



**Voces silenciadas, vidas transformadas: una mirada a la intervención psicosocial con
mujeres viviendo con VIH**

Damarys Natalia Gómez Martínez

Guiany Geraldine Martínez Claro

Trabajo de grado para optar al título de Trabajadoras Sociales

Yunia María Manco López , Magister en Terapia Familiar y de Pareja

Universidad de Antioquia
Facultad de Ciencia Sociales y Humanas
Trabajo Social
Medellín
2024

Cita

(Gómez Martínez & Martínez Claro, 2024)

Referencia

Gómez Martínez, D. N., & Martínez Claro, G. G. (2024). *Voces silenciadas, vidas transformadas: una mirada a la intervención psicosocial con Mujeres viviendo con VIH*. [Trabajo de grado profesional]. Universidad de Antioquia, Medellín.

Estilo APA 7 (2020)



Centro de Recursos para el Aprendizaje y la Investigación (CRAI) María Teresa Uribe

Repositorio Institucional: <http://bibliotecadigital.udea.edu.co>

Universidad de Antioquia - www.udea.edu.co

El contenido de esta obra corresponde al derecho de expresión de los autores y no compromete el pensamiento institucional de la Universidad de Antioquia ni desata su responsabilidad frente a terceros. Los autores asumen la responsabilidad por los derechos de autor y conexos.

Dedicatoria

El resultado de esta investigación se la dedicamos a la amistad construida a partir del mismo ejercicio, el cual aportó a nuestro reconocimiento, complicidad y compañía. Desencadenó en nosotras la posibilidad de dar todo nuestro potencial a partir del respeto y el cariño.

Agradecimientos

Agradecemos inmensamente a todas las mujeres que confiaron en nosotras y nos dieron el regalo máspreciado que fue su historia de vida, al pregrado de Trabajo Social que nos permitió juntarnos e investigar a partir de nuestros intereses, a nuestra asesora Yunia Manco por su tiempo y responsabilidad con el proceso, a nuestras compañeras y compañeros de la línea de profundización en intervención social quienes nos escucharon y ayudaron a co-construir direcciones para investigar, a Dani Betancur quien nos ayudó a orientar fines investigativos, al Hospital la María por la incorporación a sus procesos, a las profesionales de dicha institución que nos compartieron sus conocimientos, especialmente a la Trabajadora Social Sol que nos incluyó en sus estrategias. Finalmente, agradecemos a nuestras familias, parejas, amigos y amigas por apoyar y motivar el propósito de ser profesionales.

Tabla de contenido

Resumen.....	9
Abstract.....	10
Introducción	11
1. Planteamiento del problema.....	12
1.1. Contexto	12
1.1.1. Generalidades sobre el VIH	13
1.1.2. Origen del virus:	14
1.1.3. Cifras mundiales, de Colombia, Antioquia y Medellín:	15
1.1.4. Mujer y VIH.....	18
1.2. Antecedentes investigativos	21
1.3. Marco normativo	27
1.4. Marco institucional	28
1.5. Justificación.....	30
1.6. Objetivo general.....	31
1.7. Objetivos específicos	31
2. Referente teórico conceptual.....	32
2.1. Referente teórico.....	32
2.2. Referentes conceptuales	34
2.2.1. Intervención Del Trabajo Social.....	34
2.2.2. Intervención Psicosocial	37
2.2.3. Mujer.....	38
2.2.4. VIH	39
3. Metodología	41
3.1. Técnicas.....	43

3.2. Población.....	45
3.3. Momentos del proceso	45
4. Aspectos éticos.....	51
5. Hallazgos	53
5.1. Mujer y VIH	56
5.1.1. Historia de vida.....	56
5.1.2. Revelación del diagnóstico.....	60
5.1.3. Muerte	64
5.1.4. Cuerpo.....	65
5.1.5. Familia	66
5.1.6. Pareja.....	67
5.1.7. Maternidad	73
5.1.8. Amigos.....	75
5.1.9. Laboral	76
5.1.10. Sexualidad	78
5.1.11. Asimilación del diagnóstico	78
5.1.12. Acompañamiento Comunitario	81
5.1.13. Proyecto de vida	83
5.1.14 Percepción del Trabajo Social	85
5.2. Intervención psicosocial del trabajo social.....	86
5.2.1. Sujetas	86
5.2.2. Objeto de intervención.....	88
5.2.3. Enfoque teórico	97
5.2.4. Componente operativo	99
5.2.5 Aspectos éticos.....	107

5.2.6	Limitaciones.....	109
5.3.	Interdisciplinariedad	114
5.3.1.	Equipo interdisciplinario	114
5.3.2	Lugar que ocupa el trabajo social.....	116
6.	Discusión	118
7.	Lineamientos.....	129
8.	Conclusión	132
9.	Recomendaciones.....	134
	Referencias.....	135

Lista de Tablas

Tabla 1 Resumen de la epidemia mundial del VIH, 2022 16

Siglas, acrónimos y abreviaturas

VIH	Virus de la inmunodeficiencia humana
SIDA	Síndrome de la inmunodeficiencia humana
CV	Carga Viral
CD4	Linfocitos CD4, tipo de glóbulo blanco
PVV	Persona que vive con VIH
TARV	Terapia antirretroviral
PREP	Profilaxis preexposición
OMS	Organización Mundial de la Salud
SGSSS	Sistema general de seguridad social en salud
SIAU	Servicio de información y atención al usuario
IPS	Institución prestadora de salud
EPS	Entidad promotora de salud
GPC	Guía de práctica clínica
ITS	Infecciones de transmisión sexual
SIU	Sede de Investigación Universitaria
RASA	Red de Apoyo Social de Antioquia

Resumen

A través de las voces de mujeres que viven con VIH y del equipo interdisciplinario que las atiende, se hace posible reconocer el sentido que se le atribuye a la intervención del Trabajo Social en los procesos de atención psicosocial implementados en un programa especial de salud. Con el paso del tiempo el quehacer de la profesión se ha posicionado en un lugar diferente al de la caridad, sin embargo, con el afán del día a día se operativiza la intervención, dejando de lado la fundamentación teórica que es la base del accionar para impactar de una manera mucho más trascendental e intencionada en las usuarias, quienes están permeadas por condiciones específicas que influyen en el afrontamiento o no de su diagnóstico, por lo tanto, se apuesta por una atención que incorpore un enfoque de género que tenga presente las particularidades y el contexto que conforma la vida de estas mujeres, quienes atraviesan una realidad socialmente estigmatizada como lo es vivir con VIH.

Palabras clave: intervención, trabajo Social, mujeres, enfoque de género, VIH, interdisciplinariedad.

Abstract

Through the voices of women living with HIV and the interdisciplinary team that cares for them, it becomes possible to recognize the meaning assigned to the intervention of Social Work in the psychosocial care processes implemented in a special health program. With the passage of time, the work of the profession has positioned itself in a different place from that of charity, however, with the daily effort the intervention is operationalized, leaving aside the theoretical foundation that is the basis of action to Impact in a much more transcendental and intentional way on the users, who are permeated by specific conditions that influence whether or not they cope with their diagnosis, therefore, we are committed to care that incorporates a gender approach that takes into account the particularities and the context that shapes the lives of these women, who go through a socially stigmatized reality such as living with HIV.

Keywords: social work, women, gender approach, HIV, interdisciplinarity

Introducción

Esta investigación, que se realizó con el fin de obtener el título de trabajadoras sociales en la universidad de Antioquia, pretende dar a conocer el sentido atribuido a la intervención del Trabajo Social en procesos de atención psicosocial implementados en los programas especiales de salud con mujeres que viven con VIH.

Se centra la atención en conocer la intervención que ha tenido el Trabajo Social en el ámbito de la salud, concebida a través del tiempo como operativa, con el fin de resignificarla dándole la debida importancia a la fundamentación teórica que es la base del quehacer en este campo. Así mismo, las mujeres que viven con VIH se convierten en la población de interés para este estudio porque históricamente han sido vulneradas física, emocional, económica y socialmente por las dinámicas de poder basadas en sexo y género, además, el VIH ha sido un diagnóstico atribuido solo a poblaciones específicas (hombres que tienen sexo con hombres, personas que ejercen el trabajado sexual, usuarios de drogas inyectables) en las cuales las mujeres no han sido reconocidas y terminan siendo a nivel mundial, la población con mayor número de diagnósticos, por lo tanto, se hace necesario visibilizar que ésta es una condición que puede llegar a cualquier persona.

Para identificar el lugar que ocupa la intervención del Trabajo Social dentro del equipo interdisciplinario en los programas especiales de salud, se emplearon entrevistas semiestructuradas a sus profesionales y, para conocer las percepciones que tienen las mujeres que reciben la atención, se llevaron a cabo entrevistas en profundidad, esto con el fin de ubicar el quehacer del trabajador social en el sector salud y la concepción que tienen las personas sobre el mismo.

1. Planteamiento del problema

Como trabajadoras sociales en formación, se tuvo el interés en centrar esta investigación en el área de la salud, con el fin de resignificar la intervención profesional identificada desde el rastreo documental con un rol operativo, por lo tanto, a partir de la indagación en campo fue interesante confrontar lo explorado con la realidad práctica, para entender los puntos de fuga que se dan, como lo son la concepción caritativa y el poco reconocimiento de la profesión en el área, lo que más adelante fomenta crear lineamientos de estrategias en intervención que destaquen el quehacer del Trabajo Social.

Así mismo, el foco de interés fue dirigido hacia el grupo poblacional mujeres, por varias razones: primero, ser mujeres y sentir que intervenir en el sistema de salud no solo es un beneficio como profesionales sino también como usuarias del sistema. Segundo, porque en el rastreo que se hizo no se evidencia un enfoque de género en la atención a las mujeres sobre todo en quienes viven con VIH, normalmente se relaciona el virus con poblaciones de riesgo en las cuales están quienes ejercen el trabajo sexual o sobre todo hombres que sostienen relaciones sexuales con otros hombres, dejando a un lado a las mujeres que tienen prácticas sexuales consideradas de poco riesgo y que, sin embargo, terminan siendo diagnosticadas. Tercero, porque, de acuerdo a los datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), las mujeres son el grupo poblacional con más números de contagios a nivel mundial. Respecto a Colombia, la situación no es la misma, pero ante el desconocimiento sobre el tema y a la poca información que existe frente a la transmisión del virus, es preocupante que exista un alto índice de colombianas que no conozcan sobre el diagnóstico. Cuarto, y último, no se puede desconocer que históricamente las mujeres han sido vulneradas física, emocional, económica y socialmente por los ejercicios de poder basados en sexo y género, los cuales no son ajenos al sistema de salud, por lo tanto, se hace necesario que se visibilicen y el campo del Trabajo Social tiene herramientas importantes para aportar intervenciones con enfoque de género.

1.1. Contexto

Con el fin de hablar de los referentes contextuales, inicialmente, se presentan generalidades sobre el virus del VIH, para hacerlo es necesario utilizar términos médicos que den cuenta del

origen, desarrollo y las especificaciones del tema. Posteriormente, se muestra un esbozo histórico sobre el origen, luego se exponen cifras relevantes en relación con el virus: mundiales, de Colombia, de Antioquia y Medellín, finalmente se aborda la vulnerabilidad de las mujeres frente a dicho virus y la intervención psicosocial hecha desde el Trabajo Social hecha para ellas.

1.1.1. Generalidades sobre el VIH

El virus de la inmunodeficiencia humana-VIH ataca el sistema inmunitario de las personas y reduce la capacidad de defenderse de infecciones u otras enfermedades. A partir del diagnóstico, las personas que viven con VIH pueden conocer el estado del virus de acuerdo a los resultados de laboratorio en los que se analizan dos factores importantes, primero, la *Carga Viral* que es la cantidad de virus que existe en una muestra de sangre y segundo, la función inmunitaria que se suele medir mediante el recuento de *CD4*.

En el campo de la medicina existe una clasificación del virus de acuerdo a la *Carga Viral* (*CV*) y recuentos de *CD4* que tenga una persona, de forma general, National Institutes of Health (2021) presentan tres clasificaciones del virus: infección aguda, infección crónica y síndrome de la inmunodeficiencia adquirida -SIDA:

- **Infección aguda:** es la fase más temprana del virus, posiblemente las personas pueden presentar síntomas asociados a gripe como: fiebre, dolor de garganta o de cabeza. El virus se propaga rápidamente atacando los *CD4*. Durante esta fase la concentración del virus- *Carga Viral* es muy alta, lo que favorece la transmisión que se puede dar a través del intercambio de líquidos corporales de la persona infectada como la sangre, la leche materna, el semen y los fluidos vaginales.
- **Infección crónica:** es la etapa conocida como asintomática o de latencia, se considera la segunda y más estable, durante esta etapa el virus continúa multiplicándose en el cuerpo, pero sin presentar alertas que hagan suponer que está pasando algo, por lo tanto, sin el tratamiento adecuado, luego de aproximadamente 10 años la infección se puede agravar.
- **SIDA:** es la fase final y más grave del virus, puesto que debido al deterioro en el sistema inmune el cuerpo no puede defenderse de enfermedades oportunistas, además la

multiplicación del virus en la sangre se incrementa, por lo que aumenta el riesgo de transmisión.

Conviene subrayar que con un adecuado tratamiento se puede controlar el virus para no avanzar en etapas, logrando una indetectabilidad que permite a las personas tener una vida tranquila y en buen estado de salud a pesar de estar diagnosticadas con VIH. En concreto, la Organización Panamericana de Salud (s.f). Aclara que el tratamiento de las personas infectadas con el VIH es la *Terapia Antirretroviral* (TARV), la cual consiste en la combinación de medicamentos que suprimen la replicación del virus, reduce la probabilidad de que este desarrolle resistencia y ayuda a fortalecer el sistema inmune. Argumentan que el TARV reduce las tasas de mortalidad y morbilidad entre las personas infectadas por el VIH y mejora su calidad de vida. Los beneficios de la terapia también incluyen la prevención de la transmisión, pues según exponen *indetectable es igual a intransmisible*.

1.1.2. Origen del virus:

La infección por VIH constituyó un problema de interés mundial desde su aparición a finales del siglo XX, ha estado acompañado de conflictos sobre su origen y descubridores. De modo que:

Fue el 5 de junio de 1981 la primera vez que se habló oficialmente de la enfermedad cuando Gottlieb, Siegal y Masur, de la Facultad de Medicina de la Universidad de California, publicaron en el reporte semanal de morbilidad y mortalidad del Centro para el Control de Enfermedades de Atlanta, el informe de 5 casos de jóvenes homosexuales estudiados en 3 hospitales diferentes de Los Ángeles, que presentaban neumonía [...] El sistema inmunológico de estos jóvenes estaba debilitado o casi desaparecido y no había ninguna razón que lo justificara (Miranda y Nápoles, 2009, p. 64).

A partir de ese momento en Estados Unidos se implantó un sistema de vigilancia para la detección de nuevos casos, pues estaban convencidos de que se trataba de una nueva enfermedad.

Debido a que los primeros diagnosticados fueron hombres homosexuales, la enfermedad se relacionó solo con este grupo poblacional, por esta razón “la primera denominación que se le da es «Gay Cáncer», o «síndrome Gay»; también se le llamó «Peste Rosa», «Peste Gay», posteriormente, la rebautizaron inmunodeficiencia relacionada a homosexuales.” (Miranda y Nápoles, 2009, p. 65). El origen de la enfermedad se sustentó desde diferentes creencias, algunas religiosas y otras científicas, por ejemplo, que era un castigo de Dios por el pecado de la homosexualidad, pero ante la falta de casos de mujeres lesbianas contagiadas, la creencia perdió fundamento.

En cuanto a la patente sobre el descubrimiento de la enfermedad, se desató una polémica entre los países Francia y Estados Unidos por quién debía tener la patente, debido a que en los dos países se hicieron investigaciones lideradas por dos profesores diferentes. Para solucionar el conflicto, el presidente norteamericano y el primer ministro francés de la época acuerdan definir una doble paternidad a los descubridores Robert Gallo y profesor Montagnier.

En mayo de 1986, el Subcomité de Retrovirus del Comité Internacional de Taxonomía Viral, presidido por Harold Vornus, publicó en Science una carta donde se propuso el nombre de virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), el cual fue ampliamente aceptado por la comunidad internacional. (Miranda y Nápoles, 2009, p. 69).

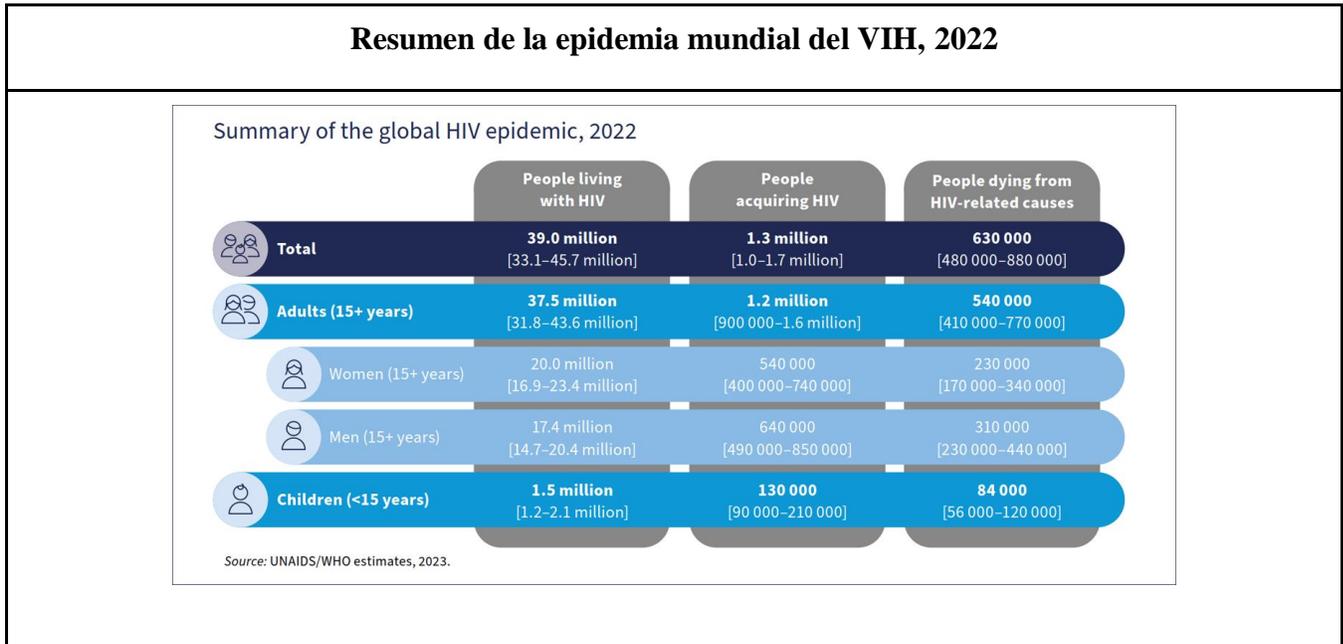
Actualmente, la infección por VIH se considera incurable, pero con el uso adecuado de la *Terapia Antirretroviral* se contiene dicha infección para que las personas puedan tener una vida completamente normal, sin desarrollar necesariamente un cuadro de SIDA.

1.1.3. Cifras mundiales, de Colombia, Antioquia y Medellín:

Respecto a las cifras, según la Organización Mundial de la Salud, a partir de ahora OMS, para el año 2022, 39.000.000 personas viven con VIH en todo el mundo, de las cuales 1.300.000 fueron casos nuevos diagnosticados para dicho año. Respecto a la cantidad de mujeres contagiadas, se ha mantenido a nivel mundial que el número de mujeres positivas supera al número de hombres, con una cantidad de 20.000.000 mujeres y 17.400.000 hombres, de los menores de edad se data de 1.500.000 niños y niñas viviendo con el virus.

Tabla 1

Resumen de la epidemia mundial del VIH, 2022



Nota: OMS: Datos y estadísticas del VIH, (2022). Fuente. <https://www.who.int/teams/global-hiv-hepatitis-and-stis-programmes/hiv/strategic-information/hiv-data-and-statistics>

En consecuencia, con las cifras de personas viviendo con VIH, la OMS ha publicado una serie de normativas que ayudan a los países a formular y aplicar programas, políticas o planes destinados a ampliar servicios de prevención, tratamiento y apoyo a las personas que lo necesiten para poner fin a la pandemia, combatiendo el incremento de casos nuevos en el mundo con programas como *95-95-95 Tratamiento para todos*, el cual tiene como objetivo que el 95% de las personas viviendo con VIH conozcan su estado serológico, es decir, la presencia de anticuerpos en la sangre, logrando así que el 95% de ellos reciban terapia antirretroviral continuada, sin interrupciones y esto ayude a que el 95% obtenga supresión viral.

En Colombia, mediante la Cuenta de Alto Costo, un organismo técnico no gubernamental del Sistema General de Seguridad en Salud, a partir de ahora SGSSS, creado por el Decreto 2699 de 2007, para realizar seguimiento de personas que viven con VIH (PVV), se da a conocer que en el país se reportaron 123.490 personas que viven con VIH en el año 2020, de estas 116.872 están activas en el SGSSS, de las cuales el 94.7% reciben *Terapia Antirretroviral*.

El Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, en el año 2021 actualizó la guía práctica para profesionales que atienden a personas que viven con VIH, con el fin de dar las

recomendaciones clínicas informadas en la evidencia para la prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de personas que viven con VIH. En consecuencia, establecen entre otras las siguientes recomendaciones generales:

- Parámetros para profilaxis pre-exposición (PREP) en personas sexualmente activas con riesgo substancial de infección por VIH con indicación de medicamentos, es decir, ante una exposición al virus poder acceder a un esquema antirretroviral que permita prevenir la transmisión.
- Oportunidad de acceso a pruebas diagnósticas rápidas o autotest, en caso de resultado positivo acceso a pruebas de tamizaje confirmatorias.
- Asesorías previas a las pruebas con el fin de fomentar la educación y el autocuidado.
- En personas con diagnósticos confirmados de VIH, inicio de la terapia antirretroviral lo más rápido posible para disminuir la propagación del virus en su cuerpo y la probabilidad de morbilidad y mortalidad.
- Oportunos cambios de la terapia antirretroviral por poca adherencia al tratamiento o alto grado de eventos adversos en personas positivas, dicho cambio debe hacerse por valoración y decisión del equipo interdisciplinario.
- La atención a las personas que viven con VIH debe realizarse por un equipo interdisciplinario integrado por: medicina experta, psicología, psiquiatría, nutrición, enfermería, trabajo social, química farmacéutica, odontología y personal encargado del cumplimiento bajo el liderazgo clínico de infectología.

Al mismo tiempo, es importante ubicar contextualmente datos sobre Antioquia, de acuerdo con el informe *Situación del VIH/SIDA en Colombia 2020*, publicado por la Cuenta de Alto Costo, en Antioquia hay una prevalencia de 21.493 personas que viven con VIH, de las cuales 3.750 son mujeres y 17.739 hombres. Frente a los anteriores datos, se hace énfasis en la ciudad de Medellín; según lo publicado en el portal del municipio en temas de salud, el Sistema de Vigilancia Epidemiológica -Sivigila- en 2019 reporta que en Medellín hubo 1.812 casos nuevos de VIH, de los cuales 256 fueron mujeres y 1.556 hombres, esto hace necesario implementar estrategias de salud encaminadas a una “vida sexual responsable” para prevenir enfermedades y dar garantía de acceso al tratamiento para que las personas diagnosticadas puedan tener calidad de vida.

La alcaldía de Medellín en el 2020, después del 1 de diciembre, día mundial de la lucha contra el VIH, aborda la importancia de realizar una adecuada gestión del riesgo en personas que viven y conviven¹ con VIH, lo que implica el diagnóstico temprano; el tratamiento oportuno a las personas confirmadas, de forma tal que se obtenga una *Carga Viral* indetectable. La estrategia que proponen se basa en hacer especial hincapié en el plan lanzado por el Ministerio de Protección Social *Indetectable igual a intransmisible*.

1.1.4. Mujer y VIH

Esta investigación se centró en el grupo poblacional: **mujeres**, de acuerdo con esto, es importante aclarar la vulnerabilidad que tienen ante la transmisión del virus, lo que puede crear resistencias de acuerdo a la localización geográfica y a las condiciones socio-económicas que disminuyen la probabilidad de acceder a los servicios de salud y a un oportuno tratamiento.

Para hablar de vulnerabilidad se cita a Herrera y Campero (2002) quienes en su artículo *La vulnerabilidad e invisibilidad de las mujeres ante el VIH/SIDA: constantes y cambios en el tema*, explican que desde la aparición de la pandemia se habló de ‘grupos de riesgo’, con el paso del tiempo, se entendió la connotación discriminatoria asociada al término, por lo que se pasó a hablar de ‘prácticas de riesgo’, posteriormente al incluir situaciones particulares y contextos, se propuso el término ‘condiciones de riesgo’ que dan lugar a hablar de vulnerabilidad. El concepto asociado al VIH respecto a las mujeres, de acuerdo a las autoras, revela condiciones estructurales de desigualdad social en las que viven las mujeres, lo cual es el principal factor de su vulnerabilidad, esta tiene varios rostros:

- **Biológico:** debido a que en las relaciones heterosexuales la mujer es más vulnerable a las infecciones por el hecho de ser penetradas, además la *Carga Viral* es mayor en el semen que en los fluidos vaginales.
- **Epidemiológico:** por algunos patrones de formación de pareja vigentes, en las que mujeres jóvenes mantienen relaciones sexuales y establecen pareja con hombres de mayor edad, lo

¹ Vivir con VIH se refiere a las personas diagnosticadas con el virus.

Convivir con VIH se refiere a quienes comparten espacios y experiencias con personas diagnosticadas.

que las hace propensas a adquirir infecciones por sexo desprotegido ante la falta de experiencia.

- Social y cultural: sobre todo porque las mujeres del Sur Global siguen teniendo menor acceso a la educación y al trabajo asalariado, lo que las vuelve dependientes de los hombres, esto, probablemente, les impida acceder a la información y a los servicios adecuados de salud.
- Género: principalmente, centrada en la categoría mujer se encuentran con mayor vulnerabilidad de contraer el virus las trabajadoras de la salud, las parejas sexuales de personas que viven con el VIH o de personas que tienen prácticas sexuales de riesgo, las expuestas a situaciones especiales de riesgo como abuso sexual, violencia y transfusiones sanguíneas sin precaución, las mujeres indígenas/rurales, migrantes o parejas de migrantes, las que están privadas de la libertad o son pareja de personas privadas de la libertad.

Al mismo tiempo, las estructuras de poder basadas en sexo y género adquieren un carácter opresivo que subordina a la mujer, de acuerdo con las autoras, la dominación masculina ha implicado el control de las capacidades reproductivas, productivas y sexuales de las mujeres

El ideal sexual femenino tradicional, en la mayor parte de las sociedades, espera ciertos comportamientos y actitudes en las mujeres que a su vez garanticen el control de la reproducción: virginidad antes del matrimonio –muchas veces confundida con la idea de inocencia y ésta con ignorancia de las cuestiones sexuales–, pasividad, no reconocimiento o expresión del deseo sexual, obligación de complacer a la pareja más allá de su propio deseo o voluntad, fidelidad sexual a la pareja y orientación a la procreación como principal motivo para ejercer la sexualidad (Herrera & Campero, 2002, p.58)

Lo anterior aumenta casos de VIH en mujeres que no conocen sobre el virus y que tampoco pueden vivir libremente su sexualidad, porque siempre están a merced de la satisfacción del hombre.

Igualmente, preferencias bisexuales ocultas de algunos hombres ponen en riesgo a la mujer, debido al rechazo a que un hombre rompa su estereotipo de macho dominante estando con otro hombre, según las autoras, esto obliga a algunos “a llevar una doble vida, teniendo en algunas

ocasiones prácticas homosexuales, al mismo tiempo que mantienen una imagen social de heterosexuales y ‘padres de familia’, incluso ante sí mismos” (Herrera & Campero, 2002, p. 558). Una situación similar ocurre con la idea de virginidad impuesta sobre las mujeres, que no les permite anticipar encuentros sexuales con las adecuadas condiciones de precaución.

Finalmente, exponen que la sexualidad femenina, marcada por las nociones del amor romántico, en el que se difunde la creencia de que la familia es un lugar seguro:

Implica, para muchas, un ideal de amor sin condiciones ni infidelidades por lo que el condón es visto como señal de pérdida de confianza en la pareja, haya o no fundamentos para tenerla [...] Estos factores agravan el problema de la falta de conciencia de riesgo en las mujeres, en especial las monógamas que basan su ideal de vida en el ideal de la pareja estable, la confianza y la supuestamente mutua fidelidad. (Herrera & Campero, 2002, p. 559).

A partir de esto, puede explicarse el incremento de mujeres con una única pareja sexual diagnosticadas con VIH.

El riesgo para las mujeres es resultado de la desigualdad social, ONUSIDA (2004) expone que el matrimonio y otras relaciones monógamas a largo plazo no las protegen del VIH, las consecuencias a costumbres y prácticas sexuales asumidas por hombres las deja en una posición de vulnerabilidad. Después del diagnóstico, según Arrivillaga et al. (2006), después de un estudio variable de mujeres diagnosticadas de VIH, expone que ellas presentan afectaciones psicosociales entre las cuales están la ansiedad y la depresión, sobre todo en quienes tienen hijos diagnosticados con el virus, asimismo, las que han renunciado a la posibilidad de embarazarse por miedo a contagiar al feto, igualmente, quienes no toman el TARV y aquellas que perciben efectos secundarios físicos y psicológicos en el tratamiento.

Por otro lado, “La vulnerabilidad social, cultural y económica en la que la mujer colombiana se ve involucrada es una condición que predispone [...] a una serie de estresores y alteraciones que afectan su bienestar emocional” (Arrivillaga, 2006, p. 663). Frente a este escenario, la intervención psicosocial se transformó en un apoyo para afrontar la desesperanza que viven cientos de mujeres, lo cual le ha dado al Trabajo Social un lugar privilegiado en la intervención, puesto que “el VIH-SIDA es reconocido como un problema macro social por toda la comunidad internacional.” (Labra, 2011, p. 42). Por consiguiente, el objetivo de acción del Trabajo Social se define a partir de los

problemas sociales, en virtud de lograr una transformación desde la intervención profesional, lo cual implica una reflexión crítica y analítica de la realidad.

Labra (2011) expone que históricamente el Trabajo Social ha tenido un lugar importante en la intervención psicosocial, desde su revisión documental, ubica dos formas de intervención destacadas con personas que viven con VIH; la individual o de caso y la grupal. La primera, la expone en tres etapas; se inicia con la *ventilación* que es un espacio para que las personas puedan expresar sus sentimientos y ansiedades frente al diagnóstico; más adelante la etapa de *información*, destinada a dar todas las claridades respecto a la infección, evolución del virus, tratamientos disponibles, instituciones que puedan existir en la comunidad para ofrecer ayuda; y, finalmente, la fase de *apoyo y referencia* que procura movilizar recursos internos y externos con el fin de integrar a la persona a la sociedad para que pueda seguir su vida cotidiana. La segunda forma de intervención, hace referencia a *objetivos terapéuticos y educativos* para la resolución de problemas y la intervención en crisis, el objetivo es generar redes de apoyo que rompan el aislamiento de las personas debido al diagnóstico, de igual forma, busca reducir niveles de ansiedad y tensión, brindar espacios para la expresión de emociones y sentimientos en ambientes de aceptación social a partir del intercambio de vivencias experimentadas.

En la intervención psicosocial el apoyo, principalmente de la familia, es esencial para enfrentar de manera positiva las enfermedades, de igual forma, la interdisciplinariedad permite abordar los problemas sociales desde un enfoque colectivo, en el caso de las mujeres que viven con VIH permite tratarlas de manera holística, mirando no solo su estado físico sino, también, las afectaciones sociales que en estos casos se centran en la estigmatización, la vulnerabilidad, las conductas de riesgo y los efectos adversos del TARV.

1.2. Antecedentes investigativos

Se inició una revisión documental en producciones hechas desde la Facultad de Ciencias Sociales y Humanas de la Universidad de Antioquia relacionadas con el tema de interés investigativo. Como resultado de esta búsqueda se presentan los antecedentes investigativos enfocados inicialmente en el virus por VIH sobre el cual se han hecho varias investigaciones, no solo desde el término médico sino también sobre los factores psíquicos, sociales, emocionales y económicos que conlleva un diagnóstico. Posteriormente, se centró la atención en investigaciones

sobre la intervención del Trabajo Social en instituciones de salud, con el fin de rastrear el papel del profesional en dichas áreas, teniendo como énfasis la intervención psicosocial. De acuerdo con esto se encontró lo siguiente:

Las estudiantes de Trabajo Social Daniela Echeverri y Manuela Mayo (2020) en su tesis de grado titulada *Participación de estudiantes en estrategias desarrolladas para la prevención del VIH/SIDA por Bienestar Universitario*. Abordaron el tema de VIH preguntándose por el conocimiento y participación de estudiantes en proyectos ejecutados por Bienestar Universitario sobre temas de sexualidad y amor saludable.

Sus resultados mostraron la principal estrategia en salud de Colombia: la promoción y prevención. En concordancia con esto encuentran el programa de Bienestar Universitario aplicándola con el fin de incentivar la participación de la comunidad estudiantil, fomentando la salud sexual y reproductiva, permitiendo que se conozcan las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH/SIDA, entre ellas están: talleres educativos, remisiones para la realización de pruebas de VIH, atención individual con psicología cuando se requiera, jornadas de bienestar con diversas actividades y juegos para la reflexión y sensibilización. Frente a la participación, mostraron un escenario desfavorable pues afirman el desconocimiento y desinterés existente alrededor del virus, es ubicado desde la creencia de ‘no es conmigo’, es decir, al no considerarse como parte de los grupos vulnerables o de riesgo, se cree no es necesario conocer sobre la prevención y cómo practicarla correctamente, lo que implica no acercarse y educarse frente al tema.

Se observó que la infección por VIH se ha abordado históricamente desde poblaciones de ‘riesgo’ centradas en hombres con prácticas sexuales homosexuales, en personas adictas a sustancias psicoactivas que comparten jeringas y en el caso de las mujeres en quienes ejercen el trabajo sexual, a partir de esto, quienes no se identifican con alguna de las poblaciones mencionadas, pueden creer que dicha infección es ajena, incluso imposible para ellos y ellas. El desconocimiento ha propiciado el incremento de casos. Por lo tanto, es importante enfatizar que las conductas sexuales de riesgo al VIH no están asociadas a una población en específico, sino a toda la población en general, pues se pueden llevar a cabo decisiones y acciones frente a la sexualidad que expongan al contagio.

