

**DEPENDENCIA INSTITUCIONAL: UN  
FACTOR LIMITANTE EN EL CRECIMIENTO  
HUMANO DE PERSONAS PORTADORAS  
DEL VIH Y ENFERMAS DE SIDA.**

---

# **DEPENDENCIA INSTITUCIONAL: UN FACTOR LIMITANTE EN EL CRECIMIENTO HUMANO DE PERSONAS PORTADORAS DEL VIH Y ENFERMAS DE SIDA.**

*Dayan B. Mora Ramírez\**

## **Resumen.**

En el servicio de Trabajo Social del Hospital México, y específicamente, en la atención especializada a las personas portadoras del VIH y enfermas de SIDA, se ejecutó el "Proyecto de Reinserción Social para las personas portadoras y enfermas de SIDA, residentes en el PT"<sup>(\*\*)</sup> (léase PT como el nombre del albergue en donde reside la población identificada), tras la identificación de una situación de dependencia generalizada, entre la población atendida y los servicios que brinda la institución que la alberga.

Dicho proyecto, tenía como propósito establecer procesos que permitan la reincorporación de los residentes a la vida social y laboral activa, por medio de una intervención profesional especializada.

De esta forma, se ejecutó una primera fase que consistió en el desarrollo de un proceso grupal, desde un enfoque terapéutico, con once de los residentes, que permitió reconocer las características propias de la enfermedad del SIDA, sus repercusiones a nivel emocional y físico en

la población intervenida y, consecuentemente en las relaciones de convivencia establecidas entre ellos/as y el albergue, arrojando información clave para establecer causas con respecto al factor "dependencia" identificado con anterioridad, y conclusiones para lineamientos, que contribuyan a un mejor tratamiento de estos pacientes.

## **HABLEMOS SOBRE EL VIH- SIDA.**

El SIDA (Síndrome de inmunodeficiencia adquirida) se conceptualiza como una enfermedad crónica, infectocontagiosa que desgasta el sistema inmunológico de la persona que la padece, y es causada por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH).

El sistema inmunológico es el encargado de defender al organismo de las agresiones que le ocasionan diferentes tipos de microorganismos e impide, a su vez, la proliferación de células malignas (cánceres). Este sistema actúa en todo el cuerpo por medio de un tipo especial de glóbulos blancos: los linfocitos. (ONUSIDA 2001).

\* Br. Trabajo Social de la Universidad de Costa Rica

\*\* El Proyecto de Reinserción Social para personas portadoras del VIH y enfermas de sida, residentes en el PT, fue diseñado y ejecutado en coordinación, por la Msc. Kenly Chacón del Hospital México.

De esta forma, el VIH penetra en el organismo atacando principalmente a los linfocitos T (específicamente los T4) y después de un periodo, conocido como periodo de ventana, de aproximadamente 6 semanas, se pueden detectar los anticuerpos del VIH en la sangre. (KEWO, 2000).

Una vez que el virus entra al cuerpo, puede permanecer de 5 a 10 años sin desarrollar síntomas, o sea sin que se manifieste la enfermedad del SIDA, sin embargo durante todo este tiempo la persona contagiada puede transmitir el virus a otras. O por el contrario, se puede multiplicar rápidamente o "se replica", expandiéndose por todo el organismo, por lo tanto se percibirá un aumento de la "carga viral" y paralelamente una disminución del conteo de linfocitos o células CD4, es decir, una disminución de las defensas.

Es este momento es cuando la enfermedad del SIDA se manifiesta, siendo ésta la última etapa de la infección, iniciándose con la aparición de las enfermedades oportunistas, que son el producto del desarrollo de virus, hongos y bacterias al destruirse los linfocitos por la acción del VIH.

Sin embargo, en la actualidad la ingesta de una combinación de medicamentos, conocido como tratamiento antirretroviral, por parte de las personas infectadas después de ser evaluadas y con el seguimiento adecuado por los/as especialistas, busca disminuir la carga viral y aumentar la cantidad de células CD4 por el máximo de tiempo posible, buscando incluso que la carga

viral sea no detectable. Lo anterior le permite a la persona infectada mejorar su condición física, encontrarse estable y por supuesto mejorar su nivel de vida.

