróneos. Por esta razón, es posible decir que el plegamiento que sufre el ARNm momentos antes de la eliminación de los intrones le confiere una estructura secundaria que perderá, a su vez, en el momento en el que esos intrones sean eliminados.

El ARN mensajero maduro es trasladado al citosol de la célula, en el caso de los organismos eucariontes, a través de poros de la membrana nuclear. Una vez en el citoplasma, se acoplan al ARNm los ribosomas, que son la maquinaria encargada de la síntesis proteica. En procariontes, la unión de los ribosomas ocurre mientras la cadena de ARNm está siendo sintetizada.

Después de cierta cantidad de tiempo, el ARNm se degrada en sus nucleótidos componentes, generalmente con la ayuda de ribonucleasas.

Carga Viral: Es la cantidad de virus de VIH que se encuentra en la muestra de sangre que se toma a la PVV. Como se puede reducir, a mayor número de CV, peor pronóstico tiene la PVV, y viceversa.

CD4: Se refiere al número de linfocitos CD4 que se encuentran en la muestra de sangre que se toma en las PVVS. Los linfocitos son células del sistema de defensa humano, el sistema de inmune. A mayor número de CD4, mejor defendida esa la PVV, y viceversa.

Confidencialidad: Se refiere a un principio ético asociado con varias profesiones (por ejemplo, medicina, derecho, religión, psicología profesional, y el periodismo); en este caso, se habla de secreto

profesional. En ética, y (en algunos lugares) en Derecho, concretamente en juicios y otras formas de resolución de conflictos legales, tales como la mediación, algunos tipos de comunicación entre una persona y uno de estos profesionales son "privilegiados" y no pueden ser discutidos o divulgados a terceros. En las jurisdicciones en que la ley prevé la confidencialidad, por lo general hay sanciones por su violación. Se debe de tomar en cuenta el tema de VIH como un referente de confidencialidad basado en la normativa de ley.

Consejería: Acto en el que se brinda información y soporte a las PVV. Puede ser hecha por personal de enfermería, Trabajadora Social, psicólogo (a), consejero par, médico, debidamente capacitado en el tema de VIH.

Discriminación: se realiza una distinción contra una persona, y ello se traduce en un trato injusto sobre la base de su pertenencia (o la creencia de que pertenece) a un grupo particular. La discriminación, obviamente, puede expresarse en diferentes niveles: a nivel del individuo, por ejemplo, o a nivel de la comunidad o de la sociedad como un todo.

A nivel mundial, han existido numerosas instancias de expresión de la discriminación por VIH/SIDA. Incontables personas que viven con el virus (o que se cree que están infectados) han sido segregadas y marginadas en escuelas y hospitales; rechazados en empleos; denegados sus derechos de casarse y de conformar relaciones duraderas; requeridos a someterse a exámenes de VIH a partir de la realización de viajes, o incluso como requisito para retornar a su país de origen; negado su acceso a tratamiento con medicamentos; y atacados, o incluso asesinados, debido a su estatus como seropositivos.

Como resultado de esta discriminación, se violan los derechos de las personas que viven con el virus y la enfermedad (también resultan violados frecuentemente los derechos de sus familias), tan solo por el hecho de saberse o presumirse que tienen VIH/SIDA. Esta violación de los derechos multiplica el impacto negativo de la epidemia a todos los niveles.

Discordante: Es la personas que no tiene VIH y que mantiene una relación sentimental y sexual con una persona con VIH.

VIH Avanzado: Modificación realizada por la OMS para eliminar Sida del vocabulario ya que era estigmatizante y discriminatorio, determina la fase en que se encuentra el VIH en una persona

Infecciones oportunistas: Aquellas infecciones que se presentan en el VIH o VIH Avanzado, aprovechando que la inmunidad, o sea la capacidad de defenderse, disminuye.