Otras referentes son las estudiantes de trabajo social Carolina Aristizábal; Catalina Del Río y Marcela Quintero (2020) quienes en su tesis de grado *Experiencias de vida de mujeres que viven con VIH*, se preocuparon por comprender las representaciones sociales de mujeres VIH positivo

desde sus experiencias en la corporación Lazos de Amor, identificaron factores que las hacen vulnerables: el trabajo sexual, convirtiéndolas en un grupo altamente discriminado, pues al contagiarse se enfrentan a señalamientos sobre el merecimiento de su diagnóstico; la dependencia económica de la mujer frente al hombre con respecto a la propiedad la hace más vulnerable a la pobreza; las violencias, pues afirmaron que 8 de cada 10 mujeres viviendo con VIH fueron en algún momento víctimas de violencia intrafamiliar y/o sexual.

En sus resultados, a partir de los relatos de las mujeres entrevistadas trajeron a colación varias categorías de análisis: el cuerpo, referido al femenino como una construcción social basada en lo erótico, por lo cual tener VIH genera rechazo haciendo que sus experiencias con el cuerpo se vean afectadas al sentirse menos atractivas. Las vías de contagio, en sus hallazgos rompen con mitos asociados a las vías de transmisión de la infección por VIH que se relaciona con prácticas sexuales irresponsables, pues encuentran mujeres contagiadas por sus parejas estables. Violencia sexual, enfocada a que la mayoría de mujeres se sienten obligadas a mantener relaciones sexuales por complacer a su pareja, por miedo al abandono pues ya nadie las va querer. Cuidado personal, manifestado en ellas como autocuidado con la expectativa de tener más esperanza de vida para compartir con los otros. Ámbito familiar, destacando cambios en las dinámicas debido al secreto del diagnóstico, pues muchas temen revelarlo por miedo a ser rechazadas. Grupos de apoyo, vinculado al proceso de aceptación del diagnóstico, las redes de apoyo han sido importantes. Finalmente reflexionaron sobre la importancia del apoyo emocional frente a una infección con una carga social, que desencadena rechazo, señalamiento y aislamiento.

Se consideró importante nombrar la investigación de las estudiantes de psicología Jessika Vanessa López, Carolina Isabel Martínez y Diana Cristina Lara (2020), quienes en su trabajo de grado *implicaciones en el autoconcepto ante la experiencia del diagnóstico de VIH en un grupo de personas del Bajo Cauca Antioqueño* a través de entrevistas semiestructuradas realizadas en una población de tres personas con edades entre los 20 y 60 años, recogieron información sobre lo que pasa desde antes del diagnóstico del VIH, situaciones, procesos, sentimientos, emociones e interacciones experimentadas a partir de las vivencias particulares y las implicaciones que éstas tienen en el autoconcepto.

Los resultados obtenidos fueron que el autoconcepto influye mucho en el avance del proceso adaptativo y mejoramiento de la salud, además aspectos importantes que influyen en éste son: la familia, lo emocional, lo laboral, lo social y el físico. Por otra parte, lo que afecta el

autoconcepto es la forma para relacionarse sexualmente, porque “se generan todo tipo de temores, angustia, sentimientos de culpa y situaciones incómodas al tener que afrontar la sexualidad, que sin duda tiene un gran impacto a raíz del diagnóstico” (López, Martínez & Lara, 2020, p. 89), por lo que se deben afrontar situaciones que afectan y se reflejan en el comportamiento frente a lo social, pues se toma una posición evitativa o de ocultamiento del diagnóstico para evitar el rechazo; sin embargo, por contar con una red de apoyo significativa, los participantes de esta investigación afirman positivamente el cambio físico que tuvieron, debido a que “la enfermedad hizo que cuidaran más de su cuerpo con una buena alimentación, ejercicio y se aceptaran tal cual son, como consecuencia de esto realizan mejores prácticas a nivel integral con el cuidado de su salud física y mental”. (López, Martínez & Lara, 2020, p. 96).

Siguiendo la línea de los estigmas sociales y las experiencias de vida de personas diagnosticadas con VIH, la estudiante de sociología Laura Vanessa Isaza, en su trabajo de grado *Vivir la vida deseada: historias de vida de personas diagnosticadas con VIH en Medellín, Colombia, 2017*, a través de una investigación cualitativa construyó historias de vida de personas diagnosticadas con VIH en Medellín, para brindar una interpretación sobre su vivencia y la salud, buscando reivindicar el lugar central de la vida, en reflexión sobre la producción de salud y así superar la visión de vida limitada a la ausencia de la enfermedad.

Los resultados que obtuvieron fueron: el estudio y el ejercicio profesional son significativos porque es un refugio, genera calma y ven a través de esto la posibilidad de tener una ‘vida bonita’, ampliando visiones de vida y nuevas formas de ver el mundo. A partir de esto, se logra la transformación de los significados relacionados con el VIH: concebirlo como algo más ‘sencillo’ no necesariamente asegura una muerte próxima, “conocer las formas de controlar el virus y asumir que se puede seguir disfrutando de la vida aún con esta condición ha permitido que no se eclipse o anule la importancia de los demás aspectos valiosos de sus vidas”. (Isaza, 2017, p. 140)

En esto juega un papel fundamental la familia y personas cercanas, por medio del apoyo facilitan que las personas diagnosticadas valoren su salud y tomen una actitud de tranquilidad frente a la vida, cuidando del propio cuerpo y transformando los significados relacionados con el VIH, además permite “comprender e incluir en la salud algunas necesidades específicas de la condición y nuevas normalidades para dar respuesta a esta, como lo es el tratamiento farmacológico” (Isaza, 2017, p. 142), permitiendo controlar el virus y así tener una mejor calidad de vida.

Se ubicó también a la profesora Beatriz Elena Arroyave (2018), quien en su tesis de doctorado *Cotidianidad e imaginarios sociales en sujetos con VIH – SIDA en tratamiento antirretroviral* se preocupó por comprender los imaginarios sociales construidos alrededor del VIH-SIDA, en las narrativas personales de pacientes, familias y personal de salud que los y las atiende.

En sus resultados se encontraron los factores políticos-económicos de algunas poblaciones con menores recursos y baja posibilidad de acceder a tratamientos eficaces que condicionan atenciones frente a la infección. De igual forma, el diagnóstico acarrea consecuencias emocionales, económicas y sociales que se contradicen con los derechos humanos fundamentales promulgados en el país. Siguiendo esta línea, alude a que si existe ocultamiento del diagnóstico ante la sociedad por parte de pacientes y familias es porque hay discriminación y esto se constata con los relatos que insinúan una condición de vergüenza favoreciendo el aislamiento de la sociedad, encuentra una contradicción entre lo que se dice y se hace socialmente con el VIH.

Durante el proceso de búsqueda empezó a tornarse repetitiva la información en cuanto a las connotaciones negativas asociadas al VIH y las implicaciones personales para las personas que viven con dicha infección, por lo tanto, se hace un pare y se enfoca la atención en la búsqueda sobre la intervención profesional del Trabajo Social en el campo de la salud.

Como referentes investigativos sobre la intervención de Trabajo Social en el ámbito de la salud, se mencionan a las estudiantes Diana Alejandra Bustamante, Liliana Andrea Cardona y el estudiante Massio Andrés Mesa (2009), quienes en su trabajo de grado titulado: *Intervención de trabajo social frente a la problemática de niños y niñas con cáncer y sus familias en el contexto actual de la salud enmarcada en la ley 100 de 1993*. Se enfocaron en la intervención profesional desde la mirada de profesionales sociales y el equipo interdisciplinario que atiende a niños y niñas con cáncer.

A pesar de no estar enfocada a la infección por VIH, fueron consideradas, porque entre sus hallazgos relatan que las enfermedades además de presentar componentes físicos y orgánicos, tienen otros psicológicos y sociales, por lo tanto, en el diagnóstico, evaluación, tratamiento y prevención del componente social, se hace necesaria la presencia de Trabajo Social. A partir de lo anterior, encontraron el campo de intervención del Trabajo Social en el área de la salud centrado en generar procesos de apoyo social y familiar para quienes lo requieran, además dicha labor debe

ir encaminada no sólo a fortalecer los asuntos relacionados con los niveles de promoción y prevención, sino también a realizar acompañamiento en recuperación y rehabilitación.

Sus resultados investigativos ubicaron al Trabajo Social vinculado dentro de los equipos interdisciplinarios de salud en lo concerniente a los procesos asociados con el entorno social desde dos aspectos el individual y el familiar, en el primero, se encargan de hacer la vinculación a un tratamiento psicológico o en algunos casos psiquiátrico de acuerdo a la afiliación en los planes de salud, además durante los tratamientos se hace seguimiento y evaluación permitiendo ver la evolución presentada por niños, niñas o familias. En el segundo, identifica los cambios generados al interior del núcleo familiar por la presencia de la enfermedad, hace procesos de concientización permitiendo llevar a cabo el tratamiento requerido para pacientes, también activa redes interinstitucionales para ofrecer recursos carentes en los hospitales, a partir de estudios socioeconómicos previos.

También se encontró la tesis de grado Desempeño profesional del/a trabajador/a social en el campo de la salud en la ciudad de Medellín, en las instituciones hospitalarias: Hospital Universitario San Vicente de Paúl, Unidad Hospitalaria Diego Echavarría San Antonio de Prado, Hospital Pablo Tobón Uribe 2007 de las estudiantes de Trabajo Social María Elena Valencia y Diana Patricia Villa (2008) identificaron el rol del Trabajador Social en estas instituciones de carácter público y privado haciendo un contraste con la evolución de éste dentro de cada institución.

Los resultados de esta investigación hallaron: en el Hospital Universitario San Vicente de Paúl el Trabajo Social ha dado un giro porque inicialmente era muy asistencial enfocado únicamente al paciente enfermo, actualmente está enfocado a la atención integral teniendo en cuenta factores internos y externos influyentes en el proceso de recuperación de la enfermedad, teniendo un mayor conocimiento del paciente y de sus entornos.

En la Unidad Hospitalaria Diego Echavarría Misas también se ha evolucionado en cuanto a las funciones del Trabajo Social, se pasa de la asistencia a una “gestión, intervención y evaluación a nivel individual, sociofamiliar, grupal y comunitario de la población objeto de la ESE Metrosalud, incidiendo de manera objetiva y efectiva en los procesos de salud – enfermedad, para mejorar su calidad de vida”. (Valencia & Villa, 2008, p. 91), además realizaron propuestas para lograr espacios de intervención integral.

En el Hospital Pablo Tobón Uribe el Trabajo Social desde siempre ha estado unido al equipo médico, este se ha considerado de vital importancia porque desde sus conocimientos aporta a los diagnósticos y genera propuestas de intervención, siendo integral, porque se tiene en cuenta todo el entorno de los pacientes y se vincula a la familia en los procesos y tratamientos de este.

Se evidenció que ha trascendido el rol del Trabajo Social, pasando de lo asistencial a lo integral, según ellas se tiene en cuenta “el entorno sociocultural, familiar, ambiental, laboral, académico, entre otros, y se implementan otros modelos y propuestas de intervención acordes con el contexto y la realidad social en que nos desempeñamos como Trabajadores/as Sociales en el campo de la salud”. (Valencia & Villa, 2008, p. 112). Lo que se ha logrado gracias a profesionales comprometidos en su intervención y en su capacidad crítica reflexiva, permiten proponer y mirar desde diferentes perspectivas las realidades sociales que se intervienen.

Por otra parte, los estudiantes de trabajo social Maryory Abello y Juan Guillermo Gallego (2007) en su trabajo de grado *intervención psicosocial, una aproximación desde el trabajo social*, a través de entrevistas y sondeos de opinión a estudiantes y profesionales de Trabajo Social e instituciones, identificaron los ejes estructurales asociados con la intervención psicosocial y la manera en que se ha asumido y resignificado lo psicosocial en la práctica profesional para responder a demandas y desafíos del Trabajo Social en la contemporaneidad.

Encontraron que lo psicosocial teóricamente está más construido en Europa y Estados Unidos, en contextos como el colombiano obedece más a la práctica que a lo teórico, orientado a la “atención de emergencias, crisis, al restablecimiento de derechos, a la educación y al trabajo terapéutico, por tanto, difícilmente se ve un trabajo de diagnóstico psicosocial, de prevención y promoción de los fenómenos y de las problemáticas que se atienden”. (Abello, M & Gallego, J. 2007. p. 99), lo que hace necesario asumir el reto de ir más allá de la asistencia y generar acciones encaminadas a que los sujetos se empoderen y defiendan sus derechos.

1.3. Marco normativo

A continuación, se presentan los antecedentes normativos que regulan la atención en salud a personas con VIH en Colombia, por lo tanto, las leyes establecidas para estas son:

- **Constitución política de Colombia-1991, Artículo 49:** establece que la atención en salud está a cargo del Estado, todas las personas deben tener garantía de acceso a servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.
- **Sentencia T-031 del 2021,** se establece el derecho a la igualdad de oportunidades, defendiendo los derechos laborales de las personas diagnosticadas con VIH/SIDA, protegiendo la privacidad del diagnóstico y regulación de la relación entre IPS y futuro empleador.
- **Sentencia C-248 del 5 de junio de 2019,** por la cual la Corte constitucional declaró inexecutable la Ley 599 del 2000 que aprobaba el delito por la propagación del VIH o de la Hepatitis B, porque se consideró que éste era discriminatorio hacia quienes la padecen y afecta al libre desarrollo de la personalidad.
- **El concepto jurídico 59676 de 2014,** declara que queda prohibido pedir pruebas de VIH para el ingreso a un puesto laboral, acceder a servicios de salud, entrar al país o a cualquier actividad política, cultural, social, económica y religiosa.
- **La ley 972 de 2005,** en esta se adoptan normas para que el Estado Colombiano mejore la atención a la población que padece enfermedades catastróficas, en especial el VIH/SIDA; en esta ley se estipula que el Estado y el Sistema General de Seguridad Social en Salud-SGSS garantizará el suministro de medicamentos, reactivos y todos lo necesario en cuanto a la medicina para el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades catastróficas; las entidades de salud no se pueden negar a dar la atención requerida a los pacientes diagnosticados con VIH/SIDA o con enfermedad catastrófica.
- **La resolución 1995 de 1999,** aquí se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica, específicamente el Artículo 14, habla de la privacidad de la historia clínica, por lo que ninguna persona está en la obligación de revelar su diagnóstico y tampoco se puede compartir sin su consentimiento, se debe mantener en reserva legal.

1.4. Marco institucional

Para este trabajo investigativo es importante hablar sobre los programas especiales en salud, los cuales son paquetes especializados para la atención en salud que atienden de manera integral e integrada algunas patologías de alta complejidad como lo es el VIH, por medio de

acompañamiento, educación y seguimientos. A continuación, se mencionan algunos de estos programas especiales ubicados en la ciudad de Medellín:

Programa VIDA en Sies Salud (Sociedad Integral de Especialistas en salud), iniciado en el año 2006 con atención integral del paciente con VIH/SIDA a través de actividades de promoción y prevención, guía de prácticas clínicas GPC, equipo multidisciplinario experto en esta patología, se hace seguimiento y mejora continua para lograr el éxito en la atención.

También el programa *UT VIH/VIR* del Hospital La María presta servicios de salud integrales a las personas y a sus familias, atiende a pacientes de la EPS Savia Salud el cual contiene: consulta médica especializada por médicos y grupo interdisciplinario para dar una atención integrada en VIH, ayudas diagnósticas de laboratorio, suministro de medicamentos, actividades de promoción y prevención, está en la búsqueda constante de pacientes y población especial, como lo son personas no adherentes, farmacodependientes y habitantes de calle.

Tiene atención multidisciplinaria, además, cuenta también con suministro de medicamentos, suplementos y complementos alimentarios. De igual forma se llevan a cabo programas de prevención, promoción y gestión del riesgo, tales como capacitación y talleres sobre uso del condón (femenino y masculino), entrega de preservativos, talleres sobre autocuidado del VIH y otras ITS, convocatorias a jornadas de tamizaje para VIH, medios impresos sobre maneras de prevenir la infección por VIH, direccionamiento sobre rutas para acceder a servicio de profilaxis por exposición.

Por último, está el programa *Salud en casa* de Sura, este consiste en brindar acompañamiento y atención integral a personas que viven con VIH o SIDA, quienes son atendidos por: médicos expertos, nutricionistas, trabajadores sociales, químicos farmacéuticos, enfermeros y psicólogos. Aquí se entrega de manera oportuna los medicamentos y se hace seguimiento para impactar positivamente en la prevención de enfermedades oportunistas, mejorar adherencia y la calidad de vida de los pacientes.

1.5. Justificación

Investigar sobre la intervención psicosocial del trabajo social en mujeres viviendo con VIH, es importante inicialmente, porque el VIH es un tema del que poco se habla por la carga social y las connotaciones negativas asociadas a muerte. Además, las mujeres a nivel histórico han sido un grupo poblacional vulnerado por los ejercicios de poder basados en sexo y género, los cuales no son aspectos ajenos al sistema de salud.

Se considera que esta investigación impacta a varios sectores: para quienes escriben, el realizar este trabajo aporta herramientas para pensar en la intervención social en el campo de la salud fundamentada en enfoque de género, lo cual da experiencia para un futuro profesional. A las mujeres, el ponerlas en un lugar privilegiado y reconocerlas como sujetas importantes en la sociedad, permite a parte de reivindicar el papel de ellas en la sociedad, develar las vulneraciones a las que han sido sometidas y posiblemente a las que siguen siendo, por lo tanto, aportar lineamientos para la atención en salud con un enfoque de género a futuro puede desencadenar una atención especializada que reconozca sus particularidades. Al departamento de Trabajo Social, porque los resultados de la investigación resaltan el lugar del Trabajo Social en un campo de intervención importante. A la facultad, da aportes para una mirada social no solo médica de un virus como lo es el VIH.

Se estima que esta investigación contribuye a poner en el discurso cotidiano el tema del VIH, con el fin de fomentar desde el Trabajo Social la prevención, pero sobre todo a deslegitimar prácticas discriminatorias frente a la ignorancia sobre el tema. Beneficia a todas las personas que accedan a la información aquí recopilada, porque aparte de generar conocimiento sobre el virus, devela una realidad mundial cotidianamente ignorada, ya que cuando las personas no se sienten identificadas con los denominados grupos de riesgo, se predisponen, creyendo que esto no los va a tocar, cuando la realidad es que solo por el hecho de tener una vida sexual activa se puede desencadenar la transmisión de cualquier enfermedad o infección.

1.6. Objetivo general

Interpretar el sentido atribuido a la intervención del Trabajo Social en procesos de atención psicosocial implementados en los programas especiales de salud con mujeres que viven con VIH.

1.7. Objetivos específicos

- Conocer las percepciones de las mujeres que viven con VIH sobre la atención psicosocial recibida en los programas, de acuerdo a sus experiencias personales con el diagnóstico, a los deseos y a las necesidades que tienen.
- Indagar sobre la intervención psicosocial que realiza el Trabajo Social en los programas especiales de salud con mujeres que viven con VIH.
- Describir el lugar que ocupa la intervención de trabajo social desde la mirada de los equipos interdisciplinarios en los programas especiales de VIH.
- Aportar lineamientos de acción para una estrategia de intervención psicosocial con perspectiva de género a partir de los hallazgos investigativos.

2. Referente teórico conceptual

2.1. Referente teórico

Para esta investigación se consideró relevante al abordar el grupo poblacional **Mujeres**, traer a colación la **Teoría Feminista** pues esta se ha encargado de comprender, explicar, interpretar y desmontar el lugar que se le ha dado a la mujer en la sociedad y en la ciencia. Se tomaron en cuenta tres teóricas feministas Elizabeth Gross, Margot Pujal y Martha Patricia Castañeda.

Castañeda (2008) afirma que el feminismo académico constituye la revolución epistemológica del siglo veinte desde una mirada interdisciplinaria de la ciencia para comprenderla, explicarla y cuestionar conocimientos que se han sustentado en condiciones de opresión hacia las mujeres. De acuerdo a lo anterior, se refiere a la investigación feminista que ha sido principalmente cualitativa y pretende documentar a partir de diferentes campos de conocimiento, el papel que ha tenido la ciencia en cuanto a aportes para el sostenimiento de la desigualdad de géneros.

La autora afirma que la epistemología feminista visibiliza el binarismo del conocimiento que posiciona a los hombres como sujetos de conocimiento y a las mujeres como objetos del mismo, en concordancia con esa violencia epistémica se han fundado las teorías sobre la sociedad, dichas históricamente han otorgado a la mujer un lugar subordinado, además en los casos en los que se ha demostrado la inteligencia y el poder creativo de las mujeres se las ha acusado de algún delito, en la “Edad Moderna serían consideradas ‘brujas’. Con este término surgió una categoría social de mujeres sometidas a procesos de persecución, exclusión y exterminio cuya justificación ideológica fue su demonización” (Castañeda, 2008, p. 28). El género se ha tomado como una categoría para generar hipótesis, interpretaciones y conocimientos relativos a capacidades o habilidades construidas en torno al sexo.

Margot Pujal (2007) expone que en la sociedad existe una ‘normalidad’ en la que se representa al varón y género masculino como fuerte, autosuficiente e inteligente. Por otro lado, a la mujer y el género femenino como frágil, dependiente y emocional, a partir de esas concepciones se regulan relaciones de poder entre los sexos, respecto a esto, afirma que “gracias al movimiento feminista la ‘normalidad’ que tiñe las relaciones cotidianas entre los sexos en los diferentes ámbitos se ha empezado a percibir como no tan ‘normal’.” (Pujal, 2007, p. 12).

Es importante aclarar que dicha autora aborda el feminismo desde dos miradas, una como movimiento y otra como teoría. El movimiento lo define como el encargado de conducir a una transformación, haciendo visibles mecanismos que reproducen contingencias sociales y cuestionar vivencias cotidianas como si fueran identidades naturales. La primera visualización grande se da con el movimiento sufragista femenino, a partir de allí se crean varias ramas del mismo, más adelante, con el fortalecimiento de un movimiento que pedía redefinir conceptos de igualdad social en términos jurídicos y sexuales, se logró en los años 70 y 80 reivindicar derechos de los que sólo gozaban los hombres. Para esta época se asocia la idea del feminismo con un movimiento de igualdad.

Sobre la teorización, Pujal expone que se tuvo el apoyo de algunas profesionales y universitarias que empezaron a profundizar el movimiento feminista en lenguajes académicos, con el objetivo de proponer esas discusiones en la formación y en currículos académicos, todo este avance según la autora posibilitó que se elaboraran nuevas teorías que permitieran analizar por qué la sociedad tomó como verdad el lugar inferior de la mujer y esto se reprodujo como lo ‘normal’.

De igual forma, sobre la teoría, Pujal hace una diferenciación entre el feminismo liberal, socialista y radical. Relata sobre la primera corriente que primaba un pensamiento enfocado en que la desigualdad entre los sexos se daba por la discriminación legal y jurídica ejecutada por el Estado, lo anterior, tendría solución cuando hombres y mujeres compartieran las mismas responsabilidades en el ámbito privado y público, así la mujer lograría su emancipación. Del segundo, se sustenta que el sistema es patriarcal porque el modo de producción está controlado por la persona que aporta los ingresos monetarios a la familia, generalmente el hombre adulto, de acuerdo a esto, consideran que la emancipación de la mujer se logrará cuando se ponga fin a la diferencia de clases sociales. Del tercero, sostiene que el sistema patriarcal es entendido como fenómeno histórico de control de mujeres por parte de hombres, esta teoría reivindica el papel de la mujer en la ciencia no solo en la corriente tradicional, sino también desde los sentimientos, las emociones y el cuerpo como bases para la producción de un conocimiento. Para esta teoría la emancipación de la mujer se logrará con una reconstrucción radical del sistema para recuperar el control.

Gross (1995) explica que los rasgos característicos de la teoría feminista son que las mujeres se convierten en el punto focal de la teoría e investigación, en cuanto a que han sido teóricamente ignoradas, ahora se conceptualizan igual que los hombres en términos socioeconómicos e intelectuales relevantes, igualmente crítica elementos de los discursos

patriarcales sin desconocer las estructuras y suposiciones fundamentales epistemológicas o políticas del mismo.

La autora afirma que la teoría feminista no planea incluir a las mujeres en todo el desarrollo teórico y científico que se ha dado, porque esa mirada haría que muchas teorías sufrieran trastornos. Manifiesta que en muchos discursos no hay espacio para acomodar la inclusión y participación de las mujeres, por lo tanto, a partir de lo escrito en el transcurso de la historia se pueden hacer nuevos análisis desde mujeres sujetas o productoras de conocimiento. “Las feministas no parecen tan dispuestas a encasillar a las mujeres en categorías y espacios teóricos patriarcales preexistentes; más bien, la vida y experiencias de las mujeres proporcionan los criterios con los que se juzgan los textos patriarcales”. (Gross, 1995, p. 89). Así pues, las feministas no se conforman solo con expulsar elementos patriarcales de las teorías, sino que intentan introducirse en éstas para comprender cómo funcionan y ejercen dominación sobre ellas, “Ahora ya no condenan o aceptan simplemente ciertos discursos, sino que los analizan, examinan y cuestionan” (Gross, 1995, p. 90). Desde una propuesta antisexista se obliga a tener un conocimiento de los paradigmas teóricos dominantes y su historia para dejar de ser una simple reacción o crítica ante ellos, todo esto con el fin de establecer distancia teórica y plantear alternativas viables que demuestran que los discursos patriarcales no son modelos neutrales, universales, ni correctos sino el efecto de las posiciones políticas e intereses específicos ocupados por los hombres.

2.2. Referentes conceptuales

Con el fin de dar claridades que permitan comprender el objetivo de esta investigación, se definieron cuatro referentes conceptuales que fundamentan la misma, los cuales son: la intervención del Trabajo Social, intervención psicosocial, mujer y VIH.

2.2.1. Intervención Del Trabajo Social

Desde la reconceptualización del Trabajo Social a mitad de la década de los 60, se afirma que la intervención profesional debe sustentarse teóricamente para revalorizar su lugar, además para lograr que sea pertinente, relevante, significativa y aporte a la especificidad profesional. De acuerdo con lo anterior Rosa María Cifuentes define la intervención como: “una forma de acción

social, consciente y deliberada, que se realiza de manera expresa, integra supuestos ideológicos, políticos, filosóficos, con propuestas metodológicas” (Cifuentes, 2005, p. 5). Esta tiene unos componentes: objetos, sujetos, intencionalidades, fundamentación teórica y propuestas metodológicas.

Zabala (2019) en su Artículo *Apuntes de intervención en lo social: lo histórico, lo teórico y lo metodológico*, cita a Carballada para definir la intervención social como:

Una forma de comprender desde el otro, al explicar el presente, pero como un sujeto histórico, capaz de dialogar y cuestionar aquello que forma parte de su mundo cotidiano. En otras palabras, es analizar la historia del sujeto que da cuenta de su constitución inmersa en una trama sociohistórico y, por otra parte, la construcción de saberes y discursos que legitiman el orden social. (Zabala, 2019, p. 287)

Viendo lo social como un todo. Respecto a la especificidad de la profesión disciplinar del Trabajo Social, se han propuesto discursos en cuanto a los campos de acción profesional, frente a esto, Alfredo Carballada (2008) habla de la *intervención en lo social*, ya que dicha está situada en una realidad concreta, se refiere a los espacios microsociales que implican miradas a lo local y la búsqueda de singularidades en los escenarios en concordancia con la relación macrosocial, además propone lo solidario, lo histórico y lo lúdico como ejes de intervención

De acuerdo a nuestro tema de investigación referimos la intervención profesional del Trabajo Social en un campo de acción específico que es *la salud*, frente a esto Carballada (2008) en su libro *Salud e intervención en lo social* hace una compilación de artículos, en el que la licenciada Susana Cazzaniga habla de la intervención del trabajo social en el campo de la salud, en donde al trabajador social se le da la misión asistencial realizando funciones como suministro de pasajes al paciente, resolver cuestiones de medicamentos, realizar trámites legales, entre otras cosas; pero es gracias a:

La capacidad de argumentar, la rigurosidad teórica, la intervención responsable, posiciona de otra manera y otorga condiciones para el ejercicio de poder, en este caso poder decir, poder hacer, poder construir. Son las prácticas sociales diferentes las que logran remover las representaciones sociales, por lo que las prácticas profesionales fundadas y coherentes

permitirán recuperar desde otro lugar a trabajo social en un equipo de salud. (Carballeda, 2008, p. 167)

Es a través de la rigurosidad que tiene el Trabajo Social haciendo diagnósticos, su conocimiento sobre la vida cotidiana y de la relación con la población los que dan las bases para que desde el trabajo social se propongan proyectos que vayan mucho más allá del asistencialismo.

Frente a la Intervención de Trabajo Social en temas de salud, está relacionada con un proceso que tiene dos objetivos generales que son: prevenir la infección y transmisión del VIH; dar soporte psicosocial a los ya infectados a sus familiares y amigos. Para la época de 1990 el VIH por el número de casos se consideró un problema de salud pública, por lo tanto, la intervención se enfocó en antes de la prueba, con orientaciones sobre historias de vida de personas que los hace vulnerables a contraer la infección. Luego de los resultados, si es negativo se trabaja sobre modificaciones de conductas de alto riesgo y asesoría sobre prácticas sexuales responsables. Cuando el resultado es positivo en privado y de manera confidencial se le permite a la persona asimilar la noticia y se le aclaran todas las dudas que presentan al respecto, después de un proceso de aceptación, se activan redes que les permita acceder al tratamiento oportuno.

Por otra parte, Jasone Mondragón e Isabel Trigueros (1999) en el libro *Manual de prácticas de trabajo social en el campo de la salud* mencionan la importancia del trabajo social en la atención a personas con SIDA, pues estos se enfrentan a una difícil situación, están en una lucha para tener una estabilidad emocional y el hecho de tener que compartir el diagnóstico con la familia, la pareja y los amigos. Es por esto que:

Las funciones del trabajador social están encaminadas a la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, atención al individuo/familia para ser sujetos activos de su recuperación y de su rehabilitación. [...] lleva a cabo funciones asistenciales, investigativas, de docencia, Educación para la salud, formativas, de evaluación y registro. (Mondragón & Trigueros, 1999, p. 123)

Siendo importante abarcar todos los aspectos para encontrar soluciones específicas a los problemas.

Finalmente, desde la corriente teórica del feminismo se presenta la categoría “experiencia de las mujeres [...] como un mecanismo que posibilita la intervención localizada de las mujeres en lo que se refiere a la ciencia y a la tecnología.” (Castañeda, 2008, p. 56). La potencialidad que la corriente feminista descubre sobre el contexto, se debe en mayor parte a la resignificación que hacen de las experiencias de diferentes mujeres. Así la particularidad de la teoría feminista es una apuesta por transformar los campos conceptuales ya existentes y contribuir en el ámbito científico para que sea producto de intervenciones favorables para las mujeres.

2.2.2. Intervención Psicosocial

Uno de los enfoques relevantes de la intervención profesional de Trabajo Social en el sector salud, es el *enfoque psicosocial*, pues la Organización Mundial de la Salud- OMS “entienden la salud no sólo como la ausencia de enfermedad, sino como un estado de equilibrio y bienestar con componentes físicos, psicológicos y sociales” (OMS,s.f,párr.1), por lo que no se puede atender al ser humano como si estuviera alejado de la sociedad y solo centrarse en la enfermedad y en la prevención de ésta, sino que es necesario velar por el bienestar físico, psicológico y social de las personas.

El antecedente de este enfoque desde Trabajo Social es el propuesto por Mary Richmond en el método de estudio de caso, definido como: “El servicio social de casos individuales es el conjunto de métodos que desarrollan la personalidad, reajustando consciente e individualmente al hombre a su medio social” (Richmond. 1992. P. 67) para esto propone comprender en los seres humanos las individualidades, características personales, recursos, peligros, influencias del medio social y encaminar las acciones de manera directa desde la profesión e indirecta desde lo que ofrece el medio social.

Los estudiantes de trabajo social Luis Fernando Castrillón Alzate y Juan Felipe Alzate Giraldo, en su monografía de grado Lo Psicosocial, una aproximación conceptual y metodológica desde la perspectiva de la Gerencia de los Proyectos Psicosociales...una construcción disciplinar abordan la intervención psicosocial como “conjunto de acciones que realizan algunos profesionales con el fin de incidir en las diversas dinámicas sociales y los efectos psicológicos de diferentes problemáticas, con el fin de restablecer la vida desde todas las dimensiones” (Castrillón,1999, p.

55), estas intervenciones se dan analizando las relaciones que cada persona tiene con su medio y así poder mitigar los riesgos del individuo, de su familia, de su comunidad y de su entorno laboral.

Por otra parte, Vicente, et. al. (2016) en su proyecto sobre género y psicología social, habla de la intervención psicosocial con enfoque de género, como un modelo de intervención que crea estrategias integradoras con una perspectiva crítica de la realidad, pretende estar en torno al bienestar y a la igualdad entre todos, esta tiene en cuenta el contexto histórico, las condiciones individuales de cada persona que está inmersa en la intervención y el género como constituyente de las relaciones entre los individuos.

Es una intervención dinámica y flexible que busca potenciar en los actores sociales sus habilidades y competencias para afrontar situaciones, permitiendo que sea el protagonista de su propio proceso de cambio al tomar un papel activo dentro de este. Se considera a las mujeres como personas que tienen derechos y oportunidades, siendo:

La incorporación del enfoque de género indispensable para alcanzar los objetivos primordiales de la intervención psicosocial: la igualdad y el bienestar de las personas que desde la perspectiva feminista significa la existencia de la absoluta oportunidad de derechos entre todas las personas y (...) la libertad solo se consigue mediante la igualdad. (Vicente, et.al. 2016. p. 8)

una igualdad entre hombres, mujeres y todos los oprimidos.

2.2.3. Mujer

Socialmente se relaciona con la feminidad, tener unas características físicas específicas (órganos reproductores internos, senos desarrollados, caderas anchas, etc.), ser madre, esposa, ama de casa. Castellanos Gabriela (2008), cita a Mackinnon para mencionar que socialmente el problema de la mujer es que, al estar relacionada con la feminidad, se le atribuye el significado de atractivo sexual que hace referencia a “disponibilidad sexual en términos definidos por los hombres. Lo que define a la mujer como tal es lo que atrae a los hombres. Las niñas buenas son ‘atractivas’, las malas son ‘provocadoras’.” (1982. P. 531), reconociéndose e interiorizándose así mismas de manera identitaria como seres sexuales existentes para los hombres.