Sin embargo, para que el tratamiento antirretroviral sea efectivo, se requiere de un estricto cumplimiento en las indicaciones y horarios de su ingesta, de costumbres y prácticas saludables como el ejercicio, una alimentación balanceada y el no consumo de ningún tipo de droga.

En esta última etapa de la infección e inicio del tratamiento, es precisamente cuando la mayoría de los residentes ingresan al PT.

### ***Intervención del albergue en el desarrollo de la enfermedad del SIDA.***

El papel del albergue, es brindar soporte a los/as pacientes que inician tratamiento y que por diversas razones no pueden valerse por sí solos/as, propiciando el mantenimiento de una buena adherencia al tratamiento antirretroviral y brindando el acompañamiento que no reciben de las redes de apoyo que constituyen las familias y amistades, las cuales en la mayoría de los casos son inexistentes.

### ***La población.***

En junio del año 2001, el PT albergaba a 16 personas. Sin embargo es necesario mencionar que la población de dicho albergue, varía debido a que, la permanencia de algunos de sus residentes depende de la mejoría física

que presenten y de la existencia y/o estabilidad de redes de apoyo familiar con que cuenten, dado que una vez que se encuentran en capacidad de incorporarse a su cotidianidad, algunos lo hacen. Por otro lado, también hay que tomar en cuenta los casos que por el empeoramiento de su salud son hospitalizados por largos periodos o incluso mueren. Por su parte, los ingresos al albergue se dan por referencias de Hospitales, personas conocedoras de los servicios que brinda y recomiendan a los residentes, o bien por el contacto directo de éstos con los encargados del PT.

Entre las características generales de la población que convive en el albergue, es importante señalar que, de las 16 personas residentes, para la fecha en que se realizó la intervención grupal, 14 tomaban el tratamiento antirretroviral, de las cuales la gran mayoría, atravesaban una situación socioeconómica precaria, acompañada de la ausencia de redes de apoyo estables, que les imposibilitaba residir en cualquier otro lugar.

Aun cuando compartían este común denominador, la población presentó gran heterogeneidad por sus características personales, historias de vida y por el tiempo de permanencia en el albergue.

Entre los residentes, 12 hombres y solamente cuatro mujeres, con edad entre los 31 y 35 años.

La mayoría de los residentes refirieron provenir de las distintas provincias del país, mientras que solo dos personas registraron ser extranjeras.

En relación al estado civil, la mayoría

es soltera, solamente dos casadas. Del total, 9 cursaron la primaria, 3 no recibieron ningún tipo de educación, 3 realizaron estudios secundarios y una universitaria.

Ninguna de las personas se encontraba trabajando, de ellas solo una permanecía incapacitada, 3 pensionadas y 12 desocupadas. Aun así, 7 recibían algún tipo de ingreso, siendo el más alto, superior a los 100 mil colones, sin embargo se conoció que este dinero era administrado por sus familiares.

La mitad de los residentes habían utilizado las instalaciones del albergue durante menos de 6 meses, pero la otra mitad habían permanecido en el albergue por más de un año, e incluso algunos conociendo, que tanto su estado físico y/o mental se han reestablecido y cuentan con medios económicos y redes de apoyo. Por lo anotado anteriormente, queda plantearse algunas interrogantes:

¿Qué sucede?, ¿por qué no logran dejar el albergue?, o es que ¿no quieren dejarlo?, y si es así ¿por qué lo hacen?

Todas estas preguntas, encuentran su respuesta cuando se logra establecer una relación entre la realidad del paciente de VIH-SIDA y las consecuencias emocionales que tiene esta enfermedad en el desarrollo personal, desde el momento en que se enfrentan a una crisis emocional en donde los temores a la muerte, al deterioro físico, a la dependencia total se manifiestan en una depresión que muchas veces es permanente y siempre recurrente. (Cotas en Güell, 1999).