Inmune/ Inmunidad: La capacidad de NO ser contagiado por algo. Normalmente los seres humanos somos inmunes, es decir: estamos protegidos, contra muchas enfermedades. Si alguien se contagia de VIH, en el momento que desarrolle VIH Avanzado, ya no estará protegido para las mismas enfermedades.

Inmunodeficiencia: Perder la capacidad de ser inmune; es decir: poder ser contagiado por algo. Es lo que ocurre en el VIH: la persona pierde la capacidad de defenderse ante las infecciones-

Período de ventana: Tiempo que pasa entre el momento de la infección por el virus y la producción de anticuerpos por el sistema inmune de la PVVS.

Estigmatización: En su acepción primigenia, es un señalamiento, una marca que lleva de por vida una persona, para significar que es distinto y por tanto inferior. Asociado con el VIH/sida, el estigma puede degenerar en castigo y violencia para quien lo porta, así como en la clandestinidad de la epidemia, lo que mermaría los esfuerzos de prevención, cuidado y apoyo.

EFAVIRENZ: Es un fármaco inhibidor de la transcriptasa inversa no análogo a los nucleósidos (ITRNN, NNRTI, por sus siglas en inglés) que se emplea como parte de la terapia antirretroviral altamente activa (TARAA, equivalente al inglés HAART) en el tratamiento de la infección por virus de inmunodeficiencia humana tipo 1 (VIH-1).

La forma estandarizada de tratamiento de pacientes seropositivos al VIH en el mundo entero es mediante el empleo de un coctel de medicamentos antirretrovirales. El Efavirenz forma parte de la primera opción para iniciar el tratamiento de la infección crónica por VIH en personas que no han recibido tratamiento previo, normalmente en

combinación con dos medicamentos de la familia de los inhibidores de la transcriptasa inversa análogos de los nucleósidos/nucleótidos]] (ITRAN e ITRANT), como la Zidovudina o la Lamivudina; o bien, con Tenofovir y Emtricitabina. El Efavirenz se emplea también en combinación con otros medicamentos antirretrovirales como parte del régimen profiláctico postexposición para prevenir la infección por VIH en aquellas personas expuestas que, por encontrarse expuestas a materias contaminadas con el virus, pudieran estar en algún riesgo de contraer la infección.

Modo de acción del Efavirenz

Los inhibidores de transcriptasa inversa —nucleósidos o no nucleósidos— actúan sobre el mismo objetivo: la enzima transcriptasa reversa que juega un papel esencial en la infección por VIH. Esta enzima permite la conversión del ARN del virus de inmunodeficiencia humana en ADN, aprovechando el ADN de los linfocitos T-CD4. En contraste con otros ITR que actúan directamente sobre el espacio activo de la transcriptasa inversa, los ITR no nucleósidos se adhieren a la transcriptasa inversa y evitan que el ARN del VIH se transforme en ADN. De esta manera, el virus no puede insertar su información genética en las células sanas y se evita su duplicación.

El Efavirenz es ineficaz contra el VIH tipo 2, porque la transcriptasa inversa de este tipo del virus posee una estructura distinta a la del VIH-1, lo que le confiere una resistencia intrínseca a los medicamentos de la familia de los ITRNN. En tanto que todos los antirretrovirales de la familia ITRNN poseen una estructura similar, las mutaciones del VIH que producen la resistencia al Efavirenz suelen producir también cepas resistentes a otros fármacos del mismo grupo, como la Nevirapina y la Delavirdina. La mutación más común al Efavirenz es conocida como K103N, que también es común en el caso de tratamientos prolongados con base en algún fármaco de la familia ITRNN.

FM: Fondo Mundial

HSH: Hombre que tiene sexo con otro hombre

ITS (ETS) : Infecciones de transmisión sexual (ITS) —también conocidas como enfermedades de transmisión sexual (ETS), y antes como enfermedades venéreas— son un conjunto de afecciones clínicas infectocontagiosas que se transmiten de persona a persona por medio del contacto sexual que se produce, casi exclusivamente, durante las relaciones sexuales, incluido el sexo vaginal, el sexo anal y el sexo oral. Sin embargo, pueden transmitirse también por uso de jeringas contaminadas o por contacto con la sangre, y algunas de ellas pueden transmitirse durante el embarazo o el parto, desde la madre al hijo.