Hasta hace poco la mujer como género era mencionada de forma ocasional, frente a esto, pensadoras feministas han ideado y planteado nuevas alternativas para definir a la mujer. Alcoff define el ser mujer como estar en una “posición cultural que nos induce a tomar, consciente o inconscientemente, una serie de actitudes frente a lo que nuestra cultura nos exige como la conducta y las características ‘femeninas’” (Castellanos. 2008. p. 9), poniéndola en un lugar en el que toma posición política, que construye su propia identidad como mujer, independiente de lo que culturalmente se quiere imponer como la única forma de serlo.

Asimismo, mencionando a Lauretis, ser mujer radica por un lado en los hábitos que se dan debido a la interacción cultural y, por otro lado, la posición interna que se va tomando de manera personal, por lo que se pueden evidenciar que mujeres de “determinadas culturas y época presentan determinadas tendencias, sin suponer que tenemos que ver en ellas la evidencia de una ‘esencia femenina’ universal”. (Castellanos. 2008. p. 9).

2.2.4. VIH

Según la Organización Mundial de la Salud- OMS:

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) ataca el sistema inmunitario y debilita los sistemas de defensa contra las infecciones y contra determinados tipos de cáncer. A medida que el virus destruye las células inmunitarias e impide el normal funcionamiento de la inmunidad, la persona infectada va cayendo gradualmente en una situación de inmunodeficiencia. La función inmunitaria se suele medir mediante el recuento de linfocitos CD4. (OMS. 2021, párr. 2)

Al tener debilitado el sistema inmune se pueden contraer infecciones y enfermedades, como el cáncer u otras que pueden ser graves.

Se toma la definición presentada en el artículo de la revista científica *Perfil Epidemiológico del VIH en Latinoamérica* (2019), la cual aclara que el virus se puede transmitir por diferentes vías: la sexual sea vaginal o anal, mediante el intercambio de fluidos; de igual forma por transfusiones sanguíneas o en el uso compartido de jeringas contaminadas; finalmente, de una madre infectada durante el embarazo mediante la placenta, durante el parto por contacto de sangre y fluidos o en la

lactancia. Los autores asocian el riesgo de transmisión a prácticas sexuales inseguras por el no uso de preservativos y falta de higiene que puede potenciar varias infecciones.

Desde la perspectiva feminista, se cuestiona que la identificación temprana del VIH se haga en grupos de hombres blancos homosexuales y/o usuarios de sustancias psicoactivas intravenosas, lo cual deja a un lado otros grupos poblacionales en riesgo como lo son las mujeres, las cuales representan actualmente el grupo poblacional más alto de infectadas por el virus, las consecuencias para ellas son considerables debido al lugar tradicionalmente asignado como jefas del hogar, si a eso le añadimos la feminización de la pobreza, en la que la mayor prevalencia está en mujeres y madres cabezas de familias, se puede comprender las consecuencias no solo para la salud individual sino para quienes hacen parte de su círculo primario, por otro lado, los embarazos no deseados en adolescentes incrementan la transmisión perinatal. Teniendo en cuenta que la maternidad y el cuidado representa valores sobre los cuales muchas mujeres han construido su identidad, para muchas “estas funciones se verán seriamente amenazadas por la imposibilidad de tener hijos libres del VIH, por la culpa de no ser fuente de sustento sino de enfermedad, o por la inminencia de la muerte.” (Barquet, 1992, p. 103).

3. Metodología

El Trabajo Social ha construido su intervención a partir de la reflexión centrada en paradigmas, estos han sido conceptualizados como la forma en la que los sujetos ven el mundo, es decir, como definen la realidad, la controlan y delimitan. Además, los paradigmas permiten tener una percepción más objetiva de los problemas a estudiar, “el paradigma científico constituye un conjunto de ideas que orientan y organizan la investigación científica de una disciplina (Trabajo Social) haciéndola comunicable y modificable al interior de una comunidad científica que utiliza el mismo lenguaje.” (Castro; Chavez & Vásquez, 2014, p. 24). Las realizaciones científicas universales le han permitido al Trabajo Social cambiar las formas de abordar la realidad, aportando maneras de entender y hacer las cosas, lo cual, no se ha centrado solo en la comprensión y guía de acción, sino en el corazón de la intervención profesional.

La presente investigación se situó en el paradigma interpretativo comprensivo, interesado en los fenómenos humanos a través del mundo cotidiano de los sujetos, según Castro, Chávez y Vásquez (2014) “La realidad es creada desde la subjetividad del sujeto, por lo tanto, la realidad social no es fija ni estática.” (p. 49). Este paradigma se interesa por ubicar y orientar la interpretación subjetiva de las personas mediante la comunicación, también permite incorporar en la ciencia social categorías como vida cotidiana, necesidades sociales, sujeto (a) y actor(a) social, lo que corresponde a los objetivos particulares de esta investigación, permitiendo así no sólo entender una realidad social, sino construir propuestas de trabajo capaces de preservar las demandas sociales emergentes en la cotidianidad de mujeres.

De igual manera, una de las tradiciones que se inscriben en dicho paradigma es la tradición comprensiva, “hay pues un interés legítimamente científico, serio y disciplinado, que busca comprender más profundamente las situaciones para orientar la práctica social, la práctica personal, la práctica del grupo o de la clase dentro del proceso histórico.” (Vasco, 1990, p. 13). En esta investigación se tuvo el interés de comprender a fondo la realidad de mujeres que viven con VIH, así mismo, el lugar que tiene el Trabajo Social en los procesos de atención psicosocial con ellas, esto para aportar lineamientos que permitan orientar la práctica profesional.

Para lograr lo anterior, esta investigación tuvo un enfoque cualitativo, su análisis se centró en las experiencias de mujeres y de profesionales de manera inductiva, con el fin de comprender realidades sociales. De acuerdo con Taylor, et.al (1987) “La frase *metodología cualitativa* se refiere

en su más amplio sentido a la *investigación que produce datos descriptivos*: las propias palabras de las personas habladas o escritas y la conducta observable.” (P. 19). Con este enfoque analizó el contexto y a las personas como un “todo-con-sentido” (Vasco, 1990, p. 11). Se consideró que todas las perspectivas eran valiosas, porque no se buscaba demostrar una verdad, sino tener una comprensión detallada desde la experiencia de las personas, por lo tanto, la interacción con las informantes se hizo de manera natural y no siguiendo instructivos que condicionaran las formas de hablar. Posteriormente, en el momento investigativo de analizar datos, se quiso llegar a una comprensión de las personas dentro de un marco experiencial, con el fin de entender la realidad de la misma manera de quien la experimenta a diario.

Centrar la investigación en las mujeres que viven con VIH permitió dar voz a personas que raramente son escuchadas, además de conocerlas en lo personal para comprender lo que ellas viven cotidianamente en el contexto social, escuchándolas hablar desde sus propias experiencias, “*La investigación cualitativa es un arte*. Los métodos cualitativos no han sido tan refinados y estandarizados como otros enfoques investigativos” (Taylor, et.al, 1987, p. 23) sin embargo, permite una aproximación al conocimiento directo de la vida social.

Para guiar esta metodología, se tomó la teoría hermenéutica, la cual tiene antecedentes griegos en los que se define el hermeneuta como el traductor o intérprete, según Vasco (1990), en investigación, frente al interés de ubicar y orientar también puede tener lugar “el aspecto hermenéutico, es decir, el deseo de interpretar la situación.” Así pues, en esta investigación se hizo una interpretación global de una realidad social con el fin de comprenderla y darle sentido a una práctica profesional coherente con las luchas cotidianas de mujeres que viven con VIH.

Para hacer una interpretación Gadamer (1998) expone: “el arte de la hermenéutica no consiste en aferrarse a lo que alguien ha dicho, sino en captar aquello que en realidad ha querido decir.”. (P. 60). Es decir, consiste en ir más allá de lo que se dice en el presente, no se trata solo de reproducir lo que las mujeres dijeron sino de dar un sentido a sus palabras, al tono, a los gestos y a todo el entramado que se da en la conversación.

El método que se utilizó fue la historia de vida la cual permitió conocer la cotidianidad de las mujeres a través de sus relatos, sus anécdotas, sus gestos y expresiones que, al mismo tiempo, dan cuenta de la relación entre la historia personal y su día a día en el contexto social, se reflejó cómo ha sido su vida en ámbitos como: la pareja, la familia, los amigos, la salud y lo profesional, antes del diagnóstico del VIH, actualmente viviendo con él y en sus proyectos de vida futuros.

Según Puyana, et. al (1994) el contar la historia de vida permite conocer a los sujetos que la protagonizan, sus gustos, las preferencias que tienen, las sensaciones, la interacción que se da con el momento en que se desenvuelven los acontecimientos, el lugar de estos y los procesos vividos. En esta:

están presentes tiempos y espacios diferentes. En primer lugar, el tiempo del entrevistado; esto es, de quien acepta ‘contar su historia’ y reconstruir sus experiencias pasadas con los ojos del presente (...) en segundo lugar, el tiempo del investigador, quien reelabora y sistematiza la información a partir de las hipótesis e interpretaciones orientadoras del proceso de conocimiento. (p. 188)

Es importante resaltar que el reconstruir la historia de vida es algo que tiene mucho significado para quien es entrevistado porque vuelve a adentrarse en esa realidad vivida, le da sentido a esta y la pone en el presente, reconociendo lo que significa también este acontecimiento para su futuro.

3.1. Técnicas

Las técnicas que se llevaron a cabo para la recolección de la información fueron: la entrevista en profundidad y la entrevista semiestructurada.

Para la reconstrucción de las historias de vida de las mujeres que viven con VIH se hizo la entrevista en profundidad, la cual constó de un encuentro sin límite de tiempo entre las entrevistadoras y las entrevistadas, fue dirigido a comprender las diferentes perspectivas de las mujeres frente a sus vidas y sus experiencias.

Según Taylor, et.al (1987) “las entrevistas en profundidad siguen un modelo de una conversación entre iguales, y no de un intercambio formal de preguntas y respuestas. (...) el rol implica no sólo obtener respuestas, sino también aprender qué preguntas hacer y cómo hacerlas” (p. 100), fueron conversaciones flexibles y abiertas orientadas por la pregunta de investigación, fue necesario generar un ambiente de confianza para que la entrevistada se sintiera en completa libertad de expresarse, no se hicieron preguntas cerradas, se evitó dirigir en exceso la conversación y se permitió que la entrevistada fuera quien hablara. Cabe mencionar que el tiempo de la conversación

fue mientras se sostuvo fluidamente sin generar agotamiento y finalmente, cuando la información empezó a ser repetitiva, fue muestra de que no era necesario ahondar más.

Se estimó para finalizar los encuentros con las mujeres, realizar una colcha de retazos como reflexión final, la cual "se basa en representaciones en las que las y los sujetos reconocen y exteriorizan sus sensaciones, experiencias, sentimientos, intenciones y expectativas frente a su vida cotidiana, donde se pretende que se manifiesten los aspectos más significativos para las personas". (Quiroz et al, 2002, p. 69). Esta técnica se planeó para dar cuenta de las emociones, los sentimientos, los procesos y las percepciones que las mujeres tienen frente a las situaciones que viven en su cotidianidad. La idea era realizarla de manera individual en el último encuentro que se tuviera para la construcción de información y se trataba de plasmar en un retazo sentimientos, expresiones y vivencias con relación a su diagnóstico en el proyecto de vida actual. Dicha reflexión sería entregada a las investigadoras, quienes se encargarían de unir cada uno de los retazos para formar así la colcha final. Esta técnica no se realizó debido a inconvenientes para acordar otros encuentros con varias mujeres por sus tiempos personales, por lo tanto, se tuvo en cuenta que se había abordado información de esta técnica durante las entrevistas y se decidió omitir en este punto del proceso investigativo.

En cambio, se participó en dos encuentros de grupos de escucha en el Hospital la María, en el primero la Trabajadora social explicó a personas asistentes, el objetivo de la presencia de las investigadoras en el espacio, para conocer si estaban de acuerdo o no. Luego se hizo la presentación formal, se narró un poco sobre el trabajo investigativo, después cada persona se presentó, algunos cuentan sobre su experiencia personal, los años con el diagnóstico y lo efectivo que es el grupo de escucha para sus vidas. En el segundo encuentro, las investigadoras tuvieron un espacio para dirigir una actividad de reflexión con propósito de cerrar el año, en este espacio se realizaron dos actividades que permitieran a las personas agradecer por todo lo bueno y malo que les pasó hasta el momento y por los aprendizajes que tuvieron a raíz de esto, aquí hablaron de lo agradecidos que estaban con la entidad de salud, con la vida por permitirles estar aquí, celebraron estar indetectables, por conocer a compañeros y compañeras del grupo de escucha, pidieron para el nuevo año seguir aliviados, tener mucha salud, así mismo, compartir con familiares y amigos.

Por otro lado, para conocer cómo es la intervención psicosocial que se lleva a cabo en el campo de la salud, se hizo entrevista semiestructurada a diferentes profesionales que hacen parte del equipo interdisciplinario (médicas, psicólogas, trabajadoras sociales) para la atención de

mujeres que viven con VIH, con el fin de conocer el quehacer de cada una de ellas y el lugar que se le da a la intervención del Trabajo Social.

Este tipo de entrevista facilitó que la entrevistada pudiera expresar sus opiniones y profundizar en sus respuestas. Las entrevistadoras contaron con un guión base para dirigir el encuentro, este pudo variar de acuerdo a las respuestas que se iban obteniendo, profundizando sobre algunos aspectos y generando nuevas preguntas que entrelazan temas o respuestas, por lo que las entrevistadoras debieron estar atentas para que la conversación se diera de una forma fluida y natural.

3.2. Población

La población participe en esta investigación se conformó por mujeres que viven con VIH, profesionales de Trabajo Social y otras que hacen parte del equipo interdisciplinario para la atención psicosocial.

La entrevista a profundidad se realizó a 5 mujeres que viven con VIH y son atendidas por el equipo interdisciplinario del Hospital la María, también a 2 que son atendidas en Sies Salud y 3 en Sura, se indagó por cómo ha sido su proceso de salud y la atención recibida, también, por cómo ha sido su vida antes y después del diagnóstico en los diferentes ámbitos (pareja, familia, amigos, salud y profesional).

Por otro lado, se hizo la entrevista semiestructurada a las 5 trabajadoras sociales, 2 psicólogas y dos médicas que hacen parte del equipo interdisciplinario del Hospital la María para la atención integral de mujeres que viven con VIH, el fin fue conocer su quehacer y el sentido atribuido a la intervención del Trabajo Social en los procesos de atención psicosocial implementados en la institución, de igual forma, se contó con la participación de 1 trabajadora social que interviene con población habitante de calle diagnosticada y con 1 médica que trabajó con la población en los años 90.

3.3. Momentos del proceso

El desarrollo de la presente investigación, se llevó a cabo en cinco etapas que a su vez se dividen en diferentes actividades y se concretaron en la siguiente ruta:

Planeación: teniendo claro el tema de interés investigativo de las autoras de este trabajo, se planteó un cronograma que permitió el desarrollo del mismo, ejecutando las siguientes actividades:

Construcción planteamiento del problema de investigación:

Rastreo bibliográfico sobre los antecedentes investigativos, teóricos, contextuales y normativos referentes al tema de interés en la biblioteca Carlos Gaviria de la Universidad de Antioquia y en el repositorio digital de la Facultad de Ciencias Sociales y Humanas de la misma universidad.

Recopilación de información rastreada en fichas bibliográficas con la información obtenida de las fuentes de consulta.

Redacción de manera coherente y ordenada a partir de lo aprendido desde las lecturas hechas del contexto en el que surge la investigación. Posteriormente, de los antecedentes investigativos que se han realizado en la Universidad de Antioquia relacionados con el tema, de igual forma sobre las bases teóricas que se han utilizado para darle validez a lo investigado. También se tuvo en cuenta la normativa colombiana asociada al VIH. Finalmente se escribió sobre las instituciones de Salud en las que se ejecuta intervención profesional de Trabajo Social con mujeres que viven con VIH, teniendo como base fuentes primarias de las mismas.

Construcción del problema a investigar, formulación de la pregunta investigativa, diseño de objetivos generales y específicos. Se construyó justificación para realizar la investigación.

Rastreo bibliográfico sobre el referente teórico en el que se fundamenta la investigación, en este caso el *Feminismo*, de igual forma sobre los referentes conceptuales asociados al tema de investigación, los cuales son: *Intervención de Trabajo Social, intervención de Trabajo Social en salud, intervención psicosocial, mujer y VIH*.

Diseño metodológico: permite resolver los objetivos propuestos. Se construyó a partir del paradigma interpretativo comprensivo, el cual se centra en la realidad creada desde la subjetividad del sujeto. Se posicionó en la tradición comprensiva que permite a partir de la realidad aportar lineamientos que orientan la práctica profesional de Trabajo Social. El enfoque que se utilizó es cualitativo, pues se centra en las experiencias de mujeres y de profesionales de manera inductiva con el fin de comprender realidades sociales. La teoría hermenéutica guió esta metodología, pues posibilita la interpretación global de una realidad social, el método que se escogió para la ejecución

es la historia de vida, la cual proporciona conocer las experiencias de las mujeres que viven con VIH y el lugar que ocupa la intervención del Trabajo Social dentro de un equipo interdisciplinario.

Finalmente, se hizo el diseño de técnicas para la recolección de información, las cuales constan de entrevistas en profundidad dirigidas a mujeres que viven con VIH y entrevistas semiestructuradas a profesionales de las instituciones de salud que las atienden.

Pilotaje instrumentos: con el fin de validar que las técnicas estuvieran diseñadas de manera correcta, que su lenguaje es claro y adecuado para que las personas a quienes van dirigidas las puedan contestar, se hizo una preparación antes de ir a campo, que constó de:

Contactar un profesional de Trabajo Social que ejerce su intervención en el ámbito de la salud, con personas diagnosticadas con alguna enfermedad de alto costo, para esto, las investigadoras se dirigieron al Hospital San Vicente Fundación para establecer contacto con dos profesionales de Trabajo Social. También se hizo la búsqueda de integrantes de equipos interdisciplinarios del área en este caso de Medicina y Psicología, pero no fue posible el contacto.

Luego se hizo la aplicación de la técnica de recolección de información a la Trabajadora Social, al finalizar se cuestionó sobre la pertinencia de las preguntas orientadoras, el lenguaje utilizado, si la entrevista fue fácil de comprender, qué era necesario añadir y cuáles aspectos se debían mejorar.

Finalmente se modificaron los instrumentos de recolección de información a partir de los hallazgos encontrados en el pilotaje.

Trabajo de Campo: inicialmente se hizo el contacto con cada una de las instituciones para solicitar el ingreso y apoyo en cuanto a la recolección de la información. Se empezó con la presentación de las investigadoras y la entrega de las cartas a las respectivas coordinaciones de sede de las instituciones, firmadas por el departamento de Trabajo Social de la Universidad de Antioquia, dando aval a la investigación. Finalmente se presentaron los objetivos y planteamiento de la investigación.

Se aprobó el ingreso en el Hospital la María, para contactar informantes y empezar el proceso de recolección de información, se inició generando contacto con la totalidad de profesionales de Trabajo Social que atienden a pacientes que viven con VIH en esta institución y deseaban participar en la investigación. Por medio de dichos profesionales se tuvo acceso a integrantes del equipo interdisciplinario de psicología y medicina, quienes desde su área de

conocimiento aportaron sobre su quehacer dentro de la intervención psicosocial con las mujeres que tienen el diagnóstico, además de ubicar el lugar que le dan al Trabajo Social.

Así mismo, se solicitó a los profesionales de Trabajo Social y psicología facilitar el enlace para generar el contacto inicial con algunas mujeres que atienden y viven con VIH, luego se estableció una comunicación directa con las pacientes, con el fin de hacer la presentación de las investigadoras y contarles el objetivo de la investigación, esto con la intención de motivar su participación voluntaria dentro de esta.

Luego de establecer todos los contactos y tener comunicación directa con cada persona se dio inicio a la aplicación de entrevistas tanto semiestructuradas como en profundidad, esto de acuerdo a los tiempos disponibles que tuvieron las participantes; las entrevistas se llevaron a cabo en su mayoría en la sede ambulatoria del Hospital La María y con algunas mujeres específicamente, las investigadoras se desplazaron hasta sus casas u otros lugares donde se sintieron más cómodas para la aplicación de la técnica.

En todo este proceso se presentaron *limitaciones* enfocadas principalmente en el rechazo que recibimos por la institución Sies Salud y el poco interés que mostró también Virrey Solis frente a la investigación, así mismo se dieron retrasos con los tiempos estimados para la recolección de información debido a los protocolos que se deben llevar a cabo en las instituciones de salud para acceder a la información y los acuerdos contractuales que se deben tener con el fin de salvaguardar los datos compartidos.

Plan de análisis: luego de la recolección de información, se organizó y analizó siguiendo esta ruta:

Transcripción: se realizó la transcripción de cada entrevista lo más pronto posible después de hacerla, con el fin de aludir a la memoria para plasmar aspectos importantes que no quedaron en la grabación como gestos, silencios, llanto, entre otros.

Categorización y codificación: se hizo una lectura minuciosa de cada entrevista, con el fin de comprender los aspectos más relevantes de la conversación, de igual forma, se intencionó la ubicación de categorías definidas en la investigación y las emergentes de las entrevistas. Luego se le asignó un color a cada categoría, con el fin de hacer una codificación por colores de la información, este formato al ser una alternativa llamativa para encontrar información, permitió a las investigadoras organizar la información.

Análisis de información: teniendo en cuenta que las unidades de análisis son los relatos de las mujeres que viven con VIH y de profesionales que intervienen en su proceso de salud. El análisis de información se hizo en dos etapas: la primera es la construcción de matrices conceptuales comparativas y la segunda, la construcción de memos analíticos. En este orden, se inició con la construcción de cuatro matrices conceptuales comparativas, designadas a: las profesionales de Trabajo Social, las de psicología, las de medicina, finalmente una para las entrevistas en profundidad de las mujeres. En cada una se hizo un ordenamiento de la información de acuerdo a lo referido en las entrevistas sobre cada categoría desde la voz de las participantes.

Se construyeron los memos analíticos de cada categoría en diferentes documentos para facilitar su lectura, aquí se organizaron las respuestas de todas las participantes en alusión a la misma categoría, con el fin de hacer una lectura detallada y seleccionar los conceptos claves que fluyeron desde diferentes voces, para así establecer una definición de cada categoría. De igual forma, durante todo el proceso de análisis se hizo evaluación, confrontando lo recopilado con los objetivos de investigación propuestos, para garantizar que se estuvieran cumpliendo.

Elaboración informe final: se escogió un estilo de escritura que permitiera dar cuenta de los resultados obtenidos en la investigación y al mismo tiempo las narraciones de las mujeres a partir de sus vivencias, también se cambió la forma de escritura para hablar en pasado, se hizo memoria analítica del proceso, luego se evaluaron las categorías, con el fin de incluir la información realmente importante, de esta manera se concluyó con la elaboración del proyecto final de trabajo de grado.

Para la socialización de la investigación se hizo devolución de resultados tanto a profesionales del equipo interdisciplinario como a las mujeres que viven con VIH. Se les hizo entrega un producto final que consta de una cartilla que contiene las voces de las mujeres a partir de sus experiencias vividas y el análisis que hacen las investigadoras, además, una propuesta con lineamientos para la intervención del Trabajo Social en el ámbito de la salud. También se les invitó a la socialización de trabajos de grado que hace la Facultad de Ciencias Sociales y Humanas de la Universidad de Antioquia, además se hicieron diferentes socializaciones en las fundaciones de carácter comunitario en las que las mujeres participan, en instituciones de salud y se hicieron ponencias en eventos académicos.

Para la divulgación, se realizó un artículo académico sobre la investigación, el cual se presentó como propuesta a revistas estudiantiles de la Facultad de Ciencias Sociales y Humanas de

la Universidad de Antioquia, de igual forma, no se descarta la idea de presentarlo en las revistas de ciencias sociales de otras universidades esperando publicación.

4. Aspectos éticos

Durante la recolección de información de esta investigación cualitativa se tuvieron en cuenta consideraciones éticas propias del ejercicio de trabajar con mujeres que viven con VIH y con profesionales que las atienden. El trabajo con estas personas implica que la comunicación sea un eje central para lograr los objetivos propuestos, teniendo en cuenta que es un diálogo que puede tomar diferentes formas, se debe dar un valor social que produzca un conocimiento respetuoso en las realidades de las investigadas, no solo como interlocutoras, sino también como partícipes activas en la producción de investigaciones con validez científica, “la participación quiere decir ser capaz de hablar ‘en la propia voz de uno’, construyendo y expresando al mismo tiempo la identidad cultural propia por medio del lenguaje y el estilo.(González, Manuel. 2002. p. 13).

El respeto a las personas implica entonces entender que pueden cambiar de opinión, decidir que la investigación no concuerda con sus intereses y renunciar a esta en cualquier momento, saber que el manejo de información va ser reservado y confidencial para usarse solo con fines académicos y/o como insumo para aportar a la intervención del Trabajo Social, manteniendo en privacidad la identidad de quienes participan en esta investigación.

Se hizo uso de un consentimiento informado para que tanto mujeres que viven con VIH como profesionales del equipo interdisciplinario que las atienden y fueron partícipes de esta investigación conocieran la finalidad de la misma, siendo conscientes que es un ejercicio totalmente voluntario, en los que se grabaron audios para el análisis de la información, pero que no son divulgados en ámbitos diferentes a los académicos.

Asimismo, siguiendo los principios del código de ética profesional de Trabajo Social, establecidos por el Consejo Nacional de Trabajo Social (2019), se mantiene la *dignidad* como principio en la relación con las personas que participaron en la investigación, de igual forma *respeto* frente a sus derechos, entre ellos la libertad de decidir si desean o no participar, sus opiniones, sus diferencias culturales y diversas formas de entender la realidad. De parte de las investigadoras se asumió una posición neutral que no hace juicios de valor y les garantiza *confidencialidad* con la información obtenida respetando la privacidad de las personas partícipes.

Por último, se consideró éticamente correcto hacer la devolución del producto final obtenido por esta investigación a todas las personas que hicieron parte de la misma, con el fin de

que conozcan el resultado que surge a partir de sus experiencias y los aportes que dichos resultados pueden dar a la intervención profesional del Trabajo Social.

5. Hallazgos

A continuación, se describen los hallazgos investigativos a partir de tres categorías principales: *mujer y VIH, intervención psicosocial del Trabajo social e interdisciplinariedad*, cada una de ellas se desarrolla a partir de observables que las componen. Inicialmente se aborda el enfoque de género debido a que al ser una investigación centrada en las mujeres es un tema transversal a todas las categorías de la investigación.

La atención en salud se describe como igualitaria para todos y todas las consultantes, debido a que protocolos de atención en salud, no tienen un enfoque de género que se centre en reconocer las particularidades que tiene cada persona,

Desde trabajo social, no como te decía al principio, no existe pues como un, un proceso o un protocolo frente a cómo se debe hacer la intervención con la mujer, no, en el programa no existe, es como, no hay como una atención diferencial. (S, Escobar, comunicación personal, 2 de diciembre de 2022).

No es lo mismo que el diagnóstico lo reciba una mujer ama de casa, a un hombre padre de familia o una disidencia sexual, las formas en las que se asume vivir con VIH dependen de las condiciones y posibilidades de cada persona y muchas veces esas condiciones están definidas por el género.

A pesar de que se reconocen patrones de comportamiento basados en género dentro de los y las usuarias de los servicios de salud, los programas funcionan en pro de la adherencia a los tratamientos y el cumplimiento de la guía práctica en la que se consideran objetivos de indetectabilidad, pero, el cumplimiento de las metas clínicas son atravesados por panoramas de discriminación, estigma y censura frente a un diagnóstico, en muchos casos condicionados por los roles socialmente asignados a los sexos:

Digamos que una mujer que generalmente está en su rol de ama de casa, de sus hijos, en torno a eso, pues por último será pensar ‘uy será que mi esposo me trajo un VIH a la casa’, entonces digamos que es eso, es la cotidianidad que también marca eso, marca una barrera, marca una barrera muy grande de [...] de no hacer una pregunta, cierto, si yo tengo mi

pareja, si llevamos juntos 20 años para que lo voy a hacer, cierto, y eso ha generado muchas rupturas; nosotros hemos tenido muchas parejas que han pasado eso, cierto, llevan 20 años y de pronto uno de los dos enferma o fallece y venga ¿cómo así qué pasó? entonces creo que ahí hay barreras de costumbre que generan eso, cierto [...] y el cuestionarse es difícil, cuestionarse es difícil, no es fácil vos pensar que tu pareja que llevas de 20 años, pues pensés que está en la calle con otra y buscando otras cosas, cierto, digamos que eso también es difícil y hay un tema cultural fuerte también. (X, Álvarez, comunicación personal, 13 de diciembre de 2022)

No solo los roles asignados al sexo, han impedido que se visibilice a las mujeres frente a la infección, pues ellas no son una población focalizada o considerada de riesgo, lo que provoca que muchas no accedan a tamizajes de prevención,

con el transcurrir del tiempo empiezo a observar que realmente las necesidades de las mujeres han sido a nivel nacional e internacional invisibilizadas, porque desde lo biomédico no se observa las mujeres como una población con infección focaliza. (C, Zapata, comunicación personal, 26 de enero de 2023)

Ahora bien, cuando las mujeres acceden a los programas de salud porque tienen VIH, muchas tienen la visión de que se deben adaptar, sufrir y tolerar violencias porque desde sus imaginarios, o desde la presión familiar, social o de un equipo de salud mal informado han entendido que es algo que ellas mismas se buscaron o que se merecen, se presentan muchos casos de violencia contra las mujeres, en gran parte desde sus parejas al abordar el tema del diagnóstico, como relata la médica experta, cuando una mujer decide contarle a su pareja que es positiva al virus, ésta puede reaccionar de diferentes maneras, las que son más comunes desde su consulta son las siguientes:

Yo me llamo María y conocí a Mario y tengo VIH [...] Mario venga tú me gustas, estoy muy enamorada de ti, te voy a contar, yo soy VIH positiva hace dos años, entonces Mario tiene varias opciones: Mario me dice, ay no, usted es una sidosa, ay no, usted como no me dijo, ay no mijita como, la rechazó, la bloqueó, voy y le digo a todo el mundo, le cuento,

María es una sidosa, María es vagabunda, vea con la que me salió, y yo, es que donde yo llegué a salir infectado usted fue la que me lo pegó, y muy probablemente Mario, ha tenido una vida sexual de riesgo, pero como yo fui la que le dije, yo voy a ser el espejo, y la señalada en caso de que Mario quiera señalarme a mí, como pantalla y excusa de que si llego a salir positivo, fue María la que me lo pegó. (E, Mejía, comunicación personal, 10 de diciembre de 2022)

Otra posición que puede tomar la pareja, en este caso Mario, puede ser:

Mario dice, ‘sí, no hay problema yo la acepto así como esta, así como está usted, así con ese problemita, yo la acepto’, de pronto Mario con el tiempo empieza a cambiar, empieza a extorsionar emocionalmente, económicamente, sexualmente, maltrato verbal, psicológico, discriminación, cuando yo le digo a Mario, ‘Mario no me gusta como me estas tratando y que más querés pues, antes dé las gracias que yo la acepto así, así como esta, antes agradezca que yo estoy con usted’, y es real, intervenciones como esas todas las que quiera, golpes maltratos, abuso, las ponen a trabajar para el fulano, entonces ya Mario no trabaja, entonces yo tengo que trabajar para los dos, como tengo miedo, como no me quiero sentir sola, como es el único que me para bolas, porque es que no hay, usted me está haciendo un favor al aceptarme así como estoy, entonces yo me le aguanto todas esas miserias y más allá. (E, Mejía, comunicación personal, 10 de diciembre de 2022)

Revelar el diagnóstico implica para muchas mujeres no solo discriminación, también daño a su integridad, conocer las condiciones de cada una permite develar porque una mujer que ejerce el trabajo sexual no habla debido a que sus clientes se van a espantar y ese es su sustento, la no adherencia de quien adquirió el virus por ser abusada en medio del conflicto armado y está sumida en una depresión o quien vive en un barrio peligroso de la ciudad y va sufrir amenazas o desplazamiento si alguien se entera, quien tiene condiciones socioeconómicas que le impiden tener acceso al servicio, estas y muchas otras condiciones llevan a las mujeres a la censura,

Yo soy la cara femenina del VIH porque muchas mujeres no pueden mostrar la cara y no es solamente asunto de vergüenza o de no asumirse, es asunto de que es su integridad, o

sea, su seguridad, su vida, la que se puede ver en riesgo si alguien se entera de su diagnóstico. (N, Sáenz, comunicación personal, 13 de diciembre de 2022)

El enfoque de género no se trata de un tema de privilegios, no significa que se van a tener algunos beneficios por el hecho de ser mujer, sino que el reconocimiento de las particularidades, de las luchas, de los roles históricamente asignados, de la presión socio-cultural por ser o cumplir un patrón pueden incidir en que la persona reciba una atención y un tratamiento adecuado, si el sistema de salud se convierte en el espacio en el que se pueden romper estereotipos como ‘hombres sí lloran’, ‘las mujeres tienen un vida sexual libre y placentera’ y ‘las disidencias sexuales son libres de ser’, incrementa las posibilidades de acceder a un diagnóstico oportuno y adherirse a los tratamientos.

5.1. Mujer y VIH

La primera categoría de análisis es Mujer y VIH, en la que se abordan las experiencias de vida de mujeres viviendo con el diagnóstico, a partir de las particularidades de cada una. Con las mujeres protagonistas de esta investigación se llega al acuerdo de nombrar como mariposas a aquellas que no desean revelar su identidad, se utiliza esta analogía porque cuando la Oruga cree que es el fin de su vida, salen sus alas para poder volar, se convierte en una hermosa Mariposa, tal como pasa con la vida de cada una de estas mujeres, cuando creen que les llega el fin, en realidad le están dando inicio a una nueva etapa de sus vidas.