Sumado a los permanentes

estados depresivos, el deterioro de la autoestima, contribuye a que se establezcan relaciones dependientes entre los pacientes y aquellas personas o entidades, que les brinden estabilidad, protección y refugio, como en este caso el albergue.

Sin embargo, esta dependencia también puede ser sostenida y reproducida por las entidades al no establecer procesos que promuevan un crecimiento integral de la persona portadora o enferma, al obviar un adecuado manejo en el proceso de crisis emocional y sus fases, con miras a que ella recobre la confianza en sí misma a través del fortalecimiento de su autoestima, del desarrollo de actividades productivas y la reconstrucción de las redes de apoyo.

### **Construcción de una relación dependiente**

La identificación de estados depresivos y bajos niveles de autoestima, entre aquellas personas residentes en el PT, fueron percibidos a partir de la dificultad para **comunicarse asertivamente, identificar cualidades y aptitudes entre ellas mismas y en sí mismas, expresar sentimientos, establecer estrategias de solución ante situaciones problema, y metas como planes a corto y largo plazo.**

En problemas de comunicación se detectaron: la utilización de mensajes de doble nivel y el asumir modelos de comunicación que distorsionan la transmisión de ideas, sentimientos y expresiones.

En este sentido, para Virginia Satir (1972), la comunicación representa el factor que determinará el tipo de relaciones que tenga una persona con otras y con su contexto, abarcando todas las formas posibles de cómo se intercambia la información, tanto a través de la comunicación verbal, como de la comunicación corporal/sonora (expresión facial, posición del cuerpo, tensión muscular, ritmo respiratorio, tono de voz).

La misma autora, establece una relación íntima entre los niveles de autoestima y las formas de comunicación, señalando que la persona con una autoestima baja se encontrará en una situación de inseguridad, inestabilidad y vulnerabilidad, que la conducirán a establecer mensajes de doble nivel, permitiéndole sobrevivir a aquellas situaciones en donde corra riesgo. Los mensajes de doble nivel están fundamentados en una disonancia entre el mensaje verbal y el mensaje corporal. De manera que, podría suceder que "la voz dice una cosa que el resto de la persona lo contradice". (Satir, 1972) .

Las personas que utilizan este doble mensaje tienden a subestimarse, temen herir los sentimientos de las demás, se preocupan ante las posibles represalias que pueda tomar la otra persona, temen rupturas en las relaciones, no desean imponerse o bien no dan importancia a la interacción establecida; por lo que asumirán diferentes posiciones, para cubrir y no evidenciar su debilidad. Estas formas de comportamiento ante la interacción con terceros están dirigidas a: *aplacar*, de tal manera que la otra persona no se enoje, *culpar*, para que se perciba

como una persona fuerte, *superrazonar* haciendo creer que se tiene el control de la interacción utilizando palabras elaboradas y de cierto nivel cognitivo, y por último, *distraer* de manera que le sea un medio para ignorar la amenaza.

Por lo que el choteo, la burla y la disonancia entre los mensajes digitales y analógicos caracterizan en gran medida las relaciones personales de estos residentes.

La dificultad de transmitir y describir, tanto sus aspectos físicos e identificar los cualitativos, por parte de algunos de los residentes, determinó que una autopercepción distorsionada, contribuye con la *inseguridad* e incluso desconocimiento de su yo interno y externo en la actualidad, lo que contribuye a una imposibilidad, algunas veces, de expresar sus sentimientos, dado que estos posiblemente ni siquiera concuerden con su realidad inmediata.

Estos estados de ánimo y distorsiones con respecto a su autopercepción, son producto de los procesos que han desarrollado a partir del diagnóstico de su enfermedad; tanto por los cambios percibidos desde elementos externos – sociales como el rechazo y la discriminación, como por los internos identificados en el deterioro de su salud, así como su historia de vida antes del conocimiento del diagnóstico.