La mayor parte de las enfermedades de transmisión sexual son causadas por dos tipos de gérmenes: bacterias y virus, pero algunas también son causadas por hongos y protozoarios.

MSPAS: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

OMS: Organización Mundial de la Salud

ONUSIDA: Organización de Naciones Unidas en la lucha contra el Sida.

Pandemia: La pandemia de VIH-sida es consecuencia de la difusión del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) alrededor del mundo. La presencia del virus está documentada en la mayor parte de los países del planeta, pero las tasas de prevalencia varían de país en país. Se desconoce cuál es el número total de personas afectadas por la pandemia, pues la mayor parte de los portadores del virus suele desconocer su situación hasta el momento en que presenta algunas enfermedades oportunistas.

Desde 1981 cuando fueron identificadas algunas manifestaciones del cuadro conocido actualmente como síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida), han muerto alrededor del mundo varios millones de personas. La mayor parte de las víctimas corresponde a África subsahariana, que concentra alrededor de dos tercios de los seropositivos al VIH en el planeta.

El constante crecimiento del número de infectados con el virus ha movilizado a gobiernos y sociedad civil en todos los países del mundo.

A nivel internacional, el Programa Conjunto de las Naciones Unidas para el VIH-sida (ONUSIDA) es una agencia que tiene como propósito coordinar las acciones globales destinadas al control de la pandemia. Además, en varios países existen entidades gubernamentales y civiles que cumplen las mismas funciones.

PEMAR: Población en más alto riesgo

PNS: Programa Nacional de Sida

Prevención primaria: prevención inicial antes de contraer una infección de transmisión sexual, VIH

Fomento de la Salud: Fomentar la educación sexual en comunidades, escuelas, programas de salud en hospitales, entre otros. La realización de estudios médicos constantes. Uso de métodos de protección contra enfermedades de transmisión sexual.

Protección Específica: Utilizar protección (como condones) en caso de tener contacto sexual con muchas personas o con personas que tengan múltiples compañeros sexuales. Cualquier persona que tenga sea VIH positivo debe evitar donar sangre, plasma, órganos o semen.

Deben evitar el uso de agujas y jeringas, teniendo en cuenta que al momento de utilizarlas estas deben de ser nuevas.

Prevención secundaria:

Diagnóstico precoz y tratamiento oportuno: Realizar los exámenes ELISA e inmunotransferencia para VIH, el cual detecta si se tiene VIH.

Combinación de medicamentos antivirales.

Realizar conteo sanguíneo completo (CSC) y formulas leucocitarias.

Limitación del daño: Para afirmar o descartar la existencia del SIDA, se debe realizar un conteo de CD4, donde un índice menor de 200 o un 14% no arrojará positivo.

Descartar enfermedades que sea indicadores de SIDA; aproximadamente 25 problemas médicos se consideran indicadores de SIDA como Sarcoma de Kaposi y Síndrome de Consunción. Si el paciente es diagnosticado con SIDA, se le aplica la Terapia Antirretroviral de Alta Actividad (TAAA), con el objetivo de disminuir la cantidad de virus en la sangre (carga viral), aumentar el recuento de linfocitos CD4, y de esta manera prolongar la vida y mejorar la calidad de vida del paciente con SIDA.

PVV: Siglas que se utilizan para identificar a las personas que viven con el VIH. No se tiene que 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 a la enfermedad

Serorrevertor: Aquella persona que tuvo un resultado confirmado positivo para VIH, y luego se confirma que ya no lo tiene. Es aplicado generalmente en los recién nacidos en quienes esto suele ocurrir por razones neonatales.