5.1.1. Historia de vida

A continuación, se presentan en orden cronológico de la revelación del diagnóstico a cada una de las mujeres que fueron partícipes de este trabajo investigativo y quienes otorgaron a las investigadoras el regalo más bonito que fue adentrarse en su intimidad a partir de un ejercicio de memoria sobre su historia de vida, que les permitió traer aspectos de su pasado para dignificar el presente:

Natalia- 1997

Soy psicóloga de profesión, mujer positiva hace 25 años, tengo 48 años de edad, eh, y actualmente trabajo con una organización que se llama Fundación red de apoyo social de Antioquia”. Es activista. (N, Sáenz, comunicación personal, 13 de diciembre, 2022)

Martha Ángel- 1998

Mi nombre es Martha ¿quién es Martha Ángel? Martha Ángel es una mujer común y corriente que desde su juventud o desde su niñez el sueño más grande siempre fue ser mamá, ¿el por qué? porque vengo de una familia bastante numerosa, somos o éramos mi mamá, mi papá y 13 hermanos. (M, Ángel, comunicación personal, 26 de noviembre, 2022)

Mariposa Eurema- 1998

Yo soy ama de casa, tengo 57, ah no, ya cumplí 58 años [...] soy soltera (risas), soy soltera, gracias a Dios no tengo hijos.

soy diagnosticada desde el 98, el 20 de enero del 2023 voy a cumplir 25 años. (Eurema, comunicación personal, 07 de diciembre, 2022)

Mariposa Tornasolada- 2005

Tengo 46 años, eh, antes de trabajar con ella (la amiga) en confecciones eh solía coger café en salgar, en la parte del suroeste [...] soy de San Roque.”, Vive en Medellín “Hace ja, casi 40 años, yo me vine muy pequeñita [...] por desplazamiento [...] sí porque se apoderaron de las tierras entonces ya nos tocaba venirnos y dejar lo que era, lo de nosotros [...] ya ahí nos dieron el estudio y ya empezamos fue como a estudiar y bregar a salir adelante con lo que sabíamos hacer [...] terminé el bachiller, pero no lo terminé en ese momento, yo estudié hasta los 13 años y a los 13 años ya me dediqué fue como, como a, ¿cómo le digo yo a usted? Como a ser más rebelde [...] entonces ya paré de estudiar y ya el bachiller lo terminé

fue de noche, estudiando de noche, pero ya tenía mis hijos [...] yo soy diagnosticada de 2005. (Tornasolada, comunicación personal, 07 de enero, 2023)

Mariposa Reina Alexandra- 2006

Tengo 46 años, soy ama de casa [...] vivo con mi esposo y con hijo y con mi niña (la perrita), con ella, con la consentida [...] llevamos acá como que, 15 años viviendo [...] eh yo toda la vida he vivido en Envigado, y me gustaba salir a bailar, estaba en un grupo juvenil, es que la vida mía ha sido bailar [...] yo creo que por allá todo el mundo me conoce (risas). (Reina Alexandra, comunicación personal, 10 de diciembre, 2022)

Tatiana- 2007

Yo soy de Medellín, tengo 35 años. (T, Agudelo, comunicación personal, 09 de diciembre, 2022)

Mariposa Isabelina- 2015

Tiene 65 años, lleva con el diagnóstico desde el año 2015, vive con su madre y un hermano, su padre murió hace año y medio:

Soy de salgar Antioquia, criada aquí en Medellín [...] yo creo que podía tener 5 o 6 años cuando me trajeron aquí a Medellín [...] fui una mujer que me crié la mayoría de tiempo en la calle, yo fui de la calle, de allí me levantó puedo decir Dios, el todopoderoso, él fue el que me levanto de ahí y me hizo realizar un poco como mujer, porque yo, no conocí niñez, no conocí adolescencia, no conocí nada. (Isabelina, comunicación personal, 09 de diciembre, 2022)

Hellen- 2015

Soy una chica trans, eh, o sea soy homosexual, una mujer travesti como se dice, eh, tengo 41 años, eh fui habitante de calle por 29 años, ejercí la prostitución durante 5 años, de ahí me dediqué a la vida callejera, a reciclar, a reciclar no, a vender confites, a vender dulces en los semáforos, eh, soy portadora del VIH [...] eh, llevo desde la, desde el 2015 [...] hace 3 años decidí salir de las calles de Medellín. Eh recorrí las calles del centro de Medellín durante 29 años, también las calles de Bogotá, las calles de Cartagena, eh, me tocó vivir muchas cosas muy fuertes, demasiado fuertes porque ver picar una persona viva, ver que quemaban mujeres vivas, ver tantas cosas que se ven en situación de calle que la gente no se alcanza a imaginar pues cómo es un día, una noche en la calle, nadie se alcanza a imaginar, uno con frío, con sueño, con hambre y lo peor con ganas de consumir porque o sea el frío y el hambre no, no se comparan a la ansiedad, porque la ansiedad es mucho más fuerte que, que las ganas, que, que el hambre, que el sueño o sea la ansiedad y el síndrome de abstinencia es mucho más fuerte, mucho más peor que en sí el hambre y el frío, que las necesidades básicas del ser humano; pues la verdad yo decidí salir de las calles porque dije ‘no, yo quiero terminar mi bachillerato, quiero estudiar y graduarme, mi sueño siempre había sido graduarme como bachiller y, y en el albergue me dieron la oportunidad de estudiar, yo le dije ‘profe si me pone a estudiar yo dejo el vicio’, [...] entonces me metí a estudiar y ya gloria a Dios en el 2020, en el 2020, el año pasado, el año antepasado me gradué como bachiller, logré mi sueño que era graduarme con honores y con mi mamá, porque mi mamá también se graduó como bachiller en ese, en ese mismo año y las dos nos graduamos, fue algo muy lindo, ahora, ahora yo ya llevo ya 3 años sin consumir, es de Medellín. (H, Durango, comunicación personal, 14 de marzo, 2023)

Mariposa Monarca- 2018

Tengo 29 años, en el momento no trabajo, estoy desempleada, tengo una niña de 11 años, soy diagnosticada hace cuatro años y dos meses [...] vivo con mi familia, con mis hermanos, mis tíos, mi hija, un primo [...] yo soy bachiller [...] casi siempre he vivido ahí, mi niñez y todo, eh trabajaba como asesora externa de claro, mmm o sea siempre he trabajado, solo

que últimamente es que he estado como sin trabajo, trabajo independiente, dedicada a mi hija. (Monarca, comunicación personal, 14 de diciembre, 2022)

Mariposa Espejito- 2022

Tengo 44 años ya cumplidos, vivo en la comuna 2, con mis papás en el popular 1. Bueno, a ver X es una señora ya, eh, por su discapacidad antes vivía como muy, muy aparte de la sociedad porque, por el miedo de, por el miedo no, porque es que cuando yo era joven, niña, me rechazaban mucho por mi discapacidad, por mi voz y yo vivía pues muy acomplejada y entonces yo era en la escuela, de la escuela a la casa, no tenía como un compañerismo, ni era como sociable. (Espejito, comunicación personal, 04 de enero, 2023)

5.1.2. Revelación del diagnóstico

El momento en que se notifica sobre el diagnóstico se convierte en una experiencia traumática para las mujeres, no solo por el impacto de la noticia sino por la manera en la que se dice, muchas veces desde desconocimiento incluso del personal de salud, también cargada de prejuicio y juzgamiento por la manera en la que se considera se pudo adquirir el virus, aquí se ve inmerso un sistema de creencias personales de quienes dan las noticias, las cuales no son acordes con sus roles como profesionales:

Primero fue la psicóloga que nos dijo: ‘bueno, Martha y X, ustedes ¿se quieren mucho?’ (silencio) ‘Doctora por Dios, claro que sí, cómo no voy a querer yo a mi esposo si, si por eso me case con él ¿no?’ y él ‘sí doctora, claro, yo quiero mucho a mi mujer, claro que sí’, ‘ah bueno, entonces se van a acompañar mucho, se van a apoyar mucho porque yo creo que de ahora en adelante se van a necesitar [...] los dos salieron portadores del VIH’ y yo la escuchaba y yo (cara de impactada) [...] o sea, no voy a buscar culpables ni voy a decir quién fue, ni quien no, o sea no, pero está entre ustedes, ya ustedes tienen que (silencio). (M, Ángel, comunicación personal, 26 de noviembre, 2022)

Durante las entrevistas es inquietante la falta de información que tienen profesionales de atención primaria en salud sobre el VIH, lo que los lleva a reproducir mitos encaminados a aislar a las personas para no propagar el virus, a revelar el diagnóstico con su círculo cercano con la idea de que pronto les va llegar la muerte, desinfectar utensilios cotidianos como baños, platos y vasos para no contagiar a familiares o conservar a las parejas porque se cierran las posibilidades de tener una vida normal. Es crucial aclarar que los episodios traumáticos de revelar el diagnóstico no están condicionados por la época, actualmente, a pesar de los avances científicos y tecnológicos que han tenido las ciencias de la salud, existen profesionales que hablan desde el desconocimiento y el prejuicio,

Al otro día fuí, me madrugué y pedí y tuve que esperar el del SIDA porque la de sífilis me salió positiva, la de SIDA me la volvió a repetir y yo ay otra vez penando, claro, cuando yo ví y yo quería que me la leyera otro doctor pero como hay doctores que no le pueden leer a uno [...] y yo toda desesperada y yo no, no, no, y cuando uno escucha la palabra infectología y epidemiología, uno ya sabe, [...] ese mismo día una enfermera de allá me dijo ‘¿quiere que le pida una cita con una psicóloga?’ y yo ‘sí’ y fuí con la psicóloga, pero en ese tiempo no me gustó [...] yo fui así desesperada, con el miedo a que mi familia se diera cuenta y que como eso es un mito de que el SIDA se contagia con un abrazo, o con la saliva [...] y yo le dije a la psicóloga, ‘es que a mí me da miedo decirle a mi familia’, ‘ah no, pero usted tiene que decírselo’ [...] y yo, hasta el momento no les quiero decir, y ella que sí, [...] en ese tiempo no estaba consciente de qué se podía hacer o no sé podía hacer, sino que yo en mi tristeza y en mi dolor, yo voy a contagiar a mi familia o voy a, cómo hago pa no contagiarlos ‘tiene que decirles’ y yo no [...] ‘Tiene que saberlo, lava los pocillos con límpido, enjuaguelo y lo separa’, sin mentirle. (Espejito, comunicación personal, 04 de enero, 2023)

Por otro lado, se percibe el tiempo de espera entre la revelación del diagnóstico y el ingreso al programa especializado como muy largo, período que influye en episodios de depresión y ansiedad, los cuales tienen influencia en la manera en la que esa mujer se va adherir o no al tratamiento:

Me quedé en el parque de los deseos hasta las 3 de la mañana llorando [...] no entendía por qué, lo asocié con: ya me voy a morir, mis hijos se van a quedar solos, yo que voy a hacer, pa dónde cojo, pa dónde pegó [...] duré encerrada 15 días en mi casa en una pieza, sin prestale atención a mis hijos para nada, no quise hablar con nadie, 15 días encerrada llorando y sin entender qué era lo que me pasaba, porque igual no entendía, porque no sabía nada; en esos días me llamó una doctora, ella se llama Sandra, eh, pero ella trabaja en la SIU, ella me dijo que si a mí me gustaría trabajar en la casa de ella haciéndole aseo en la casa de ella [...] yo me fuí a trabajar donde ella y le comenté lo que me había pasado, entonces ella me dijo: ‘nosotros en la en la SIU estamos haciendo un estudio sobre lo del VIH y sobre lo que es el medicamento y el placebo, ¿te gustaría participar en esa investigación?’ y ahí empecé [...] yo todavía no estaba tomando ningún medicamento porque yo siempre soy indetectable, siempre he sido indetectable.[...]. (Tornasolada, comunicación personal, 07 de enero, 2023)

También, en contextos donde se agudiza el conflicto armado, las mujeres están expuestas a todo tipo de violencias, entre estas, han sido víctimas de abuso sexual y a raíz de esto queda como secuela la revelación del diagnóstico de VIH:

Mi percepción como mujer, chicas el cuerpo de las mujeres se volvió territorio de guerra, se volvió premio y castigo y botín de guerra, se volvió que si estoy, tengo... me llamo pepita, tengo 16 años, vivo en el campo con mi papá, con mi mamá y mis demás hermanos [...] yo soy la única mujer de acá, un día pasaron unos hombres y pidieron agua en mi casa, uno de esos me pidió agua y me tomó la mano, yo le dí el agua y mi papá me encerró en el solar, escondimos a mis hermanos, y periódicamente empezaron a pasar los hombres y el mismo hombre que me agarró la mano cuando me pidió el agua me dijo que si yo me podía ir con él, yo le dije que no, porque mi papá, mi papá me llevaba todos los días en el burro a la escuela, sí, porque tengo 14 años pero no he podido estudiar, pero yo quiero estudiar, yo algún día quiero ser profesora, yo quiero estudiar, entonces mi papá me lleva en el burro, y yo no, muchas gracias, un día entro mi papá con la cara muy triste y yo le dije ¿papá usted qué tiene? hija yo la voy a mandar para donde su tía, ¿por qué papá? si yo estoy bien aquí, resulta que el señor le dijo a mi papá que yo iba a ser de él o no iba a ser de nadie, entonces

mi papá esa noche en secreto, y esa noche nos íbamos a ir en el burro a escondidas de todos para que nadie se diera cuenta que nos íbamos a ir y a mitad de camino nos salió el señor, mató a mi papá, con otros hombres violaron a mi mamá y con los otros me violaron a mí, entonces yo ya después, ya nos fuimos, nos quemaron la casa, nos vinimos para la ciudad, yo me empecé a sentir muy enferma, muy enferma, no teníamos EPS, no teníamos seguro y por allá, eh, me di cuenta que estaba en embarazo, a mí se me murió el niño y en ese embarazo me dijeron que yo tenía esa cosa del SIDA. (E, Mejía, comunicación personal, 10 de diciembre, 2022).

Finalmente, la idea de compartir o hacer público el diagnóstico sigue siendo muy limitada para las mujeres, por el temor que se tiene al enjuiciamiento, a lo que acarrea el estigma y la discriminación, además en algunos contextos las consecuencias en cuanto a seguridad, pues para algunas mujeres revelar que viven con VIH implica amenazas de muerte, desplazamiento forzado y persecución,

Vino a consulta, tuvo su bebe, entró con la tía, reina, ‘no tranquila doctora mi tía sabe mi diagnóstico, ella me está cuidando’ [...] señora sepa que todo lo que se diga aquí, es confidencial, absoluta reserva, no se comenta, no se dice con nadie, ni la situación del niño, ni la de ella, ni la de nadie [...] La tía un día borracha en el barrio, borracha le dijo a todos que ella tenía VIH y en esa borrachera estaba la mamá de un chico con el que ella estaba rehaciendo su vida [...] automáticamente a las tres de la mañana le encendieron la casa a piedra y casi la queman a ella con los niños, me llamó desesperada, yo que voy a hacer, le exigieron en el barrio que para no matarla y dejarla en el barrio tenía que llevar una prueba de VIH negativa, ¿podemos hacer eso? no, porque es perjurio, no podemos mentir por más que la queramos ayudar, tocó activar ruta, tocó pedir asesoría jurídica, todo conectar y tranquilizarla, porque la iban a matar a ella y a los niños, la tía se arrodilló, lloraba, pedía disculpas [...] entonces tocó buscar la manera jurídica [...] qué sí se pudo hacer, se llevó una carga viral donde decía indetectable, no detectado y decía no está detectado aunque era real, ella sí lo tiene pero no vamos a decir el diagnóstico, pero con esa prueba [...] fue la única manera de que ella pudo seguir viviendo ahí, finalmente ella se trasladó de barrio y todo,

pero evitó que la siguieran persiguiendo porque la habían sentenciado que donde fuera la iban a buscar y la iban a matar. (E, Mejía, comunicación personal, 10 de diciembre, 2022).

5.1.3. Muerte

Inicialmente cuando las mujeres se enteran del diagnóstico se les viene a la mente la idea de que se van a morir, porque *asocian el VIH con la muerte*, no se imaginan que van a vivir mucho tiempo, cuando ven que personas con la misma condición fallecen empiezan a cuestionarse ¿Cuándo les toca a ellas? y se cohiben de vivir muchas cosas a largo plazo, dedicándose solo a pensar en el hoy porque el mañana para ellas es incierto.

En ocasiones también caen en depresión y dejan de tomarse el medicamento, esperando que pase lo que tenga que pasar. Cuando llegan a un hospital a causa de que las defensas en su cuerpo bajan y las enfermedades oportunistas llegan, se confrontan con la muerte y en ese momento se aferran a la vida, dicha circunstancia les permite reflexionar, cuestionarse, llorar y así interiorizar muchas cosas para afrontar la realidad de una manera más positiva:

Ahí me dí cuenta que no me quería morir, ahí me dí cuenta, entonces claro tuve un proceso también de, digamos de mucha reflexión, porque pues uno está en un hospital y tiene mucho tiempo para pensar, el tiempo es muy lento, entonces tuve mucho tiempo de pensar, de reflexionar, de enojarme también, de llorar y [...] y de interiorizar pues como muchas cosas y definitivamente dije no, es que yo no me quiero morir, yo quiero vivir, o sea si yo estoy aquí todavía viva es porque, es por algo, entonces ya de ahí yo decidí sí me voy a tomar el tratamiento, voy a empezar pues como juiciosa. (T, Agudelo, comunicación personal, 09 de diciembre, 2022)

Para esta mujer el permanecer viva le da un sentido a su vida para continuar existiendo y construyendo cada día su propio proyecto.

5.1.4. *Cuerpo*

Los cambios físicos a causa del VIH son casi nulos, por eso muchas personas no se percatan de que pueden tener dicha condición, en el caso de las mujeres que permitieron conocer sus historias de vida, los cambios que presentaron fueron percibidos por sus círculos más cercanos, aspectos referidos sobre todo a su delgadez:

“Una señora de por acá que, que vino la otra vez, ‘ay usted qué le pasó’, usted por qué está así, por qué está tan flaca” (Reina Alexandra, comunicación personal, 10 de diciembre, 2022),

Se presenta el cuerpo como aquel que nos objetiviza, que da cuenta de nosotros, refleja nuestros estados de salud y anímicos,

“Que por qué estoy tan flaca [...] que yo tengo tiroides, no es mentira, tengo tiroides, pero por ese lado me les metí [...] que por la tiroides es que estoy bajando de peso” (Espejito, comunicación personal, 04 de enero, 2023)

Estos cambios se dan sobre todo en épocas en las que su sistema inmune está muy debilitado, por lo tanto, el peso se vuelve un factor para identificar el riesgo,

“Se me había caído el pelo, se me estaba cayendo el pelo impresionante [...] y estaba muy delgada, entonces fui al médico, el médico me mandó a hacer el examen y bueno” (T, Agudelo, comunicación personal, 09 de diciembre, 2022).

Por otro lado, hace 15 años no había tanta variedad de terapia antirretroviral, entonces identificar y frenar eventos secundarios no era prioridad, en estos casos también se presentaban cambios físicos que percibían otros:

Yo tenía, unas piernas muy bonitas [...] entonces pues al principio que yo me estaba tomando los medicamentos, yo a veces sí me colocaba unas falditas [...] entonces mis hermanas me dijeron [...] nosotras le vamos a hacer una pregunta a usted [...] usted no se ha notado algo raro, no, es que usted ya no tiene las piernas que tenía antes, y yo no, me dijo no, no es que usted está más delgadita. (Eurema, comunicación personal, 07 de diciembre, 2022)

El cuerpo manifiesta las marcas del diagnóstico, se convierte en el medio físico para expresar el malestar o el bienestar de estas mujeres.

5.1.5. Familia

Se encuentra una paradoja entre el rol de la familia, una posición como red de apoyo para el individuo y otra, como factor de riesgo.

Las familias de unas mujeres cumplen un papel de *apoyo*, cuando se encuentran hospitalizadas o en quebrantos de salud están ahí haciendo acompañamiento constante, en algunos casos se vuelven sobreprotectores con el tema de la alimentación y el licor, buscando que no haya descompensación ni efectos adversos con el tratamiento, así mismo hay familias que cumplen un papel fundamental en el empoderamiento de estas mujeres al no tenerles lástima y permitirles que ellas también tomen un lugar activo en este proceso:

Mi mamá ha sido una persona, pues mi mamá ha sido brava (risa), pero es una persona muy amorosa y muy mente abierta, o sea mi mamá es vanguardista completamente en muchos sentidos, entonces [...] creo que eso me facilitó a mí cosas [...] mi mamá cuando me diagnostican a mí ella claramente me dice ‘Natalia sepa que yo siempre voy a estar ahí para usted, lo que necesite, pero nunca le voy a tener lástima’, si mi mamá hubiera asumido otra actitud, muy posiblemente yo también hubiera tomado otro camino con esto. (N, Sáenz, comunicación personal, 13 de diciembre, 2022).

Por otro lado, las familias en su desconocimiento del tema y por la falta de información asumen una posición de *discriminación* y *rechazo* hacia la paciente:

La reacción de mi abuela fue: no quiero saber nada de ustedes, eh, de, ella es una sidosa, de yo no quiero que ella esté aquí y bueno, literal, gracias a Dios y en paz descansa mi abuela ya está pues por allá en el cielo, pero bueno qué más vamos a hacer, pero sí fue un proceso muy, muy difícil [...] si yo entraba al baño volvía y lo lavaba 3 veces, si yo comía en un plato lo lavaba 3 veces, si yo cogía la toalla era un problema, entonces hasta que tomé la decisión de hacer mi propio baño en mi pieza, sola, yo misma lo hice, yo misma porque como yo sé todo eso de construcción y todo eso yo misma lo hice y hice el baño aparte en mi casa, yo dije ‘no quiero más, o sea no quiero más ese, ese estigma de que esto, esto, esto. (Tornasolada, comunicación personal, 07 de enero, 2023).

El tomar distancia se puede interpretar como un mecanismo de protección y también un ejercicio de responsabilizarse de sí misma.

En algunos casos se asume una postura de *juzgamiento* de que la adquisición del diagnóstico fue por castigo,

Tengo una hermana que a pesar de que ella es tan estudiada, [...] como te parece que a veces como que, pues no sé cómo decir la palabra, porque es que ella dice que es un castigo, [...] que no que eso es un castigo [...] yo ‘no, ay no, eso le puede pasar a cualquiera. (Eurema, comunicación personal, 07 de diciembre, 2022)

También familias que teniendo como base sus creencias conservadoras tradicionales, generan *presión* de que, si contraen alguna enfermedad de transmisión sexual, esto puede causar la muerte por pena moral, lo que conlleva al temor para revelar el diagnóstico:

Es un miedo, porque mi mamá es muy conservadora y eso que al inicio de que yo, ella me, no sé si lo sospecha, que cuidado con una enfermedad que me mata de la pena moral, y eso me mató, porque ella me dijo así, que cuidado que cuidado con una enfermedad venérea, que me mata de la pena moral, y yo (cara triste). (Espejito, comunicación personal, 04 de enero, 2023)

Además de sentir responsabilidad respecto a sí misma, ella siente responsabilidad respecto al bienestar de su madre, hay compromisos afectivos en este caso con la madre que generan dolor.

5.1.6. Pareja

Desde las historias de vida de las mujeres, las parejas pueden tener varios papeles, en algunos casos se encontró una posición de *responsabilidad ante el diagnóstico*, entendiendo costumbres tradicionales en las que la mujer no inicia su vida sexual antes de contraer matrimonio, por lo tanto adquirir el virus del VIH recae en su única pareja sexual, además, si se analiza contextualmente las épocas y las tradiciones de género propias de sociedades conservadoras, se entiende por qué el tema de prevención en cuanto al uso de preservativos no está en el radar de las

mujeres. “No sabía cómo el SIDA había entrado a mi casa, pues, si solamente le daba a los homosexuales, entonces no entendía yo, pues si yo me casé con un macho, esto no puede estar pasando”. (M, Ángel, comunicación personal, 26 de noviembre, 2022)

El hecho de que las parejas adquirieron el diagnóstico no significa que existiera una intención en la propagación, las parejas muchas veces también desconocen la condición,

Le dijo a él “mmm, [X] usted, usted con cuantas mujeres se ha acostado” (silencio) [...] ‘doctor fueron tantas, fueron tantas que si yo supiera cuál de todas fue, me iba y la mataba’ (silencio), entonces ahí es donde uno dice [...] ¿cómo?, ¿éste qué está diciendo?, ¿con quién me casé? o sea, yo (silencio). (M, Ángel, comunicación personal, 26 de noviembre, 2022)

La pareja se presenta aquí como cercano desconocido, por las ideas del amor romántico en los que ha estado inmersa la educación de la mujer, el esposo se convierte en un ser del que se sabe poco en lo íntimo y ello favorece el riesgo de contagio.

Muchas veces las parejas de estas mujeres tampoco estaban preparadas para eso, pues la noticia del diagnóstico llega de manera sorpresiva.

No, vea con la pareja que yo tenía, fue la que me contagio [...] o sea el proceso del VIH pues con él yo lo viví, pues ya lo viví desde que empezó, hasta que terminó, porque pues yo con mi pareja, eh o sea cuando a él le descubrieron el VIH, o sea él ya estaba muy avanzado [...] él no tuvo medicamentos, él lo descubrieron y en dos meses se murió. (Eurema, comunicación personal, 07 de diciembre, 2022)

Lo que como mujeres inquietas es el hecho imposibilitante que la sociedad a partir del sistema de creencias *le ha asignado al rol femenino*.

Por qué Martha Ángel nunca sintió que tenía todo el derecho a preguntar como mujer a su novio [...] ‘ve ¿y vos con cuantas mujeres te has acostado?’ o sea, mi carta de presentación es esta, cuál va a ser la tuya. (M, Ángel, comunicación personal, 26 de noviembre, 2022)

Las estructuras de poder basadas en sexo y género adquieren un carácter opresivo que subordina a la mujer en cuanto a ignorancia de las cuestiones sexuales,

Entonces nosotros éramos una pareja estable, supuestamente, pues sí, éramos estables, pero pues como le dicen a uno, pues que usted está con la persona y con el pasado de la persona, de él nunca, pues nunca me dio, pues que había sido de él en el pasado. (Eurema, comunicación personal, 07 de diciembre, 2022).

Entre las *parejas que comparten el diagnóstico* se pueden encontrar dos posiciones, una encaminada al acompañamiento a partir de que los dos están luchando por lo mismo. De este modo, se encontró el caso de una pareja en la que el hombre es adherente al tratamiento y la mujer no.

Entonces ya el esposo, pasaba los días llorando, que yo me iba a morir, que yo por qué era así, a él nunca le han cambiado el medicamento y a mí ya me lo han cambiado tres veces, y entonces yo a usted la quiero mucho, y usted, él me decía si no lo hace por mí, hágalo por el hijo. (Reina Alexandra, comunicación personal, 10 de diciembre, 2022).

Por otro lado, también se puede analizar como una forma de culpa o apego no sano, acompañado de temor a romper el vínculo.

Por otro lado, se comprende que el VIH socialmente es un tema difícil de abordar, a partir de la desinformación se crean ideas erróneas de propagación, por eso se presentan ocultamientos incluso entre las mismas parejas:

Yo sí le dije, yo le mostré, mira esto, salió esto [...] él me dijo yo sí, yo sí tengo esto, pero me dio miedo que tú me rechazaras y me juzgaras, y me culparas, por eso él no me lo quería decir. (Espejito, comunicación personal, 04 de enero, 2023)

Ante estas circunstancias, entender la posición de la pareja y sus cambios de ánimo les permite un acompañamiento y apoyo en procesos de depresión.

En otras dinámicas sociales que no son tan conservadoras y en las que las mujeres no han estado tan permeadas por roles de género, se puede pensar en una *responsabilidad propia*, no solamente de la pareja:

Quando le van a entregar el resultado vamos [...] a él le entregan el resultado y yo estoy ahí. Ehm, yo sabía qué tan expuesta había estado, que habíamos tenido muchas prácticas sin preservativos [...] todas las posibles [...] entonces yo sabía claramente que había estado expuesta, entonces por eso decidí realizarme la prueba. (N, Sáenz, comunicación personal, 13 de diciembre, 2022)

Entender otros factores que posibilitan un acto de riesgo, aporta a responsabilizarse de manera individual,

“No sé si fueron los tragos o qué, porque me dejé convencer de tener relaciones sin cuidarme” (Monarca, comunicación personal, 14 de diciembre, 2022)

De igual forma, los controles médicos de prevención posibilitan un diagnóstico oportuno:

Me dí cuenta, yo digo que muy rápido, de hecho, el día que yo me dí cuenta, yo busqué al que era mi novio y le hice el reclamo, y él ahí me lo confirmo, que él se había dado cuenta en el hospital, pero que le había dado miedo decirme. (Monarca, comunicación personal, 14 de diciembre, 2022)

En estos casos más que culpar a otro, a las mujeres les afecta el hecho del ocultamiento, a sabiendas que es su propia salud la que está en riesgo, pero entienden el contexto de discriminación, por lo tanto, el temor a que las personas se enteren de la condición.

Otra posición es la pareja como *apoyo*, como quien acompaña y cuida,

“Con él llevo dos años y 11 meses, muy bien, él, él es, pues él no tiene diagnóstico, somos una pareja serodiscordante, él ha aceptado pues como muy bien mi diagnóstico ” (T, Agudelo, comunicación personal, 09 de diciembre, 2022)

Las dinámicas de pareja no son diferentes a la de cualquier persona,

“Es una convivencia como todas, generalmente nos llevamos bien, tenemos una buena comunicación y siento que hemos crecido cada uno con esta convivencia. (T, Agudelo, comunicación personal, 09 de diciembre, 2022)

Otras mujeres han encontrado en su pareja un *cariño incondicional*:

Tengo una pareja que siempre ha estado conmigo, que es alcahueta en todo sentido, en demasiado sentido [...] ha sido un apoyo demasiado grande, ha sido lo mejor para mí, es alguien a quien yo amo, ha sido incondicional conmigo, es algo que yo nunca me esperaba haber tenido una pareja así, es algo que siempre ha estado ahí luchando: en hospitales, en las, en los albergues [...] me corre (H, Durango, comunicación personal, 14 de marzo, 2023)

Las dinámicas de intimidad que se construyen en pareja han dado paso al análisis sobre el perdón, en algunas mujeres este proceso hacia sus parejas les permite afrontar la vida de otra manera, asumir el diagnóstico y seguir con su existencia:

De hecho el día que yo me di cuenta, yo busqué al que era mi novio y le hice el reclamo, y él ahí me lo confirmo [...] yo le dije que entonces, que si yo nunca me hubiera hecho el examen, que si yo no, no me hubiera dado cuenta, (silencio) [...] este es el día, que yo me lo encuentro, él me abraza y yo le respondo, ya como que...no, no le tengo rencor (Monarca, comunicación personal, 14 de diciembre, 2022)

En otras, más que un proceso de perdón se evidencia una especie de resignación, de asimilar el diagnóstico como una situación que pasa por algo y tratar de continuar con su vida sin hacer preguntas ni entrar en pormenores:

Ni lo juzgo, ni lo juzgaré, porque no [...] como siempre se lo he dicho a él, nadie nos puso ni a él ni a mí, nos pusieron la pistola pa no, fue el destino, o quién sabe qué, que nos pasó eso a los dos, porque los dos tenemos... hasta le comenté a mi amigo que yo me quería ir, que me quería quitar la vida y él era ánimo pa uno, aunque él esté peor que uno, él antes le da ánimos a uno, que no que tú eres muy valiente, que tú eres muy verraca, que tú puedes

salir, que podemos salir de esta situación, que tienes que seguir. (Espejito, comunicación personal, 04 de enero, 2023)

También ante el cuestionamiento de otras personas, la respuesta es continuar en el lugar que ya se conoce:

Yo no sé usted cómo hace para perdonar a [X], me dijo así, es que yo no hubiera sido capaz, yo le dije 'no, es que usted tiene que darse valor usted misma', yo le dije 'es que un hombre no es la vida de uno, usted tiene a mi papá, a mi mamá' y así, 'ay, pero no yo a usted la admiro mucho porque ha sido muy guerrera, muy verraca', dizque yo no soy tan verraca como usted, yo dije no pues ya dijo todo, porque ella dijo 'yo no sé usted como ha hecho para perdonarlo que no sé qué'. (ojos aguados) [...] porque yo digo: yo por qué no lo dejo, porque si hay muchas que dejan el marido, por esto, que le cogen rabia, yo no, pa qué uno deja al marido, se consigue otro, le tiene que decir que tiene uno, estar así, si me entiende, mientras que nosotros tres vivimos felices. (Reina Alexandra, comunicación personal, 10 de diciembre, 2022)

Por otra parte, hay quienes trabajan el perdón todos los días, el no encontrar respuestas les dificulta el proceso de duelo y asimilación de esta nueva realidad:

Como que uno va cumpliendo como que sus ciclos y ya, ya me tocaba como, como ayudarme yo. Sentía yo que ya había dado mucho [...] ya mmm, empecé a notar que a pesar de que hablaba mucho del testimonio y contaba, le contaba mucho a la gente lo que sucedió con mi vida, ehh, seguía sintiendo tristeza y seguía sintiendo un dolor impresionante como si el tiempo no pasara, entonces me doy cuenta que es que nunca le trabajé al duelo y eso me lo dijo la psicóloga y me lo dijo la psiquiatra, ehmm, no, hay que empezar a trabajar esa parte porque nunca se lo trabajé, me enfoqué más en ayudarle a los demás que en centrarme en mi dolor y mi angustia y ahora le estoy trabajando mucho como toda esa parte... [...] la parte del perdón es, es algo que a mí también me tocó aprender sola, porque como les digo, yo nunca hablé con él sobre esa parte, de pronto es una de las cosas que más, más me duele no haberlo hecho ¿por qué Martha no sintió que tenía todo el derecho de

preguntar? pues porque no existe una respuesta ¿no? ¿por qué no preguntaste qué pasó?, o sea ¿por qué no me cuidaste? si yo sí te cuidé (silencio)... nunca lo hice y (se le intenta cortar la voz) sobre eso, en muchas ocasiones que, que muchas veces he estado a punto de dar un testimonio y me da una crisis y esa crisis en dos ocasiones un, un psicólogo me enseñó a cómo manejar eso y, y el sentarme frente a un espejo y empezar a hacer el simulacro que le estoy hablando es a él y a sacar todo lo que tengo que sacar y sí me ha servido, pero noo, la parte del perdón es, esa me la enseñó Gonzalo Gallo, que el perdón, como nunca lo frentié como se puede decir, eh, el perdón mío hacia él es todos los días, como hoy te puedo amanecer perdonando, puede que mañana no. (M, Ángel, comunicación personal, 26 de noviembre, 2022)

En el proceso que conlleva el perdón se evidencia cómo les permite a estas mujeres asumir cuestiones personales y responsabilizarse frente a la ausencia de comunicación con la pareja para hablar con libertad sobre temas personales y la sexualidad.

5.1.7. Maternidad

Las mujeres que son madres tienen un sentimiento de *culpa* al haberse dado un contagio vertical (de la madre al hijo), sienten miedo de que sus hijos mueran y al sufrimiento que ellos puedan sentir:

A mí después de eso me dio duro pues también, me, porque yo le digo a él, si por mí fuera pues usted no tendría eso, quien va querer pues pa los hijos y así [...] a mí me dicen que yo no me puedo echar la culpa (se le encharcan los ojos, nos evita diciéndole a la perra que se acabó el dulce. (Reina Alexandra, comunicación personal, 10 de diciembre, 2022).

La culpa se da por el ideal de madre construido socialmente, en el que aquella cuida y evita el dolor a sus hijos, por esto, quienes, al no encajar en ese patrón cultural, se ven como quienes legaron una enfermedad y con ella el dolor y el riesgo de perder la vida y a sus hijos.

También se presenta un dolor por la *pérdida* de un hijo, el no entender lo que estaba pasando porque en el año 1998 no se contaba con mucha información respecto al tema y el VIH estaba

enfocado a poblaciones específicas, al ser una mujer tradicional con ideal de familia no entendía lo que pasaba al perder el sueño más grande que era ser mamá:

Es muy difícil porque [...] primero que todo yo no estaba preparada para perder mi hija porque era mi segundo sueño más grande que tenía, segundo, no estaba entendiendo lo que estaba pasando [...] cuando a uno le dicen que uno va a perder lo que uno más ama, tampoco estaba como preparada para eso (M, Ángel, comunicación personal, 26 de noviembre, 2022).

A causa de esta pérdida, su decisión es no volver a proyectarse con hijos:

No me volví a proyectar con hijos desde que me diagnosticaron con VIH, pero fue mucho más duro cuando me tocó sacarme la matriz por un papiloma, porque ahí sí fue renunciar a ellos obligada, no porque yo quería ser responsable, que eso es otra cosa, o sea, que vos quieras ser responsables, eso te llena el alma de consuelo y es ‘ah no, los amo tanto que no los tengo’, pero cuando te mutilan esa parte porque, pues o es eso o, vivís con VIH o te morís de cáncer, una de dos, el cáncer te lo podemos quitar, el VIH no [...] y ese cáncer que me quitaban era, mis hijos ¿me entendés? entonces me tocó renunciar a ellos también” (M, Ángel, comunicación personal, 26 de noviembre, 2022)

Se observa el ideal de la mujer de ser madre, instalado socialmente y totalmente incorporado, por tanto, renunciar a esto puede dar lugar a una carencia vital.

Actualmente con los avances de la medicina, es *posible maternar* sin que los hijos contraigan el diagnóstico porque en el embarazo las madres tienen control médico periódico y después de que el bebé nace se sigue un proceso de control con ellos:

La maternidad de las mujeres con VIH ha sido una pelea muy bien ganada, entonces por eso siempre voy a defender, por qué, porque automáticamente que a mí me daban el diagnóstico de VIH, lo primero que me decían a mí, es usted no puede tener hijos, ni se le ocurra, usted no se va poder casar, entonces si yo soy una mujer, que sueño, dentro de mi proyecto de vida, mi plan de vida, casarme, tener hijos [...] entonces me van a negar esa

posibilidad [...] me he encontrado con mujeres que me dicen, ‘doctora estoy aburrida, yo tengo VIH pero cada vez que voy a un servicio de salud, todo el mundo me dice aborte, aborte, aborte eso me tiene aburrida, estoy harta, no quiero que me insistan más en el tema’ [...] soy fiel creyente que el diagnóstico de VIH no define al ser humano, sea usted quien sea, quiera o no quiera tener hijos, pienso que las mujeres tienen derecho a definir su maternidad, quiero hijos perfecto, no quiero hijos maravilloso [...] entonces nos hemos vuelto jueces, abogados y verdugos de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y si son con VIH automáticamente le dicen no tenga hijos. (E, Mejía, comunicación personal, 10 de diciembre, 2022)

Es importante reconocer la posición ético-política que se asumen desde profesionales de salud, pues devela el poder de quienes atienden y acompañan a estas mujeres.

5.1.8. Amigos

La amistad en las experiencias de vida se puede ver como una persona de confianza a la que le pueden compartir lo que les pasa y cómo se sienten,

“Tengo una amiga, sí ella sabe también, hace tiempo le conté” (T, Agudelo, comunicación personal, 09 de diciembre, 2022)

Son personas que acompañan y apoyan:

“y si ella tiene que ir al médico yo la acompaño y si yo voy donde el médico ella me acompaña” (Tornasolada, comunicación personal, 07 de enero, 2023).

Incluso en momentos críticos en los que las mujeres sienten que se van a hundir, una mano amiga las rescata:

el apoyo ha sido muy muy muy muy grande, muy grande donde voy, [...] tuve una recaída en el colegio, fueron los compañeros hasta la olla y me sacaron de allá, eh, en la Academia tuve otra recaída, fueron las compañeras y me sacaron de la olla, he tenido [...] recaídas no, eventos de consumo (H, Durango, comunicación personal, 14 de marzo, 2023).

La complicidad y fraternidad que ofrecen las amistades ayudan en los procesos difíciles que trae la vida, porque se encuentra una identificación par, a partir de una filiación, en contextos de experiencia de vida con VIH es importante encontrar ese apoyo y complicidad,

“Ay sí, a mí sí me gustaría eso, miren hoy como me desahogue con ustedes, que les conté una cosa que para mí es como un pecado” (Espejito, comunicación personal, 04 de enero, 2023)

Por otro lado, la amistad también se puede convertir en una fuente de discriminación partiendo del desconocimiento y los prejuicios:

Acá venía una amiga, y estábamos viendo la rosa de Guadalupe y habían unos capítulos así, de eso, y apenas dice ‘jum no que pereza uno ser amiga de una persona así, yo no le daría ni tinto’, imagínese y a veces me invitaba a tomar el algo y así, y entonces isque ay no donde le peguen a uno eso, y yo, ‘no sé pero usted tiene que estudiar más, las enfermedades no se pegan así. (Reina Alexandra, comunicación personal, 10 de diciembre, 2022)

Este tipo de relaciones genera que las personas procuren evitar y en la medida de lo posible alejarse, además son amistades que cuando toman distancia no generan procesos de duelo,

“Ella dejó de venir, pero porque yo me conseguí a Candy, porque a ella no le gustan los perros, [...] y yo ay no vuelva (risas)” (Reina Alexandra, comunicación personal, 10 de diciembre, 2022)

5.1.9. Laboral

Algunas mujeres al contar con una red de apoyo fuerte cumplen un rol muy importante en su propio empoderamiento frente al diagnóstico, asumen un lugar de querer saber, se educan frente al VIH, empiezan a trabajar en pro de estas personas, dando sus testimonios de vida, siendo activistas y defensoras de los derechos de las personas que tienen el diagnóstico y por diferentes razones no pueden mostrarse.

Es un asunto de privilegio [...] o sea yo soy la cara femenina del VIH porque muchas mujeres no pueden mostrar la cara y no es solamente asunto de vergüenza o de no asumirse, es asunto de que es su integridad, o sea, su seguridad, su vida, la que se puede ver en riesgo

si alguien se entera de su diagnóstico. (N, Sáenz, comunicación personal, 13 de diciembre, 2022)

El papel activo que ellas asumen les facilita *abrirse puertas* y ayudar de alguna manera a las personas que tienen el diagnóstico, necesitan apoyo y acompañamiento de quienes pasan por lo mismo.

Yo nunca soñé con con tener una carrera [...] pero en ese lapso de tiempo yo empecé a trabajar, después de que él murió, empecé a trabajar con la Fundación Eudes; eso, eso me dio mucha fortaleza porque como les digo yo empecé como una esponja, yo quería saber todo, yo todos los recortes que salían de VIH yo todos los sacaba junto con un médico amigo mío que empezamos como a investigar como todo es, como para empaparnos de todo y ya ahí empecé pues como, como a trabajar con la Fundación. (M, Ángel, comunicación personal, 26 de noviembre, 2022)

Yo me dedicaba a algo completamente diferente, yo trabajaba en el área administrativa, eh, de una empresa de un diseñador de modas que tenía varias empresas en ese momento [...] me dedicaba a trabajar, ya había terminado de estudiar dibujo publicitario, una cosa completamente diferente [...] llegué ahí a positivos al grupo de apoyo, empecé como voluntaria hacer cosas allá y allá me fui metiendo, me fui metiendo hasta que bueno, ya finalmente allá conozco al que actualmente es mi jefe, ehm, y entonces allá finalmente terminamos metidos en la Junta directiva él y yo, y bueno, ya por distintas circunstancias consideramos "no, otra organización" y así, así surge RASA en el 2008, en el 2006 perdón. (N, Sáenz, comunicación personal, 13 de diciembre, 2022)

Por otro lado, también se presenta el *temor de perder el trabajo* por tener que estar solicitando permisos constantes para ir a las citas médicas o verse obligadas a revelar la razón de sus salidas constantes del lugar de trabajo,

Se trata de hacerse todo en el mismo día, para que el paciente si trabaja, estudia, no tenga que sacar otro día, tenga que pedir permiso, en el trabajo 'usted por qué tiene que pedir

tantas citas’, ‘usted a qué va a tantas citas, tráigame la constancia de la historia’ [...] doctora cualquiera puede venir a preguntar, en mi trabajo pueden tener acceso a la historia. (E, Mejía, comunicación personal, 10 de diciembre, 2022)

5.1.10. Sexualidad

Desde el diagnóstico las relaciones sexuales son vistas con una perspectiva de protección referida al uso del preservativo, no por el hecho de propagar un virus, porque las mujeres conocen sus estados serológicos y saben que al estar indetectables no tienen ese riesgo, sino por el hecho de conocer que hay cientos de infecciones de transmisión sexual, las cuales pueden adquirir por tener una relación de riesgo.

Como me explicaron a mí, no, yo me dicen que indetectables igual que intransmisibles, él me dice o sea que vos es como si no tuvieras nada, y yo sí para eso son las pastillas, y yo se lo comentaba a esta persona también, y yo le dije pero igual, yo no voy a ser capaz de estar con vos sin cuidarme, porque más que cuidarlo, me estoy cuidando es a mí. (Monarca, comunicación personal, 14 de diciembre, 2022)

Otro aspecto es el limitante de vivir una vida sexual plena, el temor al rechazo por querer estar con una pareja, por lo tanto, se cree en la concepción de quedarse con la misma pareja que tienen a pesar de muchas veces no estar contentas o conformes,

Con uno ni con otro, si no está sola persona así te hayan contagiado, pero solamente este, que esta experiencia le sirva a uno que no más, que no más que ya, ya lo que fue fue, si experimentó o no experimentó, ya. (Espejito, comunicación personal, 04 de enero, 2023)

5.1.11. Asimilación del diagnóstico

El contar con una *red de apoyo fuerte* que acompaña, ayuda a asimilar el diagnóstico y a tomarlo de una manera más positiva para continuar el transcurrir de la vida de una manera normal:

Nunca consideré que esto fuera responsabilidad de alguien más, fue mi responsabilidad, tuve la opción y no la tomé, el resultado es eso, me quedo quejándome toda la vida y responsabilizando a x de esto o asumo mi responsabilidad y aprovecho esto pa lo que sea que me sirva, entonces en ese sentido creo que es, pues contar con una red de apoyo, asumir un diagnóstico creo, eh, la forma como lo asumís tiene mucho que ver con esas redes de apoyo que tenés, la forma, a ver, el estilo quizás de esa red de apoyo [...] pero, red de apoyo potente, aprender y no quedarme en manos de, o sea yo qué puedo hacer por mí, también qué puedo aprender, esto como, como lo puedo resolver. (N, Sáenz, comunicación personal, 13 de diciembre, 2022)

El tener *información y educación* frente al VIH también les permite asumir otra posición frente al mismo, les permite comprender que si se toman de manera adecuada el medicamento van a tener una vida común y corriente, también el conocer les facilita educar a los otros sobre la realidad del virus.

Por otro lado, cuando se *confrontan con la muerte*, se permiten reflexionar sobre la vida y querer seguir en ella:

A mí me ha parecido muy duro, [...] muchos años sin poder aceptarlo y me tocó vivir pues como esta última experiencia de hospitalización para reflexionar, para darme cuenta que el VIH no tiene que ser, eh, algo negativo, no [...] realmente el VIH es una enfermedad digamos más, digamos más benigna que como lo puede ser un cáncer o, no sé, mmm, una diabetes, cierto, o tener otro tipo de enfermedad pues como que vaya deteriorándolo a uno en sus partes cognitivas o físicas, pero el VIH simplemente es una infección de la sangre y punto, que tiene una, un tratamiento y ya. (T, Agudelo, comunicación personal, 09 de diciembre, 2022)

5.1.11.1. Espiritualidad

En las mujeres entrevistadas lo espiritual también ocupa un lugar importante en la asimilación del diagnóstico, significa tener algo superior a qué aferrarse y buscar en esto la tranquilidad para continuar el rumbo de sus vidas:

La vida sigue, que Dios le da las batallas a las mejores guerreras dicen, y uno al principio le da duro a uno así, pero uno tiene que aprender a vivir, a luchar y a salir adelante [...] la vida sigue, o sea a veces dicen que Dios tiene la culpa y así, pero Dios nos mandó a este mundo a, con un propósito a vivirla, si me entiende [...] uno dice que pues uno tiene que ser fuerte y llevar las cosas como Dios las mande si me entiende porque yo para qué voy a renegar hay que mire, que vea, que porque paso, no, yo sé que uno cuando nace tiene el destino pues escrito. (Reina Alexandra, comunicación personal, 10 de diciembre, 2022)

Siempre fue muy duro pero ya a lo último ya veía de que no, o sea no hay cosas imposibles en este mundo, no, o sea sí es difícil y me va a tocar luchar mucho pero no va a ser imposible la verdad, y con la ayuda de mi pareja y la ayuda de Dios primeramente porque arriba hay un Dios que todo lo ve y que me ha ayudado demasiado y que siempre ha estado ahí y es el que me tiene aquí y bueno a pesar de que mi familia, mis amigos me han ayudado si no hubiera sido por la ayuda de Dios todo poderoso no estuviera yo acá porque por todo lo que he vivido ya era hora de que estuviera muerta. (H, Durango, comunicación personal, 14 de marzo, 2023)

Estoy súper indetectable, muy contenta muchachas porque esto para mí ha sido como cualquier enfermedad [...] para mí es un hermoso diagnóstico porque para mí es como cualesquier enfermedad porque para la gloria y la honra de Dios, Dios me ha tratado muy bien [...] yo vivo feliz, tengo un Dios todopoderoso que me cuida y me guarda en todo momento. (Isabelina, comunicación personal, 09 de diciembre, 2022)

Para estas mujeres tener un Dios al cual aferrarse les da la tranquilidad y la certeza de que van a estar bien, además de que atribuyen que si tienen el diagnóstico fue porque así estaba predestinado y asimismo van a sobrellevarlo de la mejor manera.

También hay para quienes la meditación y el cuidado de sí representa la tranquilidad para asimilar el diagnóstico, vivir y seguir construyendo su proyecto de vida:

Uno tiene que agradecer lo que tiene en el momento. entonces, ¿qué estoy haciendo?, estoy aceptando mi presente, estoy cuidándome, me estoy alimentando lo mejor que puedo, haciendo ejercicio, meditando y estoy estudiando. (T, Agudelo, comunicación personal, 09 de diciembre, 2022)

5.1.12. Acompañamiento Comunitario

Las entidades de carácter comunitario han cumplido un papel muy importante en la vida de estas mujeres porque les ha permitido conocer a otras personas que comparten el diagnóstico y la experiencia viviendo con VIH, lo que les ha facilitado reflexionar sobre sí mismas y asimilar esta realidad.

Y... pues con la fundación RASA, yo me he estado pues como apoyando mucho en los, digamos en los encuentros virtuales que ellos tienen, entonces me gusta mucho participar ahí [...] yo me apoyo mucho en eso y estoy como ahí, como ahí también... Me gusta más este tipo de cosas, eh, también hay una fundación que se llama Lazos de Amor con Cindy Marcela [...] ella también ha liderado como todo este proyecto también, de acercamiento pues como entre las mujeres que convivimos con VIH y... y tocar estos temas con otras personas, con otras mujeres que han vivido procesos, procesos distintos, eso ayuda muchísimo, pues es un apoyo muy importante, pues a mí me parece que sí... y las historias todas son muy distintas, entonces, eh, mi historia como le puede tocar a, a pues le puede tocar a alguien, la historia de otro me puede tocar a mí y así, porque todas somos muy distintas, pero nuestro común denominador es el diagnóstico, cada una lo ha vivido de una manera muy diferente. (T, Agudelo, comunicación personal, 09 de diciembre, 2022)

Las particularidades de cada una de ellas las lleva a transitar el camino de la asimilación de manera diferente, es probable que el aprendizaje no solo desde la experiencia de compañeras sino con el acompañamiento de profesionales y equipos comunitarios les brinde herramientas para desmitificar creencias alrededor del virus:

Yo empecé en la fundación sí futuro, allá me mandaron fueron allá a hacerme desde el hospital, entonces yo dentre allá, todavía también voy allá y me gusta pues están en todos esos programas que salen, ir a lazos de amor, también voy allá a escucha, me gusta mucho participar en todo eso y porque a mí, a mí sí me dio muy duro, pero uno va aprendiendo pues, pues con la psicóloga, que no que el medicamento, que uno vive bien [...] me gusta mucho ir a esos grupos, aquí me dicen a usted si le gusta andar la calle, pero a mí me gusta ir a esas reuniones, porque uno aprende, cada día se viene uno con una enseñanza nueva, que algún día le va servir a uno en la vida. (Reina Alexandra, comunicación personal, 10 de diciembre, 2022)

Con el acompañamiento de estas fundaciones, varias han podido resolver dudas y se les ha brindado información verdadera respecto a este diagnóstico, permitiendo que se empoderen del conocimiento para reconocer características y diferencias que les facilite quitar el tabú al VIH.

Nos buscó una fundación, que fue la Fundación Eudes y nos invitó a una finca que ellos tienen en el hatillo y nos invitaron a mi esposo y a mí. o sea, de ahí en adelante todo fue puro aprendizaje, puro aprendizaje ya como, como, como para mí [...] porque yo quería saber muchas cosas y descubrir muchas otras, o sea, yo estaba como una esponja tratando de absorber todo y queriendo saber todo.... no, esa gente que vivía en esa finca eran personas que tenían todos el virus del VIH y eran personas que no tenían a dónde ir, esa fue una de mis grandes enseñanzas [...] La Fundación ehh, era una fundación sin ánimo de lucro, la cual muchas veces pacientes donaban sus medicamentos, nosotros se los dábamos; con trabajo social se trataba de conseguir también quién les donará medicamentos, porque había un grupo muy grande. (M, Ángel, comunicación personal, 26 de noviembre, 2022)

Lo comunitario se convierte en una de las primeras opciones para encontrar un acompañamiento, puesto que desde el sistema institucional de salud se ofrecen ciertos conceptos y tratamientos, pero las fundaciones trabajan desde el acompañamiento, el cuidado y el ofrecimiento de información en cuanto a cómo manejar su diagnóstico.

Ya me acerqué a positivos y en positivos había lo que llamamos consejeros, eh, y di con un consejero que... pues que es un amor de persona y a quien le sigo teniendo pues una gratitud inmensa, que se llamaba Antonio Urrego, que hacía parte de hallar positivos, y con el empiezo ya un camino diferente, pues a aprender desde la Consejería, no era un profesional, no era trabajador social ni psicólogo, una persona con mucha experiencia porque había trabajado en Estados Unidos con VIH, eh, y entonces ya se abre un camino diferente, un panorama, ahí en positivos había un grupo de apoyo, muy pocas mujeres. (N, Sáenz, comunicación personal, 13 de diciembre, 2022)

El aprendizaje desde lo comunitario ha permitido potenciar lazos de amistad y familiares, porque desde un espacio menos formal a la consulta médica integran a las redes de apoyo, además se cambia el concepto de enfermo-cuidador, por acompañamiento solidario entre pares:

He aprendido mucho porque gracias a Dios y a los programas de apoyo, tanto como SIS, RASA, ehm y [...] Lazos de amor y el de acá, me ha ido muy bien, pues o sea he aprendido sobre el proceso, sobre lo que, la diferencia de una cosa y de la otra, he aprendido a cuidarme, a estar, pues y he estado muy bien gracias a Dios y mis hijos también han aprendido porque mi hija me acompaña a los grupos de apoyo, ha ido, estaba conmigo en Lazos de amor, ha ido conmigo a RASA, entonces eh, nos enfocamos mucho en, en aprender de cada una de las personas que van allá y nos, nos ha ido muy bien gracias a Dios. (Tornasolada, comunicación personal, 07 de enero, 2023)

5.1.13. Proyecto de vida

La experiencia de vida con VIH ha imposibilitado a varias mujeres tener una proyección a largo plazo:

Yo empecé a plantearme una vida de sueños a corto plazo, yo seguí soñando, pero todos los sueños que, que tenía procuraba porque fueran corticos para [que] me diera tiempo de realizarlo [...] vivo el día a día. (M, Ángel, comunicación personal, 26 de noviembre, 2022)

Poco a poco han entendido que la vida puede continuar y que se pueden vivir muchos años plenamente, pero se evidencia proyecciones a corto plazo.

“Estoy aceptando mi presente, estoy cuidándome, me estoy alimentando lo mejor que puedo, haciendo ejercicio, meditando y estoy estudiando ” (T, Agudelo, comunicación personal, 09 de diciembre, 2022)

No se evidencia proyección a largo plazo, las aspiraciones se encaminan a viajar, ponerse linda, estudiar, pensar que en cualquier momento llega la muerte entonces vivir el hoy,

“Ay yo en México, a mí me gustaría ir, por allá a Acapulco (Reina Alexandra, comunicación personal, 10 de diciembre, 2022)

También proyectan un amor propio, en cuanto al cuidado personal:

Ponerme como más, como arreglarme para mí [...], para yo sentirme como bien, para mí misma, para valerme, si más que todo en lo personal, como organizarme las uñitas, así no vaya a salir, para mí y me visualizo pues bien. (Espejito, comunicación personal, 04 de enero, 2023)

Se encontraron proyecciones referidas al estudio y proyecciones laborales a partir de la experiencia:

Yo quisiera tener un estudio, una buena estabilidad económica, ser independiente, vivir ya sola con mi hija y [...] tengo que hacer algo que mi diagnóstico, mi historia de vida le pueda servir a más gente, y eso es algo que lo tengo metido en la mente, solo que el miedo es lo que a mí no me deja avanzar. (Monarca, comunicación personal, 14 de diciembre, 2022).

En general, actualmente se evidenció una complacencia con la vida en el presente y la intención de seguir construyendo una vida feliz:

Yo pues en este momento trabajo con derechos en salud, trabajo con VIH, hago parte de una organización de la cual soy Fundadora, pues sí, que amo profundamente, ehm, yo siento que también soy privilegiada en ese sentido porque muchas personas se dedican a cosas que no les gustan y yo me dedico a lo que me gusta, o sea, es una causa que termina atravesando

mi vida completamente y todos mis entornos. (N, Sáenz, comunicación personal, 13 de diciembre, 2022)

5.1.14 Percepción del Trabajo Social

Desde la experiencia de vida de las mujeres, muchas veces el Trabajo Social está *enfocado en solo una persona*, que es quien se encarga de hacer los encuentros grupales, también es reconocida por el *rol caritativo*, la que les provee los pasajes, alimentos, ropa, etc.

No es que Solecito es un amor con uno, Sol es un amor conmigo, es muy, interactúa mucho con los pacientes, eh, ella, si por ella fuera vivía con cada uno de ellos, porque esa es la vida de ella y ese, y allá ama su trabajo, eso sí tiene Sol, ella ama a su trabajo y ella es muy, muy especial con cada uno de nosotros. (Tornasolada, comunicación personal, 07 de enero, 2023)

Por otro lado, en entidades del *régimen contributivo* se percibe el Trabajo Social como quienes resuelven cuestiones de medicamentos, autorizaciones, citas:

Yo le digo a todo el que que conozco, ah que no le puede solucionar eso, vaya para trabajo social allá le ayudan, para eso están los trabajadores sociales ellas te van a ayudar y te van a apoyar en todo el proceso que necesites de un papeleo o algo [...] o sea ellas están para eso, o sea para que, si uno ha tenido algún altercado, algún problema con algún papeleo o algo se haya resuelto el problema y si no te lo resuelven. (M, Ángel, comunicación personal, 26 de noviembre, 2022)

También las perciben como las que *preguntan lo mismo que otros profesionales para llenar datos*, no las diferencian del resto de profesionales del equipo interdisciplinario,

“No, yo casi no fui a trabajo social [...] yo creo que eso era lo, como lo mismo que la psicóloga” (Reina Alexandra, comunicación personal, 10 de diciembre, 2022)

Por lo tanto, la asistencia a las consultas de Trabajo Social se torna obligatoria:

Con trabajo social, eh o sea en este momento estoy viendo trabajo social porque me toca cumplir con esas frecuencias, eso que no sirve de nada [...] simplemente lo que hace, que le pregunta a uno con quién vive, qué hace uno, que esto, que lo otro, que como se ha sentido, es como así, como que uno qué hace, le preguntan a uno todos los nombres de con quien vive, pues con las personas que uno vive y así. (Eurema, comunicación personal, 07 de diciembre, 2022),

Por lo que sienten que es una pérdida de tiempo asistir con trabajo social, *consideran que todo se puede solucionar desde medicina*, en este aspecto hace falta visibilizar a Trabajo Social, su quehacer y las implicaciones que éste tiene en las dinámicas de vida de las mujeres a quienes atiende.

5.2. Intervención psicosocial del trabajo social

La segunda categoría de análisis es la intervención psicosocial del Trabajo social, en la cual se encuentran los siguientes componentes: sujetas, objeto, enfoque teórico, componente operativo, aspectos éticos y limitaciones.

5.2.1. Sujetas

En los programas especiales de VIH en salud, se hace una intervención psicosocial que tiene en cuenta al sujeto dentro de un contexto, lo cual no limita la mirada solamente hacia un nivel salud-enfermedad, sino que se tienen en cuenta los factores sociales, económicos, culturales, políticos que influyen en los procesos individuales con relación al diagnóstico.

En la atención psicosocial participan de manera consciente e intencionada un equipo interdisciplinario conformado por: medicina, psicología y Trabajo Social. En esta investigación se entrevistaron nueve profesionales de dicho equipo, de las cuales dos son médicas expertas en VIH, dos son psicólogas clínicas, cinco son trabajadoras sociales, quienes están en lugares de atención asistencial y administrativa. Con el fin de tener una mirada amplia en cuanto a la atención en salud que se ha hecho, se incluyó la experiencia de una médica experta en VIH, epidemióloga y salubrista pública que trabajó en los años 90 en la atención especializada, de igual forma una Trabajadora

Social vinculada a proyecto de la administración municipal con población que viven con esta condición.

Asimismo, reconociendo el carácter activo que tienen las sujetas en su proceso de salud, se contó con la experiencia de diez mujeres que viven con VIH, por último, una mujer que convive con VIH y es creadora de la fundación Lazos de amor.

Leer las profesionales como sujetas de la intervención es fundamental para reflexionar y establecer cuáles son las maneras en las que se conciben para atender a las personas, el lugar en el que se asumen, el para qué de su atención, reconociendo que en este caso particular se trata de mujeres cuidando mujeres:

Nútranse mucho, desde el punto de vista profesional, personal, espiritual, hagan algo más allá, si les gusta pintar, si les gusta cantar [...] lo que sea todo eso se refleja, todo eso nutre y acompaña al paciente, y el paciente necesita eso [...] hay que cuidar al cuidador, nosotras somos cuidadoras, podemos ser el ángel guardián o el demonio en la vida de alguien. (E, Mejía, comunicación personal, 10 de diciembre, 2022)

Ejercer el cuidado está relacionado con la postura de responsabilidad con la otra, que trasciende el saber científico específico, además se instala también en el ser y en la perspectiva de vida que se tiene.

También se considera la importancia del papel activo de las mujeres que viven con VIH, quienes son conscientes de sus problemáticas, sus contextos, su historia y su proyección, lo que les permite pensar y decidir sobre su bienestar:

las personas que toman un papel activo frente a su proceso, eh, de salud- enfermedad, aunque yo claramente considero [...] que tengo un diagnóstico, no considero que estoy enferma y no porque esté en negación sino que es que no, yo me siento bien (risas), o sea, entonces, pero sí es como en ese sentido de ese proceso en el que se está, el aprendizaje se hace necesario, el yo saber el nombre de mis medicamentos, yo saber cuáles fueron mis últimos resultados de carga viral y CD4, todo eso te hace tomar un papel activo y te genera una percepción de control sobre eso que te está sucediendo, cuando dejamos todo en manos

del médico obviamente estamos dejando de potenciar algo que podría beneficiarme a mí. (N, Sáenz, comunicación personal, 13 de diciembre, 2022)

Como sujetas activas en la intervención, se observa en esta mujer el reconocimiento de sí misma, asumiendo la responsabilidad sobre su proceso de salud, autorreflexionando y controlando lo que de éste puede controlar.

5.2.2. Objeto de intervención

La experiencia de vida de mujeres que viven con VIH es el objeto de intervención psicosocial del Trabajo Social en este programa de salud especializado, el cual permite reconocer y construir campos de acción que impacten en sus procesos de salud, logrando en primer lugar una adherencia al tratamiento:

Trabajo social lo que hace es suavizar, mitigar, aminorar, digamos como [...] el peso que pueda haber a nivel del contexto social, familiar y económico que tiene este paciente para que obviamente tengamos una mayor adherencia al programa” (A.M, Yepes, comunicación personal, 15 de diciembre, 2022)

En la intervención profesional hay un aspecto que trata con lo adverso de la vida de estas mujeres, aquí se expresa aquello que en la teoría se ha reconocido como ayuda prestacional y que otras se ha llamado apoyo. Esta ayuda no es un fin en sí mismo, es una acción que permite el acceso a la permanencia en los procesos que mejoran la vida de las mujeres.

Siguiendo esta línea se analizan aspectos enfocados a cómo ingresan las mujeres a los programas y los factores que inciden en la adherencia o no adherencia.

5.2.2.1. Ingreso

Las mujeres pueden llegar a los programas de atención especializada en VIH, por diferentes vías, una de ellas es en el *período de gestación* ya que está estipulado según los protocolos prenatales hacer pruebas diagnósticas de VIH.

Dentro de lo que se llama en salud protección específica y atención temprana, eh, en el programa de maternidad, a todas las gestantes se les, se les realiza 3 pruebas durante toda la gestación ojalá, pues se ingresan de manera oportuna [...] ya aquí en La María les hacemos todo el proceso y miramos si se descarta o si se confirma diagnóstico [...] se les brinda toda la educación y la información con respecto al programa y se les inicia tratamiento. (S, Trejos, comunicación personal, 17 de diciembre, 2022)

También ingresan a los programas cuando la *pareja es hospitalizada o muere* a causa del virus, lo cual lleva a hacer un nexo epidemiológico que busca frenar la cadena de transmisión, por lo tanto, la primera persona en ser tamizada es la pareja actual.

La mayoría de las mujeres cuando se enteran de este diagnóstico, digamos tienen una tendencia más fuerte a sentirse más decaída, a sentirse más desanimadas, a sentirse en esa etapa de choque de manera más fuerte [...] se enteran del diagnóstico y adicional de que se enteran del diagnóstico, es como el tema también de la decepción a nivel de pronto como emocional, sentimental, es que yo estuve con esa pareja, confié en esta persona y me pasó esto, eh entonces pasan como todas esas situaciones en simultáneo, más el tema de asumir un diagnóstico que es un diagnóstico de por vida [...] hay algunos estudios que han demostrado que las mujeres podemos desarrollar con este diagnóstico una tendencia más fuerte a episodios de depresión y ansiedad. (A.M, Yepes, comunicación personal, 15 de diciembre, 2022)

En otros casos, no es la pareja sino las mismas mujeres quienes ingresan a hospitalización por cualquier sintomatología y entre los exámenes diagnósticos que se le realizan, se incluye el de VIH.

Otra manera de ingreso, puede ser en la captación hecha en *brigadas* de tomas de sangre, en la que antes de llevar la sangre a los bancos, se examina para conocer si se encuentra en estado óptimo para su uso, cuando hay alteraciones remiten a las mujeres a la EPS en la que se encuentran afiliadas, para que allí se encarguen de la remisión a los programas especiales para confirmar el

diagnóstico e iniciar el tratamiento, de igual forma en campañas de tamización a VIH que pueden realizar desde los servicios de salud, desde fundaciones de carácter comunitarios u ONG,

“Ya hay otros programas como con son mi territorio y hay fundaciones como lo son Rasa” (J, Ríos, comunicación personal, 07 de diciembre, 2022)

Ante estos casos, se sigue la misma ruta para que la mujer llegue a su programa de salud, en el Hospital la María hay una gestión institucional que permite el diagnóstico y tratamiento oportuno.