Seropositivo: Cuando un sujeto presenta anticuerpos frente al virus del SIDA se dice que es seropositivo. La seropositividad sólo indica que el sujeto ha entrado en contacto con el VIH y está infectado por él por lo que debe considerarse portador del virus y por lo tanto lo puede transmitir a otras personas. Sin embargo la seropositividad no indica que se padece SIDA ni predice la evolución hacia la enfermedad. Todo sujeto seropositivo permanece infectado, probablemente, de por vida; por ello debe tomar precauciones que disminuyan los riesgos de evolución hacia SIDA y eviten que otras personas se expongan al virus.

SIDA: Síndrome de inmunodeficiencia adquirida, conocido por su acrónimo sida, es el conjunto de enfermedades de muy diverso tipo

(generalmente, procesos infecciosos o tumorales) que resultan de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). El uso de medicamentos combinados puede controlar la replicación del virus y fortalecer el sistema inmunitario; la consecuencia es que la infección se convierte en crónica y no deriva en sida, algo que, en su evolución natural y en la mayoría de los pacientes, ocurriría, como media, a los diez años del contagio, produciéndose la muerte en un periodo de tres a cinco años.

Clínicamente, el sida es declarado cuando un paciente seropositivo presenta un conteo de linfocitos T CD4 inferior a 200 células por mililitro cúbico de sangre. En esta condición, el sistema inmune se halla gravemente deteriorado, de modo que el paciente queda expuesto a diversos procesos patológicos generados por un conjunto de infecciones oportunistas. Cuando las condiciones de los servicios médicos no permiten la realización de pruebas de laboratorio, se declara que un paciente ha desarrollado sida cuando presenta enfermedades que se consideran definitorias del síndrome.

TB: Tuberculosis

TRANS: define a una persona de un género masculino o femenino que piensa, cambia o vive como el género contrario.

Transmisión vertical: es la transmisión de una infección u otra enfermedad de la madre a su hijo inmediatamente antes y después del parto durante el período perinatal. La transmisibilidad de un agente patógeno se refiere a su capacidad para transmitirse verticalmente. El concepto de transmisión vertical es también usado en la genética de poblaciones para describir la herencia de un alelo o de una condición del padre o la madre.

La transmisión vertical tiende a evolucionar la simbiosis benigna. Por lo tanto es un concepto importante para la medicina evolutiva.

Debido a que la habilidad de un agente patógeno para transmitirse verticalmente depende directamente de la capacidad del huésped de reproducirse, su transmisibilidad tiende a ser inversamente proporcional a su virulencia. En otras palabras, los agentes patógenos

más dañinos reducirán la tasa de reproducción del organismo huésped y por lo tanto será menos probable que sea transmitido a sus hijos, ya que habrá menos de estos.

A pesar de que el SIDA a veces es transmitido en el período perinatal, su virulencia puede conocerse por el hecho de que su forma primaria de transmisión no es vertical. Además, la medicina ha reducido la frecuencia de la transmisión vertical del SIDA.

El precio pagado en la evolución de la simbiosis es gigantesco, por muchas generaciones, casi todos los casos de transmisión vertical continuarán siendo patológicos. Sobre todo si hay otras rutas de transmisión. Son necesarias muchas generaciones de mutaciones aleatorias y de selección para lograr evolucionar la simbiosis. Durante este tiempo, la gran mayoría de los casos de transmisión vertical exhibirán muestras de la virulencia inicial

Transcritasa: La transcriptasa inversa, transcriptasa reversa o retrotranscriptasa es una enzima de tipo ADN-polimerasa, que tiene como función sintetizar ADN de doble cadena utilizando como molde ARN monocatenario, es decir, catalizar la retrotranscripción o transcripción inversa.

Esta enzima se encuentra presente en los retrovirus. Su nombre obedece a que el proceso normal de la transcripción, la que se puede llamar "directa", codifica el ARN a partir de la secuencia inicial de ADN, y no al revés. Una forma sencilla de síntesis de ADN de doble cadena a partir de transcriptasa inversa, también llamada ADN/ARN-polimerasa dirigida, sería partir de un cebador cola de poli-T que establecería bases complementarias con la cola de poli-A del ARN transcrito de la hebra que se va a sintetizar, lo que forma un híbrido ARN/ADN.