Eso es lo que me gusta de la ruta, que cualquier entidad puede remitir a un paciente, cierto, [...] con relación al Día Mundial de la lucha contra el VIH, la Secretaría de salud organizó la Brigada para toma de muestras rápidas y una de ellas salió positivo [...] entonces se reporta, ellos o ellas ingresan a la ruta, se les hace una segunda prueba confirmatoria [...] y ya es la entidad que las diagnóstica, notifica [...] dependiendo a qué EPS esté afiliada, se remite. (S, Trejos, comunicación personal, 17 de diciembre, 2022)

Finalmente hay un porcentaje muy bajo de mujeres que acceden a las pruebas de tamización por *voluntad propia*,

“Como que ‘ay ve me voy a hacer una prueba de VIH’, eso no es tan común, pues no es tan común en una chica” (S, Escobar, comunicación personal, 02 de diciembre, 2022)

Una explicación para esta falta de voluntad de las mujeres, puede ser que no hay una estrategia de promoción que se enfoque en ellas, sino que está más encaminada a la población diversa, por la creencia de que el VIH es una condición inherente a prácticas homoeróticas,

“Más fácil un chico [...] o la población LGTBIQ+ dice ‘ay si nos la tenemos que hacer’, porque hay más campañas, hay más búsqueda activa” (S, Escobar, comunicación personal, 02 de diciembre, 2022)

La prevención no se aborda para la población en general, por lo tanto, hay un porcentaje menor de mujeres que deciden hacerse el examen por prevención, casi siempre existe una sospecha, puede ser porque, aunque el sistema de salud colombiano se denomine preventivo, ha enfocado sus acciones frente al VIH a un carácter de atención,

O sea aquí la gente no es tan espontánea de que ‘ay venga, es que yo quiero saber si tengo VIH’ no, no, no [...] porque la gente no, o sea les da pena o de pronto también por

desconocimiento, aquí no hay una cultura, pues no. (S, Trejos, comunicación personal, 17 de diciembre, 2022)

Se observa que al momento de ingreso las mujeres viven de manera simultánea una realidad altamente adversa, el diagnóstico es un evento adverso que toca el cuerpo, las emociones, la psiquis de las mujeres, es decir hay muchos estresores, que implica alta demanda emocional para ellas y por lo general rebasa sus capacidades en este momento preciso.

5.2.2.2. Adherencia

Se refiere al tema de aceptar el tratamiento, asistir a las citas, tomar cada día el medicamento, en este caso todas las profesionales concuerdan en que las mujeres son más juiciosas con la adherencia por el rol de cuidadoras con sus hijos y familiares,

Desde mi percepción creo que hay un mayor compromiso, cierto, [...] hay una mayor preocupación de salud, hay una mayor preocupación por estar bien, hay una mayor preocupación así sea por los hijos, o sea porque uno quisiera que lo primero fuera por ella, cierto, de que lo hicieran por ellas, pero, pero todas piensan en sus, en sus hijos. (X, Álvarez, comunicación personal, 13 de diciembre, 2022)

Las prácticas de cuidado hacia los hijos posibilitan un nivel de adherencia relacionado con la salud de éstos, pero pareciera que también las conecta en algún momento del proceso con la necesidad de cuidado de sí mismas, puede ser también por tener conciencia de que si cuida de ella también puede cuidar de sus hijos.

Por otro lado, hay que tener en cuenta las condiciones en las que se pueden encontrar las mujeres (habitantes de calle, núcleo familiar, situación económica, etc.).

Depende [...] dependiendo de la población también, porque, por ejemplo, tenemos mujeres habitantes de calle que claramente son totalmente inadherentes, antes están perdidas en abandono o me imagino que también, que, dependiendo del medio, de su, del medio que las rodea. (B, Meneses, comunicación personal, 02 de diciembre, 2022)

Respecto a la población habitante de calle, es compleja la adherencia a los programas especiales por su condición de calle, pueden incluir factores económicos, de adicción y algunos aspectos subjetivos que trascienden el plano de la salud, por lo tanto, la marginalidad, la exclusión, la adicción y la pobreza absoluta se convierte en una barrera para garantizar un estado óptimo de salud,

Muchos de esos usuarios les gestionábamos la cita en las IPS, les hacíamos la articulación [...] muchos decían ‘sí profe yo voy a la cita, yo voy a la cita’ y el día de la cita por ningún lado, por ningún lado y nosotros decíamos Dios mío a pesar de, de estar sobre la mesa el acompañamiento de nosotras [...] te acompañamos a la cita, te damos el o sea pagamos el transporte de ida y vuelta, les dábamos el refrigerio al menos para que pudieran aguantar un poquito [...] entonces nos decían, ‘no profe yo por allá no voy, porque yo no me voy con, con el mono’, el mono le dicen al síndrome de abstinencia por heroína, el síndrome de abstinencia es demasiado fuerte[...] le llaman coloquialmente el mono, o sea un mono que se les monta en el cuello y que no los deja mover y no los deja pensar y no los deja actuar, eh hasta que no se vuelvan a inyectar cierto y como ellos no están en proceso de superación y no están recibiendo el sustituto que es la Metadona [...] entonces ellos se tienen que estar inyectando [...] entonces esa era la dificultad para llevarlos a la cita [...] la gran dificultad para que los chicos que sufren, habitantes de calle que sufren el VIH y las mujeres es el síndrome abstinencia por eso no pueden llegar a las citas, aun estando sobre la mesa el acompañamiento. (Y, Pandales, comunicación personal, 17 de marzo, 2022)

Por otro lado, las condiciones económicas pueden influir en la manera en la que las mujeres cuidan su salud a partir de las herramientas con las que cuentan, cuando el satisfacer una necesidad básica no es un problema porque se cuentan con los recursos necesarios, el cuidado de la salud, en la mayoría de los casos puede llevarse a cabo de la mejor manera,

“En SIES que tú ves gestantes de Nueva EPS y de Sanitas, son del régimen contributivo, son diferentes [...] hay más compromiso, hay un control, hay un compromiso fuerte” (X, Álvarez comunicación personal, 13 de diciembre, 2022)

Muchas mujeres son juiciosas con sus medicamentos, pero por cualquier razón sistémica el tratamiento les puede fallar y eso perjudica el proceso de adherencia. Una de las estrategias que

propicia la adherencia son prácticas de reforzamiento positivo para motivar la permanencia de los pacientes al tratamiento, por ejemplo, la trimestralización, para que asistan a consultas presenciales cada tres meses, los otros dos meses se les hace control telefónico desde Trabajo Social y química farmacéutica para que sigan juiciosas con el medicamento, para que no se tenga que desplazar muchas veces a la Unidad de Salud,

“Son premios, son alicientes, son usted que es tan juicioso, usted que es tal cosa, usted que lo ha hecho tan bien, venga premiémoslo” (E, Mejía, comunicación personal, 10 de diciembre, 2022).

Siguiendo esta línea se encuentran factores que influyen en la no adherencia como lo son: *Negación del diagnóstico*, sobre todo procurando que las personas de su entorno se enteren, existe una autocensura ligada a la censura social que lleva al ocultamiento. Este ocultamiento tiene un origen en el discurso negativo que se posicionó como dominante sobre el VIH y sobre las personas que lo viven,

Como la negación del diagnóstico cierto [...] pero al afrontamiento a la familia, porque es que yo vivo con todos y yo tengo que guardar esas pastas, yo no sé cómo me las voy a tomar, yo dónde las dejo, cómo, dónde las pongo, entonces en mi casa se van a dar cuenta y me van a preguntar que por qué me estoy tomando esas pastillas, pastillas todos los días. (S, Escobar, comunicación personal, 02 de diciembre, 2022)

El ocultamiento puede darse en varios entornos en los que viven las mujeres, el laboral es uno de ellos, muchas hacen largas jornadas de trabajos y no llevan sus medicamentos a los sitios de empleo:

Con su situación económica poco estable, tienen que estar saliendo a trabajar [...] a veces se les olvidan las pastillas, tratan de ocultar el diagnóstico lo más que puedan, para que no se den cuenta, cierto, entonces no llevan las pastillas al trabajo, entonces se les olvida.

También puede darse por los efectos secundarios asociados a la toma de medicamentos:

“Entonces a mí me genera eso vómito, no es que yo me lo tomo y me da un mareo, yo no me voy a tomar eso, es que eso no me deja estar bien, no me deja estar tranquila” (S, Escobar, comunicación personal, 02 de diciembre, 2022)

Ante estos casos, se trabajan estrategias interdisciplinarias que permitan superar estos aspectos:

El staff médico es donde se le hace seguimiento a los que por una u otra razón no están siendo adherente al tratamiento o tiene un fallo virológico [...] ahí prácticamente todo el equipo interdisciplinario sabe que se le hacen otros procedimientos, se les envía otros exámenes, y así se le cambia el tratamiento, porque existen varios tratamientos. (J, Ríos, comunicación personal, 07 de diciembre, 2022)

Hay casos específicos en los que la adherencia se torna complicada y es sobre todo en los procesos de gestación:

Las gestantes, muchas también complicadas, porque aparte de que les sumamos el malestar del embarazo que es el vómito, el que todo me fastidia, el medicamento, no es que el medicamento del VIH es una pastilla muy grande y además que no tiene solamente 1, son 2 o 3, entonces hay muchas que las vomitan, entonces, que me las puedo tomar, pero a la media hora las vomité, no hizo nada. (B, Meneses, comunicación personal, 02 de diciembre, 2022)

Por otro lado, *otras morbilidades* que puedan tener las pacientes pueden incidir en tomar de manera inadecuada el TARV, además la ausencia de una red de apoyo afecta la adherencia, hay casos graves, por ejemplo, morbilidades como el Alzheimer en el que a las mujeres se les olvida tomar el medicamento:

Tenemos digamos mujeres ancianas que ya sufren de Alzheimer, entonces deben tener una red de apoyo constante que le esté recordando que se debe tomar el tratamiento, la hora de las pastillas. (J, Ríos, comunicación personal, 07 de diciembre, 2022)

En otros casos se puede presentar una *pérdida del sentido de la vida*, muchas a raíz de procesos de depresión llegan a un estado en el que realmente desean morir:

Hay muchos abandonos [...] inadherentes al tratamiento [...] ya pérdida del sentido de la vida, realmente no van a tomar su tratamiento porque se quieren es morir y uno, pues uno les respeta esa decisión y por más de que uno les ofrezca el cielo y la tierra ellos dicen que no. (Entrevista Blanca, 2022).

La forma emocional como se recibe y tramita el diagnóstico va a favorecer o no la adherencia y la decisión respecto a la conservación de la vida, la cual necesita acompañamiento desde el equipo psicosocial.

Así mismo, *los aspectos culturales de algunos territorios* dificultan la adherencia a los tratamientos:

Urabá es muy complejo y tiene población muy difícil, muy demandante, es una población que si no le das no va, o sea, definitivamente si no le das no va, cierto, entonces es una población muy difícil de manejar. (X, Álvarez comunicación personal, 13 de diciembre, 2022)

Además de esto al ser entornos pequeños, existe el riesgo de encontrar personas conocidas, lo que hace más compleja la vinculación responsable a los tratamientos, Turbo es uno de ellos, al ser pequeño, muchos se conocen, eso incluye al personal de salud:

O sea el hecho de salir de la casa y que el vecino las vea así, a llegar a un hospital y que de pronto la distingan y ‘ay, usted que está haciendo acá’ [...] en el hospital trabaja mi prima, si allá [...] en el hospital nadie es ético entonces todo el mundo se va a dar cuenta. (S, Trejos, comunicación personal, 17 de diciembre, 2022)

En muchos casos es tan fuerte la idea de que las personas que les rodean no se enteren, que varios pacientes prefieren conseguir el medicamento en otras partes con tal de no ir a los servicios hospitalarios:

Dicen ‘no, yo no he ido al programa, pero yo me estoy tomando el medicamento’, ‘de dónde estás sacando el medicamento si desde la EPS no se te ha entregado’, ‘no’, los consiguen por otros lados, sean fundaciones o amigos o el inframundo, el caso es que se los consiguen por otros lados y no vienen acá al hospital es por el estigma de que no quiero que me vean [...] yo voy allá y me vuelve a la mente de que tengo el VIH y no quiero sentir eso. (B, Meneses, comunicación personal, 02 de diciembre, 2022)

Se observa la coexistencia de situaciones que obstaculizan la adherencia, el factor social, por el temor a que se den cuenta, la reacción biológica de orden exclusivo de la medicina y la combinación de variabilidad biológica por el estado de embarazo sumado a los efectos del medicamento. De nuevo aparece la censura social, el temor al qué dirán los otros se impone sobre el cuidado de la salud, desde esta mirada la institución médica es considerada como un fantasma asociado no a la salud, sino a la enfermedad y quizás a la posibilidad cercana de la muerte.

Finalmente, *Los roles de cuidado otras veces les juegan en contra a las mujeres*, porque ponen en primer lugar el cuidado del otro,

“Las mujeres con VIH [...] en su rol de cuidadora, tiende a cuidar a su familia y no a ella misma” (E, Mejía, comunicación personal, 10 de diciembre, 2022)

Por razones como estas, se buscan estrategias que permitan verificar las condiciones reales y contextuales en las que vive la persona, para trabajar aspectos que imposibilitan una buena adherencia, estrategias como las visitas domiciliarias toman gran relevancia aquí:

Las visitas domiciliarias, primero es por la adherencia cierto, porque necesitamos verificar la adherencia del paciente al tratamiento, nuestros pacientes nos dicen, no yo soy adherente, yo me tomo juicioso las pastillas, pero ya va uno a la casa, hace el conteo de las pastillas, nosotros damos el tratamiento por mes cierto, las 30 dosis para los 30 días del mes cierto, [...] el paciente en llamadas sí yo soy adherente, yo me tomo las pastillas y ya cuando vamos ahí están todos los tarros [...] entramos la parte social y buscamos circunstancias. (J, Ríos, comunicación personal, 07 de diciembre, 2022)

La visita domiciliaria como estrategia para facilitar la adherencia y la permanencia de esta, da cuenta de que como lo expresa la teoría, ésta permite establecer un mayor y quizás mejor vínculo

con las personas y sus familias, establecer los factores de riesgo, los factores protectores, ejerce control sobre los compromisos adquiridos y permite identificar estrategias para la adherencia.

5.2.3. *Enfoque teórico*

La fundamentación teórica es la que le da un carácter ético, político y conceptual a la intervención del Trabajo Social “Se relaciona con la apropiación epistemológica crítica de paradigmas, teorías, conceptos y propuestas metodológicas.” (Cifuentes, 2005, p. 9). En los programas de salud las trabajadoras sociales tienen una apropiación conceptual referente al VIH desde una mirada clínica, entendiéndolo como un tema que les exige expandir su campo de conocimiento a las ciencias de la salud, para articular una práctica social que les permita comprender contextualmente a las mujeres que atienden de acuerdo a la experiencia de vida con el diagnóstico.

En cuanto a los referentes teóricos que guían la parte operativa de la intervención no están fundamentadas en las teorías sociales en las que el Trabajo Social se ubica como lugar de enunciación, sino que cada profesional desde su particularidad tiene una fundamentación contextual, que aplican de acuerdo a la cotidianidad de la atención que brindan, entre estas se encuentran:

- *Enfoque sistémico*, el pensamiento sistémico permite identificar cómo lo relacional favorece o no todo aquello que se relaciona de manera positiva o negativa con el proceso de salud-enfermedad que viven las mujeres. Haciendo especial énfasis en esas relaciones significativas que se encuentran en la familia,

“Con una mirada pues sistémica desde el ámbito familiar. Siempre me enfoco desde la teoría de sistemas”. (S, Escobar, comunicación personal, 02 de diciembre, 2022)

- *Enfocada en el hacer* para dar respuesta inmediata a las situaciones que se le presentan en su labor diaria,

“Realmente lo que uno aprende es aquí, es aquí [...] o sea uno dice [...] qué más herramientas, que más estrategias hago para poder traer a un paciente aquí a que me tome un medicamento” (B, Meneses, comunicación personal, 02 de diciembre, 2022)

Desde este punto de vista se evidencia que la realidad desborda lo que se aprendió en la teoría y es en esa práctica del día a día que ha logrado adquirir habilidad para establecer estrategias que favorezcan la adherencia, pues el ejercicio práctico profesional aporta aprendizajes y conocimientos apropiados que nutren la intervención,

“Entonces aquí se ve muy rápido, mueve muy rápido, termino con un paciente y sigo con el otro y sigue y así consecuentemente cierto y he estado aprendiendo muchas cosas, cada campo te va enseñando muchas cosas” (J, Ríos, comunicación personal, 07 de diciembre, 2022)

A partir de las intencionalidades de cada profesional se debe reflexionar acerca de los resultados e impactos que se quieren tener con las personas que llegan a consulta y determinar si es necesario indagar sobre distintas construcciones sociales que posibiliten edificar otras formas de ver la realidad para intervenir en ella.

- *Enfoque de derechos*, el cual es propio del sector salud,

“Yo digo pues mi intervención [...] mi enfoque va a depender de, del campo [...] Acá pues se trabaja con un enfoque de derechos porque está centrado en la salud” (S, Trejos, comunicación personal, 17 de diciembre, 2022)

La salud como derecho debe ser un servicio público otorgado por el Estado, el colombiano es un estado social de Derecho y en Trabajo Social hoy se dan discusiones en las que se habla de intervenir desde el enfoque de Derechos, por lo tanto, las y los profesionales del sistema de salud deben garantizar el acceso y la atención oportuna.

- *Enfoque humanista*, se enfoca principalmente en la subjetividad del individuo, donde tienen importancia los factores de autoconocimiento y respeto del mismo,

“Yo estoy en mi rol administrativo, sin olvidar mi enfoque humano” (X, Álvarez comunicación personal, 13 de diciembre, 2022)

Visibilizar el reconocimiento del otro, de su situación, su contexto, sus necesidades, sus sentir, sentidos y significados que respecto a su experiencia de vida ha venido construyendo o no.

5.2.4. Componente operativo

La intervención profesional en lo social permite la acción en un micro espacio de la vida de las mujeres referida a la experiencia de vida con VIH, la cual les posibilita conocer y transformar la manera en la que se afronta esta realidad. A partir de esta concepción las profesionales pueden realizar diferentes tipos de intervención, entre las cuales se ubica de acuerdo con Vélez (2003) las tipologías de actuación profesional prestacional, educativa, preventiva y promocional, las cuales se da en los diferentes ámbitos de las mujeres: individual, grupal, comunitario, familiar, de orden administrativo.

5.2.4.1 Individual

Se hacen consultas individuales encaminadas a los dictámenes que ofrece la guía de práctica clínica, de acuerdo a esta, las frecuencias de Trabajo Social son dos veces al año, el Hospital la María tiene un modelo de atención diferencial que les permite a partir de la identificación de riesgos programar consultas de Trabajo social con mayor frecuencia. Desde la tipología educativa lo esencial “es el afianzamiento de los valores necesarios para la convivencia social, y la constitución de sujetos sociales capaces de asumir e interpretar la realidad de manera ética y responsable” (Vélez, 2003, p. 72), por lo tanto, en los ingresos se aborda el tema del diagnóstico ya que existen muchas dudas referentes a este, además brindar información les permite a las pacientes tener más seguridad y empoderamiento en la adherencia al tratamiento. Igualmente, se aborda el tema del estigma, para que ellas conozcan la realidad y la enfrenten:

Acá todos tenemos el deber de hacer la respectiva educación frente a las ventajas, consecuencias, ehh, efectos adversos que tiene el medicamento, [...] buscar qué redes de

apoyos tienen ellas para que se aferren a eso y así mismo darles un sentido de vida [...] lo que pasa es que el VIH es un estigma que hay acá a nivel prácticamente mundial y hasta que, hasta que realmente se conoce de cómo es el manejo, cómo es la vida que se puede llevar después de un, de un diagnóstico positivo, pues es que entiendo ‘que ah bueno, no pasa nada que tengo un VIH, simplemente es un estigma’. (B, Meneses, comunicación personal, 02 de diciembre, 2022)

Desde la tipología preventiva que “opera en el terreno de la actuación precoz o anticipada sobre las causas generadoras de determinados problemas con miras a evitar su aparición” (Vélez, 2003, p. 72), en la primera atención con Trabajo Social se hace una entrevista para identificar antecedentes, factores de riesgo, se hace evaluación socioeconómica y una caracterización de la dinámica familiar:

Se hace pues como la entrevista, cierto, hacemos y espacio de escucha, entonces hacemos en nuestra intervención entrevista, verificar el factor, algún factor, factores de riesgo, antecedentes, evaluar pues dinámica familiar, condiciones socioeconómicas, con quién está viviendo, cómo están sus redes de apoyo, como está el tema de autocuidado, algún tema de vulneración, algún tema de maltrato. (S, Escobar, comunicación personal, 02 de diciembre, 2022)

Cuando se evidencian aspectos de riesgo socioeconómicos, desde la tipología prestacional se les mitiga necesidades en cuanto a alimentación, vestimenta y transporte para acudir a las consultas. Desde el equipo psicosocial se han implementado estrategias de fidelización, las cuales tratan de gestionar recursos que permitan garantizar a las personas la asistencia a consulta y la adherencia a los medicamentos, también se implementan como formas de premiar a los ‘juiciosos’:

Ehhh que uno trata de fidelizar a los pacientes, fuera de que le damos el transporte, le damos algún alimento, venga que le damos para su bebé, por acá Blanca hace una gestión con la cajita, ehh, que les dan pañales, los pañitos, entonces uno trata de meterse pues por ahí, cierto, si esas estrategias. (X, Álvarez comunicación personal, 13 de diciembre, 2022)

El carácter prestacional se orienta a la satisfacción de necesidades que requieren respuestas inmediatas para evitar una situación desfavorable, se centra en poblaciones que se aparta de los estándares mínimos de bienestar social, por lo tanto la asistencia opera en los parámetros de ética y responsabilidad social del profesional como garante de derechos, de acuerdo con esto la profesional debe “velar porque los recursos lleguen a quien realmente los necesita, desarrollando una racionalidad crítica (no instrumental) que oriente la toma de decisiones” (Vélez, 2003, p. 70).

Desde la intervención individual de Trabajo Social se aborda el tema del relacionamiento que se da entre paciente y profesional, en el que se puede tejer una confianza, a partir de la cercanía, pues es un ser humano quien desde su escucha activa va acompañar un proceso que enriquece la atención psicosocial:

Me le presento, eh, ‘conmigo puedes hablar de manera muy libre, muy espontánea si quieres porque yo no te voy a juzgar’, simplemente, yo siempre les digo eso, que aquí estamos para ayudar y acompañar y les genero esa confianza inicialmente, incluso a algunas les hemos dicho aquí que nos vean como una segunda familia, cierto, que no nos vean como ahí están para darnos unas pastilla, no, yo les he dicho eso, [...] yo trato de que la llegada a mi consultorio implique algo diferente [...] que ellos se vayan con más ganas de volver, motivados, qué ellos digan ‘bueno, yo tengo cita dentro de un mes y recorrí un camino de 2 o 3 horas y qué chévere yo llegar allá y que me digan vas muy bien’. (S, Trejos, comunicación personal, 17 de diciembre, 2022)

5.2.4.2 Grupal

Desde la tipología promocional que según Vélez está orientada a: “potenciar las capacidades individuales y los recursos colectivos para mejorar o satisfacer las necesidades humanas y sociales, colocando especial énfasis en la capacidad de respuesta que las personas, grupos y comunidades -afectadas por determinadas situaciones” (Vélez, 2003, p. 70), se realizan grupos de escucha dos veces al mes, este se configura en un espacio seguro, de apoyo mutuo, de compartir experiencias y potenciar aprendizajes. Para la realización de la intervención se tiene en cuenta el método integrado de Trabajo Social.

- Inmersión: fases de la investigación y el diagnóstico, en las consultas individuales se hacen caracterizaciones que permiten conocer quiénes son los y las pacientes e identificar aspectos en los que se puede trabajar.
- Intervención: fases de la planeación y ejecución, la profesional tiene un tiempo administrativo para preparar los espacios grupales:

Que voy a hacer, cómo lo voy a nombrar, cuál va a ser el objetivo [...] voy a pedir esto, voy a hacer esto, qué materiales voy a necesitar, cuál va a ser mi foco de intervención, qué busco con eso, cuáles son mis preguntas orientadoras, empiezo a hacer mi planeación. (S, Escobar, comunicación personal, 02 de diciembre, 2022)

Posteriormente se ejecutan los grupos de escucha.

- Sistematización: fase de evaluación: finalmente se hacen informes con los resultados obtenidos de la intervención y se anexan los listados de asistencia como soportes.

Otra estrategia grupal que ha sido utilizada desde la prevención es una intervención entre pares, que busca entre personas que tienen aspectos en común, un acompañamiento y un apoyo en la asimilación y adherencia al diagnóstico:

Una niña muy joven quedó embarazada, se le muere la pareja cuando la niña nace, entonces queda sola con la niña, pero la niña es positiva y ella y la pareja y la falta de dinero, o sea, las condiciones económicas súper difíciles, todo se le juntó y ella se tomó las pastillas, normal y ella aceptó y está super bien, entonces de la misma edad con otras condiciones [...] ella le contó, lloraron, o sea, fue súper fuerte, fuerte, entonces ya ella le dijo "no, como así ánimo, ánimo" entonces yo decía pero cuál ánimo, eres tú la que te tienes que tomar las pastillas [...] obviamente ella lloraba pues contando la tragedia desde su cosmovisión, desde su visión. (S, Trejos, comunicación personal, 17 de diciembre, 2022)

5.2.4.3 Familiar

Debido al tema de revelación del diagnóstico este tipo de intervención se torna compleja, porque no se puede hacer sin el consentimiento de la paciente, en caso de que ella desee compartir con su familia lo que está viviendo, se hace un acompañamiento desde Trabajo Social, a partir de

la función educativa con la familia en la que se hace un proceso informativo y de resolución de dudas con el fin de bajar las tasas de discriminación, propiciando un ambiente de cuidado y acompañamiento que permita fortalecer las redes de apoyo,

Desde la parte educativa se hace todo lo que es bajar las tasas de discriminación cierto, porque muchas veces, digamos el joven que quedo infectado con VIH, qué van a hacer las familias que, todavía estamos en un contexto muy patriarcal, muy machista, con un desconocimiento de lo que es el virus, qué van a hacer, lo echan a la calle y ha pasado cierto, entonces nosotros intervenimos, entraríamos a hacer la parte de la educación, vea no, necesitan es apoyarlo, no los va infectar, que usted no se tiene porque morir porque ya existe un tratamiento para el VIH cierto, con el que puede llevar una vida normal y común y corriente. (J, Ríos, comunicación personal, 07 de diciembre, 2022).

5.2.4.4 Comunitario

Desde lo promocional se trabaja en campañas que permitan a las personas conocer sobre el virus, tener pruebas diagnósticas y complementar aspectos que al área de la salud se le escapan. El apoyo con entidades de origen comunitario es importante para fortalecer lo que no se alcanza a abordar en los tiempos de consulta del área de la salud, igualmente al ser un campo limitado por los protocolos y las guías prácticas, crear redes comunitarias puede complementar una atención integral de las personas.

Tratamos a veces pues de fortalecer el tema comunitario, pero a veces se nos hace pues muy difícil, eh por el tiempo, sabemos que son tiempos limitados, una quisiera hacer muchas cosas, pero el tiempo no da, entonces hemos tratado es como de involucrarnos con las organizaciones de base comunitaria [...] sabemos que es como la activación de redes, como con esas redes sociales de apoyo. (S, Escobar, comunicación personal, 02 de diciembre, 2022)

Las redes comunitarias que se tejen con las instituciones son importantes desde la perspectiva de las usuarias, por lo tanto, seguirse fortaleciendo es responsabilidad de la institucionalidad y del trabajo conjunto que entre dichas se pueda construir:

hemos hecho un trabajo de terreno, de darnos a conocer en cada una de las IPS, de ir, de decir que tenemos un grupo de mujeres, que nos apoyen haciendo el voz a voz porque como es confidencial [...] entonces intentamos que sean de voz a voz a través de las mujeres que ya vienen el grupo y de voz a voz a través de los profesionales, sin embargo hay algunas instituciones prestadoras que tienen políticas internas de no comunicar tanto estos procesos comunitarios, porque desde acá uno instruye a los usuarios en cómo entutelar, en cómo exigir el derecho, como, eh, cómo es realmente el programa, eh como para que no se las monten, y a veces a la institución eso no le interesa. (C, Zapata, comunicación personal, 26 de enero, 2023)

En el caso particular de las mujeres, el ingreso a la entidad comunitaria Lazos de amor acarrea una ruta en la que se le dan todas las claridades de la oferta institucional, también se realiza entrevista a las personas para conocer sobre ellas y sus intenciones con el ingreso a este espacio:

nosotros tenemos, unas rutas internas, entonces por ejemplo ellas nos llaman, ay venga escuche de lazos de amor, me gustaría participar, entonces en esa llamada, si tenemos tiempo, hacemos algo que se llama [...] como esa socialización de qué es lazos, venga lazos es esto y esto, porque también hay que hablar con claridad a las mujeres, de que no vamos a pagar el arriendo, el mercado, cierto, que no se cree una expectativa falsa, entonces allí, hacemos la claridad, nuestra oferta institucional son grupos de apoyo, acompañamiento individual a través de asesorías pares y asesorías profesionales [...] entonces hacemos como esa entrevista que tenemos ya prediseñada, les dejamos claro, si ahí ella quiere continuar entonces, antes de la pandemia teníamos una entrevista presencial, porque se vuelve otro filtro, precisamente para el tema de la conciencia, a veces hay gente que quiere llegar a estos escenarios de grupos, para vender cosas de nutrición, dietética, vitaminas, proteínas, cualquier cantidad de cosas y, uno se queda corto en una llamada, para conocer a esa persona y saber cuál es su intención. (C, Zapata, comunicación personal, 26 de enero, 2023)

De igual forma los proyectos desde la administración municipal y departamental son fundamentales para prevenir, mitigar y vincular a las personas a los programas de VIH, además de que contribuye a la lucha contra la discriminación:

El primero de diciembre con todo el día, ehh, de la conmemoración del VIH, cierto, nosotros hicimos unas actividades y nos apoyaron unas chicas de gobernación, de los proyectos de la gobernación, donde se hizo toda una jornada pues como de sensibilización en la mañana en los pasillos del tema de tuberculosis. (X, Álvarez comunicación personal, 13 de diciembre, 2022)

Un factor importante para este tipo de intervenciones, es el análisis contextual, pues hoy en día todavía existen contextos en los que no se puede abordar el tema de VIH por el estigma y la constante discriminación que genera, además por la situación de conflicto armado que ha tenido Colombia, lo cual limita las intervenciones de origen comunitario:

Urabá es muy, muy pequeño, o sea la gente aquí se conoce [...] entonces yo no puedo citarlos a un grupo de escucha de VIH, se me forma. Y además aquí también [...] por tener tanta presencia de, o sea la presencia de, del grupo armado ilegal, pues ellos acá gozan de legitimidad, eso no es intimidación, no es un secreto, cierto, entonces también, también ellos están como que ahí, mmm he escuchado ya bastante que ellos por ejemplo no quieren que en cierta comunidad haya pacientes con VIH, o sea son rumores que yo los notifiqué a gerencia incluso, entonces debemos ser muy cuidadosos. (S, Trejos, comunicación personal, 17 de diciembre, 2022)

Los proyectos de atención comunitaria que se realizan desde las administraciones, se pueden conectar y beneficiar, no solo al área social sino también al área de la salud, por ejemplo, los proyectos de escucha desde la administración municipal que apoya a población en riesgo, sobre todo personas habitantes de calle que viven con VIH, lo cual además de mitigar el consumo de sustancias psicoactivas, permite la vinculación a los servicios de salud. Se trabaja desde la prevención para evitar la propagación del virus por medio de jeringas utilizadas para el consumo

de sustancias inyectables, pero articulado a todo este proyecto, hay un factor importante y es abordar el tema del estigma, para entender que más allá del consumo que se convierte en una enfermedad para estas personas, se trabaja con seres humanos:

Mostrarle a la comunidad de que ellos no solamente consumían sustancias, sino que eran personas, porque entonces siempre los tildaban de marihuaneros, o periqueros, o los gamines del barrio, los delincuentes, el hecho de que una persona consuma sustancias no quiere decir de que es un delincuente y sí, puede que por el consumo de la sustancia, lo pueda llevar a eso, pero no podemos tildarlos [...] muy importante la reducción del estigma, porque con el estigma lo que se hace es marcar a la persona para que no tenga una inclusión social. (Y, Pandales, comunicación personal, 17 de marzo, 2022)

5.2.4.5 Administrativo

En la tipología prestacional, el Trabajo Social también ocupa un rol administrativo en el que se garantiza el derecho a la salud. En el caso del tratamiento es importante que pacientes accedan a los medicamentos, por lo tanto, cuando desde el trabajo social se evidencia una barrera en el acceso o incidente puede apoyar el proceso.

Los procesos administrativos miden resultados a partir de indicadores, por lo tanto, la intervención se hace a partir de la consecución de las metas planteadas, de igual forma, una de las medidas de resultados en cuanto a la percepción con la atención se hace a partir de datos cuantitativos, entre esos, encuestas de satisfacción las cuales se llevan a cabo desde el Trabajo Social.

En este aspecto se incluye también la atención al usuario por medio del canal SIAU (servicio de información y atención al usuario). En el que el lugar del Trabajo Social en los procesos de inclusión social es de facilitador, integrador y apoyo:

El día a día pues sí te lo dice todo, cierto, el que llegó tarde, el que perdió la cita, el que no viene hace dos años, el abandono, o sea todo, cierto, subsidio de transporte [...] dentro del modelo hay un pilar muy grande que es el tema de la inclusión social. (X, Álvarez comunicación personal, 13 de diciembre, 2022)

5.2.5 Aspectos éticos

La intervención se orienta desde una ética profesional, en el servicio de salud está enmarcada en el código de ética de Trabajo Social entre los cuales se resaltan principios como el de la confidencialidad con el diagnóstico, los procesos de escuchar con respeto sin juzgar las creencias, costumbres y decisiones de las personas, escuchar atentamente permite comprender el contexto y la situación en que se encuentra la persona. De igual forma, reconocer a las personas con dignidad, verlas como seres humanos integrales y con capacidad de empoderamiento:

Mantener la confidencialidad del diagnóstico, la confidencialidad de la persona, no estar chismoseando digamos digamos entre profesionales o con la familia mira que este paciente, que estas personas cierto, porque uno se puede encontrar con el vecino en el hospital, y ha pasado, entonces creo que la confidencialidad es muy importante. (J, Ríos, comunicación personal, 07 de diciembre, 2022)

El respeto, ehh, la escucha, el regalo de la escucha yo digo que tú puedes estar en el estado de crisis, preocupación, estrés que quieras pero a tí te va a calmar un 90% ese malestar el que te escuchen con buenos ojos [...] hablamos nuestras problemáticas y me están escuchando pero no me están viendo bien, entonces de más que a esta mujer o a este usuario que me llegue con esta problemática tan grande tenemos que escucharlos y que ellos vean en nosotros que los estamos viendo con ojos de, de ayuda, [...] de acogerlos, [...] aplicar los valores que más podamos para que ellos se sientan tranquilos, porque no es fácil igual [...] tengo que darle toda la tranquilidad [...] brindarles todos los recursos que podamos para, para que ella tenga o un embarazo o un proceso, mmm, acompañado. (B, Meneses, comunicación personal, 02 de diciembre, 2022)

Otro aspecto importante es la constante actualización y estudio sobre el VIH, ya que las personas que asisten a consulta encuentran en Trabajo Social un espacio de confianza para resolver dudas o desmitificar aspectos del diagnóstico, por lo tanto, es ético ser claro y sincero con la información,

Hay que estudiar mucho porque, pues me tocó hacer varios cursos en cuanto a salud, a atención a pacientes con VIH, y ya saber como el modo correcto de orientar a las personas con VIH y de tratarlas [...] lo importante es ir uno ahí, empapándose, estudiar, meterle ganas. (J, Ríos, comunicación personal, 07 de diciembre, 2022)

“Leer, estar empapados como, como de las actualizaciones, todo lo que vaya saliendo de normativa” (S, Trejos, comunicación personal, 17 de diciembre, 2022)

“También hay que ser claros, cuando uno está parado en su posición, que uno sale como un grosero, no, no necesariamente es que uno tenga que ser grosero, uno no es grosero, uno simplemente es claro con la información” (X, Álvarez comunicación personal, 13 de diciembre, 2022)

Por otro lado, se debe contextualizar la intervención porque no es igual para todas las personas, ni en todos los contextos sociales:

Hacer un análisis todo el tiempo [...] yo siempre he dicho que uno tiene que saber dónde está parado para saber cómo intervenir, cierto, entonces cómo es la situación del VIH en Colombia, eso es, en este momento eso está crítico, uno creería que por ejemplo con los medios de comunicación, con todo eso, las más media pues como se le dice, los jóvenes por ejemplo estarían más alertas y no, no, uno ve cada día más jóvenes, entonces yo digo esto es de continua reflexión, de cómo está la sociedad frente a el tema [...] yo todos los días de mi vida reflexiono en torno a mi intervención, porque yo no soy una máquina y yo a veces que ha sucedido mucho, cuando no entiendo por ejemplo un término, puede ser médico-clínico ahí mismo me pongo a leer. (S, Trejos, comunicación personal, 17 de diciembre, 2022)

Finalmente, no se puede dejar a un lado la importancia de realizar una planeación de la intervención para abordar en los tiempos de consulta lo que las personas realmente necesitan, de igual forma dejar los adecuados registros de los procesos de atención que se brindan:

Que nuestro quehacer y nuestra intervención no sea ah voy a ir a hacer la consulta, no, que haya una planeación, que haya una ejecución, que yo tenga un enfoque de intervención,

porque eso es muy bonito, y eso se dan cuenta, se dan cuenta, usted cuando habla con otros trabajadores, uno se da cuenta de eso [...] yo no, me pienso en mi planeación y ejecución, cuál va ser mi evaluación, que, que encontré hoy, que puedo hacer de más y el tiempo pues que sigue siendo el limitante que a veces no, porque yo dejo tareas, yo pongo tareas, por ejemplo yo voy a la visita domiciliaria y yo llego de la visita, y yo digo tengo que hacer esto, esto y esto a veces es un montón de tareas, que yo empiezo a hacerlas y ya después no me da el tiempo y yo tengo que hacer otra cosa, entonces a veces no ya, hasta ahí, como que estanco el proceso, solo pude, de cinco tareas solo pude hacer tres pues ya la otra, yo creo que no me da tiempo para hacerlo entonces queda ahí como estancado, yo creo que es muy importante como planear todas las cositas. (S, Escobar, comunicación personal, 02 de diciembre, 2022)

5.2.6 *Limitaciones*

La intervención profesional está condicionada de acuerdo a los sectores en los que se ejecuta, el área de la salud no es ajena a ciertos limitantes, entre los que se encuentran los siguientes:

- La idea generalizada que se tiene en el sector salud de que el Trabajo Social es el encargado de dar, de la caridad o el asistencialismo, es complejo considerar que la profesión es la que puede apaciguar las necesidades de las personas, porque se minimiza el aporte de la intervención profesional:

Que crean que trabajo social da respuesta a todo lo económico, una limitación muy fuerte porque aunque existan rutas desde la gobernación, de secretaría de salud, sabemos que todo es super colapsado, todo es priorizado, no sé que, usted puede activar todas las rutas pero eso es un montón de tiempo para que pueda salirle, entonces ya queda el trabajador social como malo cierto, como ve no hacen las cosas a tiempo, no sé qué, sabiendo que eso viene, eso es una una cadena que viene de otras cosas, por ejemplo que no tienen alimentos, entonces yo sé que darles un mercado, no va a dar respuesta a su necesidad, entonces a veces ay no mire, vino Pepito Pérez otra vez y los médicos pasan, pasa mucho en el área médica porque los médicos nos ven como desde el ámbito del dar, entonces eso, como,

como esas cosas, como una de las limitaciones es esa, que nos vean como de pronto como el dar, entonces ay Pepito Pérez no pudo venir porque no tiene plata, ah vaya a trabajo social para que ella vea entonces qué va a pasar con ese paciente, porque no tienes plata, somos pues, hacemos pues los estudios socioeconómicos, pero la verdad pues, eso se complejiza. (S, Escobar, comunicación personal, 02 de diciembre, 2022)

- El tiempo de consulta es muy limitado y no permite profundizar, consultas de 20 o 30 minutos no son suficientes cuando se abordan temas sensibles para las personas, lo cual impide que en la mayoría de las intervenciones se aplique el método integrado que es propio del Trabajo Social.

Yo estoy atendiendo pacientes de 20 minutos y también se atienden pacientes de 30 minutos, y en la María también atendemos pacientes de coinfección, o sea, VIH y tuberculosis. Dependiendo si es VIH solito si, la consulta dura 20 minutos, [...] por el momento eso lo veo como una barrera hacia el paciente porque uno no tiene digamos todo el tiempo para poder profundizar más cierto, nada más una consulta muy superficial que se indaga sobre lo primordial que necesitamos, pero no podemos profundizar más, son de 20 a 30 minutos. (J, Ríos, comunicación personal, 07 de diciembre, 2022)

- La desinformación que tienen algunas poblaciones acerca del VIH, los cuales a partir del desconocimiento incrementan el estigma y la discriminación hacia las personas que viven con el diagnóstico, de igual forma se aumentan las tasas de infección de VIH al creer que es un fenómeno alejado de la vida cotidiana de las personas.

Digamos las personas que viven como en zonas dispersas que no pueden acceder al, al tratamiento cierto, desconocimiento, creo que hay demasiada desinformación sobre el VIH, digamos la tasa del VIH estuvo en aumento pero es por puro desconocimiento, también puede ser por la, no quiero llamarlo como bueno es que las personas no son conscientes, no, yo trabajé en muchas partes en zona rural y hasta allá no llega esa información cierto, entonces los pacientes, tú sabes que llegan los jóvenes a una etapa donde son demasiados hormonales y tienen, están con la uno, con el otro, van probando y muchos de nuestros

jóvenes se contagian es por eso, porque no tiene la información en cuanto a salud, a reproducción sexual, a hábitos sexuales y reproductivos, ni en general a información, entonces creo que hay que hacer también una articulación muy fuerte en cuanto al campo de la educación y al campo de la salud. (J, Ríos, comunicación personal, 07 de diciembre, 2022)

- Para la intervención en territorio, es un limitante para el Trabajo Social llegar a ciertas zonas por la presencia de grupos armados, sobre todo en contextos que no están preparados para hablar de esta realidad.

En lo del porque es una zona de riesgo por presencia de grupos armados entonces no he podido hacer visitas domiciliarias y sería imposible pues hacer algo Educativo, mmm pues intervención comunitaria [...] son zonas de difícil acceso por ejemplo que en la carretera está mala, vía San Pedro se derrumba. (S, Trejos, comunicación personal, 17 de diciembre, 2022)

- De igual manera cuando las comunicaciones se deben hacer por otros medios, no todos los lugares tienen los mismos accesos a redes comunicativas, por lo tanto, temas como la señal o el internet se vuelven limitantes para la intervención.

La señal (risas) los míos como son telefónicos, la señal, que no les entren llamadas, no, pero demás que no, técnicamente no, acá tenemos todos los recursos, digámoslo así, los espacios, los materiales, las herramientas... todo, entonces demás que ahí la única limitación que uno puede tener es el mismo obstáculo que el usuario le pueda poner a uno, no es más, y ya es uno saber cómo bandearlo, o en mi caso que son seguimientos telefónicos, la señal. (B, Meneses, comunicación personal, 02 de diciembre, 2022)

- Algunas labores administrativas se pueden ver como limitantes pues exige temas logísticos, operativos, de dirección que muchas veces no dependen de la profesional sino de otros niveles de atención, los cuales inmediatamente impiden la realización de muchas actividades.

Hay temas administrativos que siguen siendo barrera, cierto, mmmm, ay yo creo que, si nos referimos a este trabajo, hay temas logísticos, hay temas operativos, hay temas de dirección, hay temas de liderazgo que ... que no, no me han permitido muchas cosas, más que todo eso, yo diría que más desde el liderazgo, no me han permitido muchas cosas, pero en general bien. (X, Álvarez comunicación personal, 13 de diciembre, 2022)

- En cuanto a algunas poblaciones de riesgo como lo son las personas habitantes de calle, la vinculación a los programas especializados de VIH son complejos porque dichos no están diseñados para estos contextos, no están en la comunidad, son planeados desde el escritorio a partir de los estándares de atención de las IPS que omiten la limitación de muchas personas para llegar a los centros de atención y no solo por las condiciones socioeconómicas sino por la abstinencia a causa del consumo de sustancias psicoactivas, la cual se convierte para las personas en una enfermedad. Continuando el tema del consumo, los proyectos no tienen insumos suficientes para atender a los habitantes de calle sobre todo en situaciones de emergencia desencadenadas del consumo, en esta condición más que deseo, se convierte en una necesidad fisiológica. Finalmente, los contratos para estos proyectos son muy cortos, por lo tanto, los avances que se tienen frente a tamización, diagnóstico y tratamiento de personas que viven con VIH quedan inconclusos.

Lo que lográbamos con muchos usuarios, logramos de 37 usuarios que sufren el VIH en estación villa [...] acompañar 16 hasta La María, en todo el proceso [...] identificábamos de que bueno, un contrato de 5 meses o de 8 meses, llevamos, acompañamos 16 usuarios a la María y en este momento estamos sin contrato [...] entonces qué pasa, que todo lo que hicimos en 5 meses se pierde, usuarios [...] que se les realizaban las pruebas rápidas de VIH, sífilis y hepatitis B, identificábamos que [...] eran negativos, pero al regresar al otro contrato era positivos, por qué, porque no hay un proceso real, no hay un proceso real, todo es con pañitos de agua tibia, todo es por contratos y por cumplir y por eso es que aquí no se ven los resultados. (Y, Pandales, comunicación personal, 17 de marzo, 2022)

- Las desvinculaciones con instituciones de otros niveles de salud, no posibilita el intercambio de conocimiento referente al VIH lo cual tiene como consecuencias malos tratos para pacientes.

si nos vamos para un nivel de atención básica los profesionales no saben de VIH, entonces es el profesional de urgencias porque es el profesional de atención general y si hay una pregunta en relación con el VIH ellos no están instruidos para eso, desde allí hay una mala atención, yo misma lo he experimentado en una de las IPS supuestamente mejores de la ciudad, en donde yo digo ay me quiero hacer la prueba de VIH y me dices ah pero tú no tienes cara de nada, cierto, y uno dice venga señor como así. (C, Zapata, comunicación personal, 26 de enero, 2023)

No solo la falta de conocimiento desde algunos profesionales genera mala atención, en otros no es por desconocimiento sino por prejuicios o saturación que no se cumplen a cabalidad las funciones.

Uno puede encontrar al profesional super conectado con su labor y el otro que es un carenista, ese que uno dice, oiga usted por qué estudio esto si no le gusta cierto [...] como un profesional de la salud no le explica a una sola mujer, qué significa tuberculosis latente, cierto. Entonces si no le explica qué es tuberculosis latente la mujer cree que se va a morir, porque tiene Tuberculosis latente, venga pero que le dijeron, no que tenía que tomar el medicamento, pero ella no sabe que está bien, que y que simplemente es un protocolo por la guía clínica que indica que ella debe tomarse ese medicamento y que no está exponiendo a nadie de su familia para la Tuberculosis, entonces eso genera unos contextos discriminatorios muy complejos en la mujer, por temas de desconocimiento, donde ella llegue a su casa donde sufre violencia diciendo tengo Tuberculosis, la Tuberculosis genera mucha discriminación y bueno, de ahí pa allá, un montón de cosas que uno dice, qué costaba explicarle bien, cierto, se demoraba dos minutos. (C, Zapata, comunicación personal, 26 de enero, 2023)

5.3. Interdisciplinariedad

La última categoría de análisis es la interdisciplinariedad, en la que se aborda el quehacer de cada uno de los profesionales que conforman el equipo interdisciplinario psicosocial y el lugar que se le otorga el Trabajo Social dentro de este.

5.3.1. Equipo interdisciplinario

Equipo interdisciplinario psicosocial: está compuesto por médica, psicóloga y trabajadora social, se les asignan cohortes de riesgo (Maternas, Coinfección, abandonos, ingresos y menores), en las cuales se debe centrar su atención.

- **Medicina** se encarga de la *primera atención* en la que se indaga por el estado de salud del paciente, qué sabe sobre el diagnóstico, se hace toda la parte de educación y se explica el proceso que inicia, los exámenes que se van a realizar, la periodicidad y que es un proceso de por vida.
 - La medicación: se identifica el patrón y perfil psicosocial para determinar el tratamiento adecuado, de acuerdo a la edad, si se tienen otras enfermedades o riesgo de enfermedades hereditarias. Se explica la toma correcta del medicamento, la función que éste cumple, los efectos secundarios y cómo actuar frente a ellos.
 - Hacen la remisión a Trabajo social, psicología y químico farmacéutico para que ellos desde su quehacer refuercen lo que se hizo en la consulta inicial con medicina.
 - En la consulta periódica se revisa cómo se están tomando los medicamentos, como las mujeres son más juiciosas con el tratamiento se les asigna cada 3 meses el control, pero a ellas les gusta ir cada mes, entonces como no hay cambios significativos se abren a hablar con las médicas sobre sus vidas, en este espacio se aprende y se conoce de la vida de las pacientes. También en las citas periódicas se hace revisión del estado físico, que no hayan tenido cambios significativos y se asignan exámenes si es necesario.

En los años 90, medicina era la encargada de conseguir donaciones de medicamentos en las farmacéuticas y garantizar a las pacientes el acceso a éste, también se implementó la atención domiciliaria para conocer el contexto de las mujeres, en ese tiempo como no se tenía acceso a los antirretrovirales era ir a ver a las personas moribundas en sus casas, llevarles los antibióticos ambulatorios para no tenerlas que trasladar a los hospitales, para evitar la hospitalización y todo lo que esta conlleva.

- **Psicología:** inicialmente toman todos los datos sobre las pacientes (identificación, estrato socioeconómico, con quién vive, composición familiar).

Hacen la educación, aclaración de dudas frente al diagnóstico, la respectiva sensibilización frente a la responsabilidad que se tiene y se adquiere en el proceso.

Indaga sobre cómo adquirieron el diagnóstico porque de acuerdo a esto se analiza cómo está la salud mental de las pacientes.

Aclarar dudas frente al diagnóstico, sensibilizar frente a la responsabilidad y conocer cómo adquirieron el diagnóstico, porque no es lo mismo la mujer que dice ‘mire es que yo soy ama de casa y yo no sabía que estaba positiva hasta que me enfermé o hasta que mi esposo se murió’ a la que dice ‘sí, yo soy trabajadora sexual o mire yo me hice la prueba porque me enfermé’ a la que le dice a uno ‘ah no, es que yo me hago una prueba de control, cada año me la hago’ por precaución, por prevención, por lo que sea, cierto, entonces inicialmente se evalúa el tema de salud mental cómo está esa paciente, porque no es lo mismo yo educar a una paciente que está tranquila, a una paciente que está totalmente descompensada y que tiene todos los mitos, miedos, dudas e inquietudes en la cabeza” (J, Jiménez, comunicación personal, 05 de diciembre, 2022)

Se hace todo el *acompañamiento psicológico* a las pacientes y se trabaja en pro de la adherencia de ellas al tratamiento. En casos de algún diagnóstico o trastorno, se hace la *remisión a psiquiatría* para tratar todo el tema de la medicación.

5.3.2 *Lugar que ocupa el trabajo social*

El lugar que ocupa el trabajo social dentro del equipo interdisciplinario es fundamental porque trabaja más desde la familia, dando pautas de atención para las otras áreas de acuerdo a los factores de riesgo en el que se encuentran las pacientes.

Pues lógicamente las trabajadoras sociales aquí manejan más desde el tema de familia, cierto, pues o así lo veo yo, aunque las trabajadoras sociales de aquí hacen de todo, a veces hasta lo apoyan a uno a dar consulta, cierto, pero la idea es todo ese tema de inclusión, todo el tema de familia, es todo el tema de entorno, cierto, y todo el tema del riesgo social que puede tener el paciente, más o menos es eso. [...] es el más importante, porque aquí ninguno puede trabajar desvinculado, ninguna profesión, cierto, si bien es importante el médico quien formula, también es importante el trabajador social el que dice “venga es que yo tengo que intervenir esta familia”, “es que yo tengo que ir a mirar qué es lo que está pasando en esa casa”, entonces aquí no hay una profesión más importante que la otra, aquí todos somos iguales de importantes y el trabajador social es el que a muchas de las profesiones, incluyendo al área de psicología, nos da pautas, porque puede que a mí se me escape algo, pero entonces el trabajador social me dice “hey ojo, que este paciente está en estos factores de riesgo”, entonces de una, de una cosa a la otra nos apoyamos, o sea el papel es fundamental y en todas las instituciones tiene que haber un trabajador social. (J, Jiménez, comunicación personal, 05 de diciembre, 2022)

Cumple un papel muy importante en la inclusión social, en la *activación de rutas* de acuerdo a las necesidades particulares de las pacientes, por la facilidad empática que tiene para llamar y pedir apoyo.

Trabajo social digamos como que acá ha tenido un rol fundamental cierto, y ha sido un rol pilar en todo el tema de inclusión social, de las rutas integradas, porque el trabajo social es el que, como les decía ahora, nos ayuda con todas las activaciones de rutas, de programas institucionales que ya tengamos identificados y de programas sociales, que pronto uno diría hay si hacer una activación de ruta pues eso lo puede hacer cualquiera, no, eso no lo puede

hacer cualquiera, porque hay unos pasos a seguir, trabajo social digamos que tiene esa facilidad empática y simpática de llegar y decir y llamar a un programa mira tengo tal paciente, pasa esto y esto, necesito que me apoyes, que me colabores, entonces realmente ha sido digamos como ese soporte a nivel como el del cuidado, a nivel de lo integral y de la inclusión social en el programa. (A.M, Yepes, comunicación personal, 15 de diciembre, 2022)

“Aquí ya desde el trabajo social y psicología las enrutan, como activan rutas, yo la verdad de eso no sé tanto” (E, García, comunicación personal, 09 de diciembre, 2022)

Se encarga de realizar una evaluación socioeconómica de los pacientes para aplicar a las ayudas económicas y priorizarlos en la *entrega de recursos* (alimentos, ropa, pasajes, etc.), así mismo, son los trabajadores sociales quienes se encargan de *recoger los recursos* (fidelización) por medio de campañas, vinculación con entidades que hacen donaciones, etc. Para poder disminuir el peso que tienen los pacientes en su contexto y lograr una mayor adherencia.

Trabajo social también están las estrategias de fidelización, que en este momento las estrategias de fidelización que tenemos en el programa, es por ejemplo, café pendiente, [...] está el baúl de los deseos, la canasta de la solidaridad y está también todo el tema de la evaluación socioeconómica para digamos la aprobación de lo que tiene que ver con el subsidio de transporte cierto, obviamente como que trabajo social lo que hace es suavizar, mitigar, aminorar, digamos como las, perdón el peso que pueda haber a nivel del contexto social, familiar y económico que tiene este paciente para que obviamente tengamos una mayor adherencia al programa. (A.M, Yepes, comunicación personal, 15 de diciembre, 2022)

6. Discusión

Reconstruir las historias de vida de mujeres que viven con VIH y la intervención del Trabajo Social que con ellas se realiza, permite reconocer a partir de las experiencias, la importancia del rol profesional en la existencia de quienes generosamente comparten sus vivencias con las investigadoras, lo cual acerca las formas en las que el ejercicio profesional se desenvuelve en uno de los programas especiales del ámbito de la salud y las modificaciones que logra en la trayectoria de vida de estas mujeres. El Trabajo Social puede aportar disciplinariamente a los procesos de salud desde posturas críticas frente a su quehacer, a sus intencionalidades y al análisis del contexto.

Como agente de cambio el Trabajo Social se nutre entre otras, de las teorías feministas críticas desarrolladas a lo largo de tres siglos y vinculadas al activismo de las mujeres en sus luchas por la igualdad. En sus vertientes teóricas, prácticas y políticas han abordado dimensiones de la vida pública y privada, el ámbito de la salud ha sido una de ellas, en el cual se han identificado los efectos del patriarcado en usuarias y profesionales del sistema, como también las formas de resistencia, las denuncias y las luchas para resignificar la salud como un derecho, en este aspecto la profesión como garante de los derechos humanos toma como punto de partida la justicia social.

De este modo, se concibe la salud como un proceso que hace parte del ciclo de vida de los seres humanos y está influenciado por los contextos sociales, económicos y políticos. En Colombia el sistema sanitario se dice igualitario, así mismo, profesionales de la salud describen sus atenciones como igualitarias, pero con las condiciones contextuales que puede tener cada individuo, la igualdad pierde fuerza y la gestión real comienza con la especificación de qué es lo que hay que igualar, si el acceso, si la permanencia, si el acompañamiento, por consiguiente la intervención profesional en los programas especializados en salud debe ser situada y contextualizada a partir de las especificidades que tiene cada persona que accede a los servicios, con el fin de definir lo igualitario, lo equitativo y lo distributivo, de ese modo:

La salud adquiere un carácter crítico, haciendo que la equidad en salud sea fundamental para entender la justicia social. Sin embargo, es importante entender que la salud participa en el ámbito de la justicia social de varias formas distintas y que no todas proporcionan exactamente la misma lectura de acuerdos sociales particulares. (Sen, 2002, p. 303)

El Trabajo Social devela que no se puede limitar la equidad a aspectos meramente económicos, se debe trascender a otros aspectos sociales, culturales y de género, con el fin de proponer una intervención en salud diferencial; además el sistema de salud es un asunto a gestionar desde el Estado, por lo tanto, como profesión se debe tener la capacidad de comprender y actuar en la esfera relacional respecto a las instituciones que regulan la vida cotidiana, para garantizar la salud como un derecho y no como una función que se debe ejecutar.

La intervención del trabajo social en el ámbito de la salud da respuesta a las necesidades que surgen en el día a día, en estos contextos se remite de una vez a lo técnico operativo y a la solución pronta de las situaciones que se van presentando, por lo tanto, desde las usuarias no se logra evidenciar la diferencia de su quehacer frente al de los otros profesionales. Muñoz (2020) expone que la disciplina y profesión forma parte de las ciencias sociales e históricamente ha centrado su preocupación en la intervención social como categoría que permite la producción de conocimiento, no solo para avanzar en la consolidación de un saber sino también como acto que potencia y sustenta la acción profesional reflexiva, crítico-propositiva y transformadora, a través del acompañamiento a procesos, por eso se hace necesaria la fundamentación desde Trabajo Social, la cual ha estado presente en todo el proceso de constitución del mismo como profesión, ha sido polémico, pues existen diversas miradas desde donde se plantean estrategias de acción social desarrolladas por la profesión, sin embargo con las problemáticas actuales es importante replantear analíticamente el saber que se ha acumulado disciplinariamente y unir la teoría de lo social con la metodología para crear propuestas de actuación, que comprendan de manera amplia las complejidades sociales de hoy, desde una postura crítica. La intervención profesional como aquella que ha permitido construir una historia disciplinar, de la mano de prácticas de asistencia, prevención, promoción, investigación y educación en diferentes sectores poblacionales debe ubicar los procesos de salud como resultado del relacionamiento que construyen los seres humanos, en los cuales se posibilitan diversas formas de cuidar en correspondencia con las herramientas creadas por las instituciones, en esta dirección “los propósitos de la promoción de la salud desde el trabajo social debieran estar orientados al cuidado de sí como una práctica autorreflexiva que nos ayude a forjar nuestra subjetividad, a forjar un sentido ético-estético de la existencia” (Sossa R, 2010, citada por Muñoz 2020, p. 93).

En los aportes actuales del Trabajo Social como profesión y disciplina se proporciona una mirada desde el género frente a un sistema de salud impregnado por un sesgo sexista y biologicista,

el cual reconoce las relaciones y actitudes de poder/subordinación, actividad/pasividad y dominación/emancipación existente entre los sexos con relación a las formas de vivir, por lo tanto, las relaciones sociales y psíquicas constituyen determinantes psicosociales que tienen efectos sobre la salud. La potencia y capacidad del Trabajo Social se construye mediante las interacciones humanas, lo que implica tener presente una lectura del género puesto que la intervención en salud se realiza desde un análisis enfocado puramente en el sexo, es decir, centrado en diferencias biológicas, no se evidencia un enfoque de género que identifique las diversidades sociales y culturales que experimentan mujeres, hombres y disidencias, así mismo, el impacto que tienen estas en relación a su propia salud, “el género puede determinar diferente posibilidad de acceso a la atención sanitaria, adherencia a tratamientos o impacto de los determinantes sociales y económicos de la salud” (Belli, 2019, párr.4).

Históricamente las mujeres se han medicalizado excesivamente como estrategia de control en sus procesos corporales y reproductivos, lo que ha hecho que no se hayan atrevido en muchas ocasiones a tomar control sobre sus propios cuerpos y procesos vitales, de igual forma situaciones de inequidad limitan el acceso de las mujeres a la atención en salud de calidad, en algunos casos por encontrarse en zonas donde no hay atención oportuna, en otros, por no contar con seguros de salud, muchas veces al no tener posibilidad de acceder a un empleo formal, de esta forma, las inequidades en salud afectan desproporcionadamente a las mujeres pobres, jóvenes y de minorías étnicas. Conviene subrayar en cuanto a la intervención con las mujeres que la autorreflexión realizada por ellas misma tiene un carácter histórico, cargado de un sistema de creencias y de valores, el cual puede estar condicionado por el contexto en el que actualmente se sitúan, por lo tanto, su posibilidad emancipatoria deviene de la lectura del ejercicio normativo de poder que las coacciona ya sea individual, familiar, de pareja, comunitario o laboral.

El patriarcado es un modo de dominio que está presente en el ámbito público y estructural de las relaciones interpersonales, dentro de las cuales las mujeres han sufrido opresión y se les han impuesto culturalmente unos roles:

La educación tradicional de las mujeres que la responsabiliza del bienestar, el cuidado y el mantenimiento de las relaciones, las atrapa con el amor romántico que las empuja a vivir para otros, a estar siempre disponibles, la renuncia personal, entrega total y apasionada, la resignación, el sacrificio y abnegación, la tolerancia, la comprensión y la empatía tiene

consecuencias gravísimas en las vidas femeninas ya que lleva a las mujeres a la postergación y olvido de las propias necesidades y proyectos de vida, la dependencia, la sumisión, la victimización, sentimientos de culpa y fracaso, pena y a justificar la violencia. (Casado & García 2018, p. 111)

En cuanto a las mujeres que viven con VIH se evidencia que aún permanece la censura en varias de ellas frente al diagnóstico, lo que se puede traducir en no adherencia al tratamiento y manifestarse en autocensura debido a la discriminación y al estigma existente, el cual se puede ver reflejado con evasivas, rechazo, abuso verbal o físico, no acceso a oportunidades de empleo o educativas, entre otras, haciendo que estas personas no acepten los tratamientos, se les pierda seguimiento y no puedan gozar de una mejor calidad de vida.

El Trabajo social aporta profesionalmente a los procesos de comprensión y acción en salud, en este caso, realizar una lectura de la mujer en el ámbito familiar y relacional permite evidenciar los patrones culturales frente al amor romántico transmitido por un sinnúmero de canales de socialización que incrementan expectativas en el imaginario colectivo, en el cual hombres y mujeres deben amar y ser amados de forma diferente, estas creencias han sido impulsadas y reforzadas a través de la historia, desde instituciones religiosas y otras propias de la sociedad patriarcal para justificar y reforzar el papel pasivo de subordinación de las mujeres, sacralizando la pareja y el matrimonio, los cuales en la mayoría de los casos se convierten en ideales imposibles de alcanzar que al contraponerse con la realidad pueden llegar a producir frustración, desencadenar conductas negativas, inducir la imposibilidad de cambiar de pareja y finalmente propiciar violencias. El análisis que se hace desde Trabajo Social de las parejas y de las familias puede seguir reproduciendo patrones místicos y románticos o, por el contrario, apostar a una intervención que reconozca la propia libertad, la individualidad, la posición que se adopta frente a los demás, la creación de conciencia sobre el tener un espacio personal que debe ser respetado y cultivado. La intervención profesional en los programas especiales de VIH puede permitir en las mujeres la apropiación de sí mismas a través del autoconocimiento, la autoescucha, el manejo de las emociones, crear conciencia frente a lo bueno y lo malo de la vida para identificar las propias necesidades y realizar cambios. Trabajar en las subjetividades posibilita aprender y desaprender de las experiencias agradables y desagradables para aceptar la frustración y elaborar los duelos necesarios que conlleva vivir con el diagnóstico.

Por otro lado, el reconocimiento de las condiciones contextuales que realiza el Trabajo Social posibilita la intervención situada en microespacios sociales, que permita identificar factores desde lo pequeño y las similitudes que se pueden encontrar en un ámbito más amplio, que se genere “desde lo micro social el encuentro entre sujeto sociedad y cultura en cada circunstancia singular” (Carballeda, 2012, p. 1), la perspectiva de género ha posibilitado hacer otras lecturas sobre la intervención con mujeres que viven con VIH, entre las cuales están entender que existen contextos en los que no se puede hablar de dicho diagnóstico, puesto que en Colombia las condiciones culturales han marcado patrones de comportamiento frente a lo que está permitido y lo que no, así mismo, en contextos del conflicto armado, la violencia ha quedado integrada en entornos en los que se ha militarizado la vida, la cual ha dado percepciones y consecuencias sociales marcadas con roles de género, hombres a la guerra y mujeres al servicio, qué cuerpo puede ejercer violencia y qué cuerpo no.

En estas lógicas se presentan crímenes, violaciones, asesinatos de mujeres como un mensaje para que los hombres emitan un código de poder, convirtiendo lo femenino en territorio de guerra.

Y ¿por qué en las mujeres y por qué por medio de formas sexualizadas de agresión? Porque es en la violencia ejecutada por medios sexuales donde se afirma la destrucción moral del enemigo, cuando no puede ser escenificada mediante la firma pública de un documento formal de rendición. En este contexto, el cuerpo de la mujer es el bastidor o soporte en que se escribe la derrota moral del enemigo. (Segato, 2014, p. 345)

Son violencias sexuales contra mujeres que tienen relación con algunos de los bandos del conflicto para emitir mensajes de poder y venganza. Así mismo, se utiliza este tipo de violencias contra las mujeres para generar temor y lograr que la población termine abandonando sus tierras por desplazamiento forzado, para evitar que esto les pase a sus mujeres y también por el temor a perder sus vidas. De ese modo, las mujeres terminan siendo violentadas sexualmente y quedan inmersas en la mitad de un conflicto en el que son vulneradas, en muchos casos contagiadas de VIH y debido al estigma existente en las comunidades donde habitan, pueden ser expulsadas, rechazadas, amenazadas e incluso asesinadas a raíz de un diagnóstico. La censura social que lleva al ocultamiento afecta la adherencia, vale la pena preguntarse, desde Trabajo Social qué se ha hecho

respecto a esto, si existe ausencia de prevención o de procesos de formación y sensibilización hacia la comunidad en general.

La división de las relaciones sociales de la contemporaneidad debe ser colocada en primer plano para la elaboración de metodologías que permitan actuar de manera pertinente, es indispensable conectar el hacer con el ser para no asumirlas de maneras aisladas, desconociendo el impacto del contexto social y cognitivo. En el ámbito de la salud no se debe desconocer que las mujeres que viven con VIH están dando cuenta de sus vivencias íntimas, sociales, políticas, culturales y que la intervención debe estar ligada a esas experiencias y construcciones de significados. Las y los trabajadores sociales deben tener presente que las personas con quienes se trabaja en los diferentes contextos y problemáticas cuentan con conocimientos, recursos culturales, sociales y potencialidades que pueden aportar y hacer parte activa de un proceso de transformación de esa realidad en la que se desenvuelven, la idea es que esto sea un constructo social que les permita a ellas, mediadas por profesionales, ser conscientes de problemáticas que les afectan y sus antecedentes, para que hagan transformaciones con sentido de las diferentes situaciones y experiencias, pues serían ellas quienes cuestionarán esto, para proponer soluciones que logren un cambio en sí mismas y en su cotidianidad.

Para que actualmente la metodología del trabajo social sea vigente, debe contextualizarse y ser un proceso reflexivo para posibilitar la construcción del conocimiento social en las situaciones con que se relaciona, teniendo en cuenta la relación entre el saber y el hacer, poniendo a “la razón crítica y a la investigación como guías de la acción” (Vélez, 2003, p. 54). Las intervenciones deben potenciar acciones integradoras y pertinentes de acuerdo a cada grupo poblacional, sin caer en una visión que homogenice grupos, pues las subjetividades de cada integrante develan formas de ser, hacer y estar en el mundo, reconocer la diferencia en medio de grupos clasificados por las mismas condiciones (menores, abandonos, ingresos, maternas) permite rescatar las dimensiones contextuales que limitan o posibilitan el éxito de dichas intervenciones, de esta manera:

la educación debe estar orientada hacia el acompañamiento de procesos individuales y colectivos que permitan subvertir lo establecido para lograr la reproducción y generación de actitudes y valores constructores de sujetos, identidades y subjetividades, lo que ubica esta estrategia en el plano de la acción social, mediante el afianzamiento de los valores

necesarios para la convivencia y la constitución de sujetos sociales capaces de asumir e interpretar la realidad de manera ética y responsable. (Muñoz, 2020, p. 105)

Es importante aclarar que la metodología es la que “regula y ordena la actividad científica proponiendo orientaciones y procedimientos que aseguren la realización de las acciones, en correspondencia con los supuestos establecidos en las matrices teóricas que las rigen” (Vélez, 2003, p. 57), vincula el conocimiento del contexto en el que se va a actuar, objetivos y funciones que se van a desarrollar, garantizando una acción eficiente que permita una reflexión crítica y realice un ejercicio profesional mucho más creativo.