Dicho híbrido podría separarse mediante ribonucleasas, y después, con la acción de una ADN-polimerasa y un nuevo cebador, ser completada la hebra de ADN de doble cadena. En la biología molecular y la bioquímica, la transcriptasa inversa, también conocida como ADN polimerasa dependiente de ARN, es una enzima ADN polimerasa que transcribe una sola cadena de ARN en una sola cadena de ADN. También ayuda en la formación de una doble hélice de ADN una vez que el ARN ha experimentado una transcripción

inversa en una sola cadena de cDNA. La transcripción inversa implica la síntesis de ADN a partir del ARN.

La transcriptasa inversa fue descubierta por Howard Temin en la Universidad de Wisconsin-Madison, y de forma independiente por David Baltimore en 1970 en el MIT. Los dos compartieron el Premio Nobel de Fisiología o Medicina en 1975 con Renato Dulbecco por su descubrimiento. Transcriptasas inversas bien estudiadas incluyen:

VIH: El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) es un lentivirus (de la familia Retroviridae), causante del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida). El virión es esférico, dotado de una envoltura y con una cápside proteica. Su genoma es una cadena de ARN monocatenario que debe copiarse provisionalmente al ADN para poder multiplicarse e integrarse en el genoma de la célula que infecta. Los antígenos proteicos de la envoltura exterior se acoplan de forma específica con proteínas de la membrana de las células infectables, especialmente de los linfocitos T CD4.

VIH Avanzado: Término utilizado para nombrar la fase siguiente del VIH, este término se utiliza en vez de Sida.

ZIDOVUDINA: Azidotimidina o AZT fue el primer medicamento antirretroviral (ARV), aprobado en 1987 como un medicamento indicado para personas infectadas con el VIH por su efecto retardador de la extensión de la infección por VIH, aunque no representa una cura y no garantiza la disminución de la cantidad de enfermedades relacionadas con la infección por VIH. La zidovudina no evita el contagio del VIH a otras personas.¹ Es comercializado bajo el nombre de Retrovir y Retrovis, y es un ingrediente en el Combivir, Epzicom y Trizivir. Es un análogo de la timidina.

La AZT fue originalmente ideada para tratar el cáncer, pero fue archivado después de haber demostrado ser ineficaz en el tratamiento contra el cáncer en ratones siendo altamente tóxico y mortal

La Zidovudina siendo un inhibidor nucleósido de transcriptasa inversa es considerado como eje básico de la terapia antirretroviral. Las dosis

recomendadas están disponibles para niños mayores de 6 semanas de edad.

No existen reglas absolutas acerca de cuándo iniciar la toma de tratamiento antirretroviral. El paciente y su médico deben tener en cuenta el conteo de células CD4, su carga viral, los síntomas que presenta el primero y su actitud acerca de la toma de medicamentos.

Si se toma Zidovudina con otros ARV, la carga viral puede disminuir a niveles sumamente bajos y su conteo de células CD4 puede aumentar. Esto significa que una persona podrá mantenerse saludable durante más tiempo.

Zidovudina fue el primer medicamento ARV que se aprobó y en consecuencia ha sido estudiado más que otros. Los medicamentos más nuevos han sido estudiados menos en comparación con zidovudina.

El "tratamiento temprano" (desde el principio) con Zidovudina ha sido estudiado en personas sin síntomas de enfermedad por VIH. Este estudio no demostró beneficio alguno con la toma de Zidovudina. Pero Zidovudina se usa como parte de una combinación de tratamientos en personas que han estado expuestas al VIH en su lugar de trabajo (pinchazo con una aguja o contacto con fluidos corporales).

Zidovudina reduce la transmisión del VIH de la madre a su bebé. Se receta Zidovudina a las madres VIH positivas a partir del 4º mes de embarazo hasta que el bebé nace y luego al recién nacido por 6 semanas.