El método es la forma específica para actuar, no se puede basar en acciones lineales que operan como recetas; es un recurso operativo y analítico para actuar de manera racional en los problemas que se presentan en el Trabajo Social. Es importante concebir al método como un proceso de actuación profesional que incorpore perspectivas dinámicas- sistémicas y dialogantes, superando así lo secuencial.

Es necesario avanzar en la construcción de propuestas metodológicas de convergencia que doten al Trabajo Social de visiones integradoras que incidan en la cualificación profesional y permitan dinamizar el desarrollo social y el crecimiento interno de los individuos, grupos, comunidades y organizaciones. (Vélez, 2003, p. 61)

De acuerdo con Carballada (2012), es importante definir la intervención en lo social desde la reflexión ética, que analice desde dónde y para qué se interviene, pues ésta se presenta como un lugar de construcción de nuevas preguntas, de agenda pública, pero especialmente como lugar de encuentro, un lugar para la palabra que facilite el despliegue de las historias comunes. Desde el Trabajo Social en los programas especiales de VIH es necesario una intervención situada con el propósito de fortalecer los vínculos de sujetos en sus múltiples escenarios de interacción, con las diversas instituciones en las que participan desde su cotidianidad y con las estructuras sociales y culturales que condicionan sus procesos de salud-enfermedad, en este sentido “la educación como tipo de intervención que da sentido ético-político al trabajo social, en tanto es un dispositivo pedagógico que nos permite contribuir, mediante nuestra praxis, a la construcción de sujetos políticos autónomos y con capacidad para transformar su mundo” (Muñoz, 2020, p. 102).

Las teorías críticas han construido modelos de salud que tienen en cuenta las vivencias subjetivas, en resistencia a los modelos de atención en salud que tienen su centro en la comprensión del funcionamiento humano, lo cual encamina la mirada sobre la persona enferma o sana, no sobre el sujeto, de modo que Trabajo Social aporta desde una posición que considera la subjetividad y propone una clínica de la escucha, centrada en ella, en este sentido no es tan importante describir, clasificar y diagnosticar una enfermedad, sino interpretar y comprender significados.

La duda de las mujeres sobre ellas mismas, su falta de autoestima les ha hecho silenciar las propias dolencias para no ser tachadas de neuróticas o histéricas [...] el sesgo de investigación, unido a la falta de escucha y el error del diagnóstico y tratamiento ha producido mucho sufrimiento injusto en las mujeres. (Casado & García 2018, p. 163)

Por lo tanto, el giro fundamental con respecto a los modelos biomédicos está en buscar los factores sociales causales y las experiencias que se han vivido para determinar condicionantes que no permiten la asimilación del diagnóstico, la adherencia e incrementa la autocensura, considerando que las experiencias de vida configuran la base de posibilidades reales de acción en diferentes ámbitos sociales, económicos, políticos y culturales, que induce a las personas generar prácticas de cuidado como resultado de procesos de socialización, en los que se crean capacidades para enfrentar o sortear las diferentes situaciones relacionadas a sus diagnósticos.

Los procesos de atención en salud reconocen la interdependencia de relaciones entre los seres humanos y sus diferentes dimensiones, por lo tanto, las intervenciones no se pueden hacer de manera fragmentada desde un único punto de vista. De acuerdo con esto, los programas especiales de atención en VIH se componen de equipos interdisciplinarios, los cuales como método de trabajo se pueden definir desde: “articular los conocimientos adquiridos por las distintas disciplinas sobre las diferentes dimensiones que puede presentar una problemática.” (Sánchez, 2004, p. 69). La atención desde cada disciplina posibilita generar un intercambio de saberes y haceres, es decir, se hace necesario la comprensión desde su propia área de conocimiento del quehacer de sus colegas para que realmente haya un intercambio de saberes o por lo menos una comunicación asertiva y veras que complemente la acción fragmentada y posibilite una perspectiva de la totalidad.

La interrelación generada disuelve el abordaje de lo inmediato, y le confiere significado a lo particular, a partir de la posibilidad de compartir con otros la visión del problema objeto. Tal actividad permite la reconstrucción del objeto de intervención profesional y posibilita una visión más ampliada y profunda sobre la realidad social a partir y sobre la cuál deben intervenir las distintas disciplinas sociales. (Sánchez, 2004, p. 75)

De acuerdo a los hallazgos, los tiempos de consulta de cada disciplina se tornan cortos para abordar muchos aspectos de las dimensiones de la vida de las mujeres, a partir de esto, la interdisciplinariedad toma gran relevancia para aportar desde su área de conocimiento a todas las dimensiones, pero para que esto se logre, el equipo interdisciplinario debe trabajar conjuntamente, desde la cooperación para nutrir a la mirada global desde la especificidad de cada profesión con relación a una misma persona.

La fuerza en la interdisciplina como interacción cooperativa está puesta en el intercambio de reflexiones acerca de determinadas opiniones sobre las realidades. Este ejercicio de intercomunicación es capaz de desencadenar nuevas descripciones y/o nuevas construcciones acerca del problema en todos los participantes de la relación. (Sánchez, 2004, p. 78)

Es importante trabajar las brechas comunicacionales que se pueden presentar entre colegas de diferentes disciplinas, para que se comparta la información relevante de cada persona, pues es claro, que algunos elementos relevantes de la salud se puedan presentar en una consulta pero que con otros profesionales no se dan, ya sea por temas de afinidad, confianza o comodidad, por eso, se debe apuntar a tener una verdadera mirada global de la persona con sus factores personales, sociales, familiares, económicos, de efectos con el medicamento, con su cuerpo, con otras infecciones que se presenten, etc.

La interdisciplinariedad apunta a: “convertir la acción profesional en el ejercicio del cooperar, el reflexionar y el explicitar fomenta la humildad para poder estar más atentos al otro, el usuario, utilizando las capacidades de todos los participantes del problema para construir soluciones posibles”. (Sánchez, 2004, p. 79), todas las disciplinas tienen aportes para lograrlo, por esto no se pueden desligar, en este punto, es significativo preguntarse por la formación

interprofesional que se da en las universidades, porque si las personas durante la formación profesional no tienen comunicación con otras profesiones, se va dificultar el acompañamiento cuando se llegue a procesos laborales en los que no se construye de manera individual sino interdisciplinar.

Por otro lado, lo comunitario cumple un papel importante para estas mujeres porque más allá de recibir atención en salud y consulta individualizada, se hacen necesarias las intervenciones que apunten a “construir lugares de encuentro [...] espacios de socialización que sirvan para acceder a una comprensión y explicación de lo que está aconteciendo desde la propia lógica de los actores”. (Carballeda, 2013, p. 13), que les permita compartir las diferentes vivencias y experiencias particulares de cada una, aportando de diferentes maneras en los procesos particulares que experimentan viviendo con el diagnóstico.

Son las organizaciones de base comunitaria las primeras fuentes de conocimiento que cubren esa brecha de información existente entre las instituciones de salud y las pacientes, en el lapso de tiempo, mientras son atendidas por los programas especializados en VIH, lo que evidencia una necesidad de enlace entre el sistemas de salud y lo comunitario, pues desde la intervención comunitaria se pueden emitir señales que pueden influir de manera notoria sobre estas mujeres que viven con VIH y sobre la intervención que se puede dar desde el ámbito de la salud, siendo una co-construcción en la que todos puedan aportar al mejoramiento de la calidad de vida y al empoderamiento de quienes viven o conviven con VIH.

Es necesario trabajar desde espacios microsociales para generar impactos en lo macrosocial, educando a la población general sobre el VIH y derrumbando los estigmas que este diagnóstico acarrea, esto es algo que se puede hacer desde la intervención comunitaria, generando espacios de encuentro en los que puedan compartir quienes viven y conviven con VIH y, quienes no, para que sean espacios de enriquecimiento en los que haya aprendizaje mutuo, siempre tratando de salvaguardar la integridad de todas las personas.

La salud desde lo social alude a procesos de relacionamiento que se construyen entre los colectivos y posibilitan maneras de cuidar y mantener un bienestar, dichos están conformados por diversas personas que a partir de sus diferencias pueden construir, el reconocimiento de las diversidades ha posibilitado que desde el Ministerio de Salud (2023) se tramite un proyecto para la implementación del enfoque de género en la atención de salud, con el fin de cerrar brechas en la atención diferencial, dicho pretende ser una perspectiva de análisis y una herramienta para la acción

que permita visibilizar las violencias basadas en el sexo, la identidad de género y la orientación sexual de las personas, así como las diferencias de los ejercicios del poder y los roles que desempeñan mujeres y hombres.

Se apuesta por implementar servicios accesibles a todas las personas en condiciones de igualdad considerando especificidades de identidad de género, orientación sexual, pluralismo cultural en el marco de los principios de universalidad y equidad. La transversalidad del enfoque se propone desde estrategias que impacten todos los aspectos de las instituciones: administrativos, financieros, jurídicos, políticos y prestacionales. Para esto, se plantean acciones de: capacitación al talento humano de salud; vinculación laboral con enfoque de género; encuestas y auditorías de género; otorgamiento de incentivos y en caso de requerirse, sanciones ante situaciones de violencia o discriminación.

Ante este panorama, al Trabajo Social le urge potencializar en su saber disciplinar y profesional la perspectiva de género enfocado al cuidado “con la finalidad de generar conocimiento teórico y metodológico que le dé potencia a la promoción de la salud como tipo de intervención profesional” (Vélez, 2003 citada por Muñoz 2020). Además, no debe centrarse solo en la acción profesional sino también en la posibilidad de proponer procesos contundentes desde las políticas públicas para el mejoramiento de la situación de salud en el país.

Finalmente, es considerable seguir líneas de investigación enfocadas a las subjetividades de las personas que viven con VIH para contrastar el funcionamiento de los programas de salud a partir de las condiciones personales, sociales y culturales de cada una. De igual forma, se deben realizar ejercicios investigativos localizados en programas privados de salud, ya que en la presente investigación se conoció la realidad de la intervención desde las voces de algunas mujeres, debido a que las instituciones privadas no permitieron conocer el funcionamiento de sus procesos desde las voces de sus profesionales, lo cual puede arrojar un sesgo en cuanto a las intervenciones que se llevan a cabo. Por otra parte, no permite realizar un contraste frente a las condiciones económicas de las usuarias y las oportunidades para garantizar su salud desde el sistema que las cobija.

7. Lineamientos

A partir de los hallazgos investigativos desde las experiencias personales con el diagnóstico, los deseos y las necesidades de las mujeres, se aportan lineamientos de acción para una estrategia de intervención psicosocial con perspectiva de género que complemente los procesos de atención que se ejecutan en los programas especiales de VIH. Dichos se enuncian a continuación:

- **Fortalecimiento intramural:** proponer redes informativas en las que se involucre a todo el personal de salud de las unidades básicas, con el fin de complementar la información que se tiene sobre el VIH, así tener la posibilidad de sensibilizar a las pacientes que recién reciben su diagnóstico, de esta manera los y las profesionales no se van a percibir como personas desinformadas o asustadas y las pacientes no tendrán que esperar a ser acogidas por el programa especial para que sea este quien le brinde toda la información necesaria. Además, las articulaciones entre instituciones de salud u otras deben posibilitar una comunicación directa para la asignación de citas o trámites administrativos, diferente a la ruta que tienen los usuarios normalmente.
- **Fortalecimiento extramural:** reconocer el papel activo de las instituciones comunitarias, pues generalmente cuando una persona sale reactiva para VIH busca información fuera del hospital, en lo comunitario, este acompañamiento se convierte en una fuente primaria para la comprensión, además una persona informada asume responsablemente su proceso y no se le pierde al sistema de salud.
- **Lenguaje cuidadoso:** es importante tener tacto para dar las noticias, ser muy cuidadosos con el uso de las palabras y con la manera en que se manifiestan, porque las mujeres en su rol socialmente asignado de cuidadoras, deben tener la responsabilidad no solo de vivir con VIH, sino de explicar y no preocupar a sus familiares. Además, es fundamental evitar trabajar desde el castigo o el enjuiciamiento, al hablar de que se van a enfermar o morir por no tomar la medicación, pues ese discurso más que promover el autocuidado genera sentimientos de culpa y frustración, se debe entender que hay otros asuntos alrededor de la adherencia.
- **Reducción de prejuicios:** reducir el estigma y trabajar en los prejuicios, no solo sobre el VIH sino sobre todos los aspectos que configuran a las personas y los contextos en los que pueden estar inmersos. Es importante hacer un fortalecimiento desde lo educativo para sensibilizar, no

solo a quienes tienen el diagnóstico, esto con el fin de poner el tema en el lenguaje común y empezar a erradicar los tabúes asociados.

- **Investigar abandonos al tratamiento:** buscar la causa real por la que pacientes abandonan su tratamiento, es necesario hacer visitas domiciliarias y verificar las condiciones estructurales o personales que hacen que una persona no quiera continuar su proceso de salud, indagar más allá del simple agotamiento o malestar físico a causa de los medicamentos.
- **Vínculos sanos:** reforzar los lazos que se tejen con las y los otros para lograr redes de apoyo que contribuyan positivamente a la asimilación del diagnóstico.
- **El saber como empoderamiento:** potenciar en las mujeres el conocimiento sobre sus derechos, generando la conciencia de que pueden volver a rehacer sus vidas sentimentales, disminuyendo el miedo al rechazo a causa del diagnóstico, trabajando desde la responsabilidad afectiva con sí misma y con los demás. De igual forma, el empoderamiento frente a la soledad, reivindicar el estar sola, sin sentir culpa.
- **Intervención familiar:** existen conversaciones que se deben mediar con todos los miembros de una familia en su propio entorno, es necesario hacer un trabajo riguroso para comprender sus dinámicas, debilidades y potencialidades, que conduzcan al mejoramiento de los vínculos para el fortalecimiento de la salud de las mujeres. De igual forma, reconocer y abordar los temores personales a los que se enfrentan muchas frente al contar, no contar, cómo contar a su familia y pareja, también el miedo frente al establecimiento de nuevos vínculos y las relaciones afectivas, la intervención profesional conduce a entender que el diagnóstico no es el origen de conflictos familiares, simplemente se detonan o afloran porque ya hay una historia familiar que lo antecede, por eso, la manera en la que se aborda la familia es importante para que esta situación termine siendo quizás un momento que permita una vinculación diferente. Finalmente, acompañar los procesos de convivir con VIH, qué pasa con esos esposos, con esas compañeras, con las mamás, con los hijos, con los hermanos, con el entorno y cómo se puede intervenir con cada uno.
- **No obviar:** no dar por sentado que una persona que es adherente al tratamiento y lleva muchos años con el diagnóstico ya lo asimiló, desde lo psicosocial se pueden trabajar los duelos no hechos, no solo al momento del diagnóstico sino por las renunciadas hechas en cuanto a relaciones de pareja, de familia, a lo laboral y lo social.

-
- **Equipos idóneos:** fortalecer equipos de trabajo con profesionales idóneos, no solo en conocimiento, sino que tengan vocación por lo que están trabajando, que se interesen por el tema, que no difieran con su ética profesional, entendiendo que el hecho de ser profesionales en un área, no los hace competentes para manejar cualquier población, esto con el fin de eliminar situaciones de discriminación por parte del personal de salud.
 - **Enfoque feminista:** se trata de llevar a cabo procesos de intervención más desde la autonomía y el responsabilizarse, con relaciones horizontales en las que se potencian los papeles activos que tienen las pacientes en sus procesos de salud, por ejemplo, al conocer sus estados serológicos, su esquema antirretroviral, los beneficios y eventos adversos que puedan presentar para tener claridad de lo que se debe hacer en cada caso. De igual forma, fortalecer la salud como un derecho que les permita a las mujeres denunciar inconformidades, sentirse a gusto y exigir la atención que necesitan.
 - **Reforzamiento interdisciplinario:** establecer equipos interdisciplinarios que se encarguen de atender al mismo grupo de pacientes, esto con el fin de facilitar la comunicación interprofesional sobre todos los factores que rodean a las pacientes, esto para fortalecer los procesos integrales de atención. Además, tener en cuenta la molestia o incomodidad de pacientes por alternar entre profesionales, porque sienten que es volver a empezar y ya tienen afinidad con quienes les atienden.
 - **Trabajo social contextualizado y oportuno:** las y los profesionales deben reconocer los contextos en los que viven las pacientes para atender de acuerdo a sus condiciones socioeconómicas, geográficas, familiares, culturales para generar una intervención en el tiempo que es, cuando la situación lo amerita y de acuerdo a cada caso particular, pues la vida no es un proceso lineal ni homogéneo, por lo tanto, las condiciones contextuales de hoy no son las mismas que mañana. Por otro lado, es importante llevar el programa de salud a los contextos de las personas, pues muchas no pueden acceder a la institucionalidad, por ejemplo, habitantes de calle.
 - **Cuidado al cuidador:** es necesario implementar acciones para cuidar al cuidador, quien es un ser humano que se carga con la emocionalidad del otro, se desgasta, presenta deterioro a nivel físico y mental porque no destina tiempo para cuidar su propia salud.

8. Conclusión

El sentido atribuido a la intervención del Trabajo Social pretendió no solo ubicar el lugar que tiene dicha intervención, sino interpretar el sentido que se le ha dado a ésta no sólo desde la mirada de quien interviene, sino también desde el equipo interdisciplinario que le acompaña y desde las mujeres que son quienes finalmente reciben la atención. El acompañamiento profesional ha impactado positivamente en la vida de las mujeres porque les ha dado la oportunidad de hablar, de resolver dudas, de encontrar un lugar seguro, por eso es vital seguir contando con profesionales idóneos y con pasión por su labor, de igual forma, es importante reforzar teóricamente la intervención con el fin de diferenciar y resignificar el rol profesional, también los contextos actuales exigen continuar la formación en enfoque de género para reconocer las desigualdades sociales establecidas por patrones de sexo y género a modo de no seguir reproduciendo patrones patriarcales como el amor romántico, los prototipos de mujer, las ideas de vergüenza y culpa que llevan al ocultamiento en este caso del diagnóstico.

El discurso dominante frente al tema del VIH tiene connotaciones negativas, está cargado de prejuicios que posibilitan espacios de discriminación lo que ha hecho que muchas personas se oculten o tengan sentimientos melancólicos, ante este panorama las mujeres han sido voces silenciadas al no considerarse como un grupo poblacional en riesgo, los patrones culturales en los que se les ha educado han impedido en muchas ocasiones que ellas prevengan o se apropien de su salud sexual, la cual ha quedado relegada a la idea del amor romántico. Los testimonios han arrojado experiencias de contagio desde sus parejas estables, lo cual deja en incógnita la cantidad de mujeres que viven con VIH y aún no conocen su condición, porque se sienten seguras en sus relaciones, creen que es algo que no las va a tocar o piensan que es una realidad alejada de ellas por sus prácticas sexuales monógamas; al no ser un grupo tan amplio, es una población que recurrentemente no se muestra por estar enfrentadas a los juicios de valor de las personas que tienen al rededor, otras que se han arriesgado a mostrarse han sufrido episodios de violencia, pues se debe tener en cuenta que todavía hoy en día existen contextos en los que el VIH sigue siendo motivo de discriminación y desplazamiento forzado, allí la importancia de una lectura profesional del contexto apropiada en la que se comprenda las causas del ocultamiento, la no aceptación o adherencia a los tratamientos.

Cuando se habla de empoderamiento, el conocimiento es la mejor herramienta de poder y no solo frente al virus sino ante muchos contextos en los que están inmersas las mujeres, una lectura de género permite develar desigualdades y violencias normalizadas. Es contradictorio escuchar a personas afirmar que en el sistema de salud se han encontrado episodios de discriminación o culpabilidad frente al diagnóstico, cuando se supone que es el encargado de brindar cuidado y acompañamiento, se entiende que esto se debe a prejuicios de los que el personal de salud no se escapa, además de creencias patriarcales socialmente reproducidas, allí la importancia del enfoque de género en todo el equipo interdisciplinario que desde su propia área de conocimiento y con actitud de colaboración entre colegas lo cual permite develar y modificar sistemas de creencias que aunque no se perciben cotidianamente reproducen violencias.

9. Recomendaciones

- La universidad de Antioquia debe fortalecer escenarios de formación interprofesional para el cuidado de la salud, en el que se aborde la interdisciplinariedad desde lo teórico-práctico para reconocer la importancia de los aportes disciplinarios que se hacen desde cada profesión, además, se le muestra al sistema de salud posibilidades de abordaje en el que las personas sientan que los cuidados son pertinentes y complementarios, porque a veces pueden existir todos los tratamientos y servicios pero si no se articulan desde sus propios saberes disciplinarios se cae en la repetición de lo que otras personas han hecho y en la invisibilización de los saberes específicos.
- Desde el departamento de Trabajo Social es necesario potenciar conocimiento en el área de la salud, pues es un campo de intervención con oportunidades para el desempeño profesional, al no haber desde la universidad una formación en esto, se cae en la operativización y se le sigue asignando a la profesión disciplinar un lugar enfocado a lo caritativo y la asistencialista.

Referencias

- Agudelo Gallego, C. (2021). Factores Predisponentes y Facilitadores de Conductas Sexuales de Riesgo en Pacientes con VIH [Trabajo de grado profesional]. Universidad de Antioquia, Medellín, Antioquia.
- Alcaldía de Medellín. (2020). *En Medellín se sigue trabajando en prevenir la expansión del VIH Sida*. <https://tinyurl.com/5t3p6hvd>
- Andagoya Murillo, J.M., Zambrano Vera, D. R., Alcívar Vera, C. I., & Patiño Zambrano, V. P. , (2019). *Perfil epidemiológico del VIH en Latinoamérica*. Editorial Saberes del Conocimiento.
- Aristizábal Jiménez, C., Del Río Osorio, C., & Quintero Castaño, M. (2020). *Experiencias de vida de mujeres que viven con VIH* [Trabajo de grado profesional]. Universidad de Antioquia, Medellín, Antioquia.
- Arrivillaga, M., Correa, D., Varela, M., Holguín, L., & Tovar, J. (2006). Variables psicológicas en mujeres diagnosticadas con VIH/SIDA: un estudio correlacional. *Universitas Psychologica*, 5(3), 659-668. <https://tinyurl.com/5n68tx2r>
- Arroyave Pulgarín, B. E. (2018). *Cotidianidad e imaginarios sociales en sujetos con VIH-SIDA en tratamiento antirretroviral*. [Tesis maestría]. Universidad de Antioquia, Medellín, Antioquia.
- Barquet, M. (1992). Una perspectiva feminista ante el sida. *Mujer y SIDA: programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer*. 1(121), 95-112. <https://tinyurl.com/ms96jexj>
- Belli, Laura F. (2019). *La importancia de la perspectiva de género en salud*. Ecofeminita; Notas, Salud. <https://onx.la/e206c>
- Bustamante Buriticá, D. A., Cardona Celis, L. A., & Mesa Garzón, M. A. (2009). *Intervención de trabajo social frente a la problemática de niños y niñas con cáncer y sus familias en el contexto actual de la salud enmarcada en la ley 100 de 1993* [Trabajo de grado profesional]. Universidad de Antioquia, Medellín, Antioquia.
- Cap. Gómez Miranda, O., & Tte Nápoles Pérez, M. (2009). Historia y teorías de la aparición del virus de la inmunodeficiencia humana. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 38(3-4), 63-72. <https://tinyurl.com/bdcpnsz7>
- Carballeda, A. (2023). La intervención en espacios microsociales. En (3era ed.), *La intervención en lo social: exclusión e integración en los nuevos escenarios sociales* (pp. 125-148). Editorial Margen. Buenos Aires.
- Carballeda, A. (2012). La intervención del Trabajo Social en el campo de la Salud Mental: algunos interrogantes y perspectivas. *Margen*, 1(65), 1-13. <https://onx.la/81b5b>
- Carballeda, A. (2013). La Intervención Comunitaria: Una mirada a algunos aspectos contextuales y metodológicos. *Revista Abordajes*, 1(1), 4-14. <https://onx.la/171c5>
- Casado Mejía, R., & García Carpitintero, M. (2018). *Género y salud. Apuntes para comprender las desigualdades y violencias basadas en el género y sus repercusiones en la salud*. Díaz de Santos. Madrid

- Castañeda Salgado, M. P. (2008). Metodología de la investigación feminista. Centro de investigaciones interdisciplinarias en ciencias y humanidades Universidad Nacional Autónoma de México.
- Castellanos, G. (2008). ¿Existe la mujer? Género, lenguaje y cultura. En Santos Velásquez, L, et al. (Eds). *Género e identidad: ensayos sobre lo femenino y lo masculino*. (pp.39-59). Tercer mundo. Bogotá, Colombia.
- Castrillón Alzate, L. F., & Alzate Giraldo, J. F. (2016). *Lo Psicosocial, una aproximación conceptual y metodológica desde la perspectiva de la Gerencia de los Proyectos Psicosociales...una construcción disciplinar*. [Trabajo de grado profesional]. Universidad de Antioquia, Medellín, Antioquia.
- Castro Guzmán, M., Chávez Carapia, J., & Vázquez González, S. (2014). *Epistemología y Trabajo Social Tomo II*. Editorial SHAAD. México.
- Cazzaniga, S. (2008). Trabajo Social e interdisciplina: la cuestión de los equipos de salud. En Carballeda, Alfredo (Ed.) *Salud e intervención en lo social*. (P. 153- 168). Editorial Espacio. Buenos Aires.
- Cifuentes, R. M. (2005). Aportes para leer la intervención de trabajo social. *Revista Colombiana de Trabajo Social*, 1(19), 128-15. <https://tinyurl.com/wa962372>
- Colombia. Congreso de la República. (2005). *Ley 972 de 2005 (Julio 15): por la cual se adoptan normas para mejorar la atención por parte del Estado colombiano de la población que padece de enfermedades ruinosas o catastróficas, especialmente el VIH/Sida*. Diario Oficial.
- Colombia. Ministerio de Salud. (1999). *Resolución 1995 (Julio 8): por la cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica*. Ministerio de Salud.
- Colombia. Ministerio de Trabajo. (2014). *Concepto jurídico 59676 (Abril 2): Radicado pruebas de embarazo y VIH*. Concepto Jurídico.
- Colombia. Corte Constitucional. (2021). *Sentencia T-031/21: derecho a la igualdad de oportunidades y prohibición de discriminación en procesos de selección laboral en contra de personas que padecen VIH/SIDA*. Corte Constitucional.
- Colombia. Ministerio de la protección social. (1997). *Decreto 1543 (Junio 12): por el cual se reglamenta el manejo de la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), el Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y las otras Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS)*. Diario Oficial.
- Colombia. Corte Constitucional. (2019). *Sentencia C-248 (Junio 5). demanda de inconstitucionalidad*. Corte Constitucional.
- Consejo Nacional de Trabajo Social. (2019). *Código de ética de los trabajadores sociales en Colombia y reglamento interno del comité de ética*. Diario oficial N. 51.079. Bogotá.
- Constitución política de Colombia. (1991). *Artículo 49*. Bogotá. <https://onx.la/f0b9c>
- Cuenta de Alto Costo. (s.f). *¿Qué es? VIH*. <https://cuentadealtocosto.org/vih/>

- Echeverri Marín, D., & Mayo Gómez, M. (2020). *Participación de estudiantes en estrategias desarrolladas para la prevención del VIH/SIDA por Bienestar Universitario*. [Trabajo de grado profesional]. Universidad de Antioquia, Medellín, Antioquia.
- Gadamer, H. G. (1998). *El giro hermenéutico*. Ediciones cátedra, S.A. Madrid. <https://tinyurl.com/5a7zac5e>
- Gamboa, I. (2016). El hombre a la razón y la mujer al corazón: el sexo y el género según Immanuel Kant. *Revista Aportes de la Comunicación y la Cultura*, 1(21), 75-79. <https://onx.la/4f47c>
- Gil Ramírez, N. E. (2010). La historia de vida como una forma de expresión de la subjetividad. *Pensando Psicología*, 6(11), 87-93. <https://tinyurl.com/4ynzthme>
- González Ávila, M. (2002) Aspectos éticos de la investigación cualitativa. *Revista Iberoamericana de Educación*. 1(29), 85-103. <https://onx.la/2b3ff>
- Gross, E. (1995). ¿Qué es la teoría feminista? *Debate Feminista*, 1(12), 85-105. <https://onx.la/65d56>
- Herrera, C., & Campero, L. (2002). La vulnerabilidad e invisibilidad de las mujeres ante el VIH/SIDA: constantes y cambios en el tema. *Salud pública Mex.* 44(6), 554-564. <https://tinyurl.com/2vk4wmh4>
- Isaza Arias, L. V. (2017). *Vivir la vida deseada: historias de vida de personas diagnosticadas con VIH en Medellín, Colombia, 2017* [Trabajo de grado profesional]. Universidad de Antioquia, Medellín, Antioquia.
- Labra, O. (2011). Trabajo Social y VIH- SIDA: análisis de prácticas de intervención. *Rumbos TS. Un Espacio Crítico Para La Reflexión En Ciencias Sociales*. 1(6), 41-54. <https://tinyurl.com/4jsem939>
- López Aljure, J. V., Martínez Arroyo, C. I., & Lara Sánchez, D. C. (2020). *Implicaciones en el autoconcepto ante la experiencia del diagnóstico de VIH en un grupo de personas del Bajo Cauca Antioqueño* [Trabajo de grado profesional]. Universidad de Antioquia, Bajo Cauca, Antioquia.
- Ministerio de Salud. (2021). *Guía de Práctica Clínica (GPC)*. <https://tinyurl.com/2fzb437a>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2023). *Lineamientos sobre la incorporación del enfoque de género dentro del sistema de salud*. Bogotá. <https://onx.la/9c5fb>
- Mondragón, J., & Trigueros, I. (1999). *Manual de prácticas de trabajo social en el campo de la salud*. Siglo veintiuno de España editores, Madrid- España.
- Muñoz Franco, N. E. (2020). La promoción de la salud desde el trabajo social, en perspectiva del cuidado de sí masculino. *Revista Trabajo Social*, (26-27), 87–111. <https://onx.la/66bd6>
- National Institutes of Health. (2021). Las fases de la infección por el VIH. <https://bitly.ws/Bi5D>
- ONUSIDA. (2004). Informe sobre la epidemia mundial de SIDA: cuarto informe mundial. <https://tinyurl.com/bdekjpcv>

- ONUSIDA. (s.f). 90-90-90: Un ambicioso objetivo de tratamiento para contribuir al fin de la epidemia de sida. <https://tinyurl.com/45yfabft>
- Organización Mundial de la Salud. (2021). *VIH/SIDA*. <https://tinyurl.com/yn2mnc6m>
- Organización mundial de la Salud. *VIH/SIDA. Datos y estadísticas*. <https://tinyurl.com/yc46t4vf>
- Organización Mundial de la Salud. (s.f.). *La OMS mantiene su firme compromiso con los principios establecidos en el preámbulo de la Constitución*. <https://tinyurl.com/3myk2vwt>
- Organización Panamericana de Salud. (s.f). *VIH/SIDA*. <https://tinyurl.com/yckrvyy6>
- Pujal I Llombart, M. (2007). *El Feminismo*. Editorial UOC. Barcelona- España.
- Puyana, Y., & Barreto, J. (1994). La historia de vida: Recurso en la investigación cualitativa. Reflexiones metodológicas. *Maguare*, 1(10), 185-196. <https://tinyurl.com/y4etmsnf>
- Quiroz Trujillo, A., Velásquez Velásquez, Á. M., García Chacón, B. E., & González Zabala, S. P. (2002). *Técnicas Interactivas para la investigación social cualitativa*. FUNLAM. Medellín.
- Richmond, M. (1992). *Caso Social Individual*. Editorial Hvmánitas, Buenos Aires
- Sánchez, S. I. (2004). *La intervención del Trabajador Social desde una perspectiva interdisciplinaria*. Escuela Superior de Trabajo Social. Universidad Nacional de La Plata, Argentina.
- Segato, L. R. (2014). Las nuevas formas de la guerra y el cuerpo de las mujeres. *Sociedad y Estado*, 29(2), 341–371. <https://tinyurl.com/3x6zv84c>
- Sen, A. (2002). ¿Por qué la equidad en salud? *Revista Panam Salud Pública*, 11(5/6), 302-309. <https://bitly.ws/YKtJ>
- Taylor, S. J., & Bogdan, R. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados*. Ediciones Paidós Ibérica S.A. Barcelona, Buenos Aires y México.
- Valencia Valencia, M. E., & Villa Vargas, D. P. (2008). *Desempeño profesional del/a trabajador/a social en el campo de la salud en la ciudad de medellín, en las instituciones hospitalarias: hospital universitario san vicente de paúl, unidad hospitalaria diego echavarría misas san antonio de prado, hospital pablo tobón uribe 2007*. [Trabajo de grado profesional]. Universidad de Antioquia, Bajo Cauca, Antioquia.
- Vasco, C. E. (1990). Tres estilos de trabajo en las ciencias sociales. *PREAMBULO*, 1(5), 1-24. <https://tinyurl.com/2mtne2jn>
- Vélez, O. L. (2003). *Reconfigurando el Trabajo Social. Perspectivas y tendencias contemporáneas*. Espacio. Buenos Aires.
- Vicente da Cruz, E et al. (2016). Acercamiento práctico de la intervención e investigación psicosocial a la perspectiva de género. En Neves, M. & Cúnico, S (Eds), *Teorías de género: feminismos y transgénero* (pp. 1-27). Editora Universitária da Pontificia Universidade Católica do rio Grande do Sul.
- Zabala Caudillo, A. (2019). Apuntes de intervención en lo social: lo histórico, lo teórico y lo metodológico. *Revista Trabajo Social*, 2(21), 286-288. <https://tinyurl.com/2czvktn>