Ana Josefina Güell (1999), apunta que la persistencia de tabúes y prejuicios sociales, como el hecho de que la enfermedad está directamente asociada a la homosexualidad, prostitución, droga-

dicción y/o a la muerte y que se contagia fácilmente, contribuyen a que las personas infectadas sean estigmatizadas y rechazadas, disminuyendo la oportunidad para que puedan poseer una calidad de vida digna, provocando que la enfermedad, no solo tenga repercusiones físicas, sino psicosociales, tanto en el/la que la padece como en su familia, siendo de esta forma víctimas además de las grandes y constantes manifestaciones y actitudes discriminatorias por parte de la sociedad.

McKay (1991), señala que uno de los principales factores que diferencia al ser humano del resto de los animales es la conciencia de sí mismo/a, o sea, la capacidad de establecer una identidad y darle un valor; en otras palabras poseer una autoestima, que puede ser alta o baja. En el caso de una baja autoestima, ésta se establece a partir del momento en que se incurre en el rechazo de sí mismo/a, dañándose considerablemente las estructuras psicológicas que literalmente mantienen a la persona viva, y provocando, estados de inseguridad con respecto a las decisiones y acciones que se deban tomar.

Se comprobó que esta inseguridad varía entre los residentes al presentar, algunos, niveles altos de autoestima a partir del contexto donde se encuentren, en este caso el albergue, que les brinda protección y cierta estabilidad, sin embargo no se sabe con certeza si su autoestima cambiará en el momento en que ese contexto se modifique, percibiéndose con una autoestima negativa o baja.

McKay (1991), menciona que una autopercepción negativa en este caso hipotético como en cualquier otro, puede darse por varias razones, al identificar dos aspectos que promueven la baja autoestima: situacionales y caracterológicos.

La baja autoestima situacional tiende a mostrarse en áreas concretas, del aquí y ahora. La baja autoestima caracterológica tiene sus orígenes en situaciones tempranas de abuso o abandono, teniendo más efecto en varias áreas de la vida.

En el caso de la primera, su superación estaría basada en la confrontación de las distorsiones cognitivas, enfatizando en las fortalezas por encima de las debilidades. La caracterológica se identifica porque la persona presenta una sensación de estar mal, es mucho más global, por lo que es necesario que la persona logre identificar los aspectos negativos que dan lugar a los pensamientos negativos, de manera que, la baja autoestima situacional prevalecería sobre la caracterológica, por la condición actual de las personas que residen en el albergue, sin embargo la segunda podría ser muy significativa, sobre todo en aquellas personas que han tenido una historia de vida marcada por la discriminación y represión social (homosexuales, prostitutas, travestis), o quienes presentaron abandono y abuso (con problemas mentales, drogadicción, abuso físico y sexual).

De estas apreciaciones se establece una más, la cual podría ayudar a explicar la relación entre los/as

residentes y el PT, ya que el incremento de una baja autoestima y los permanentes estados depresivos pueden conducir a la mayoría de ellos/as, a establecer una posición dependiente con los servicios que se brindan en este albergue, no permitiéndoles salir de su situación de "minusvalía".

Partiendo de lo anterior, se pudo comprobar que la relación interdependiente entre los estados depresivos y una baja autoestima generan en la mayoría de las personas que residen en el PT, desconfianza y temores para enfrentar situaciones problemas porque no se creen capaces o bien, porque asumen una actitud derrotista y de apatía ante la vida, manifiestas en expresiones como "ya no me importa lo que me pase", "ya para que, si ya me voy a morir". Como respuesta, no se visualiza la posibilidad de buscar soluciones y mucho menos de establecer planes a futuro.

Lo anterior, se puede entender y explicar de mejor forma en el momento en que se identifica la fase por la que la persona se encuentra en el proceso de crisis ante la aceptación de su enfermedad, lo que también explica, que aunque la enfermedad sea el común denominador entre la población, las reacciones y formas de enfrentarla varían de persona a persona, acompañado por características individuales, que han sido moldeadas por sus historias de vida antes de conocer el diagnóstico.

De modo que, según Güell (1999), se pueden determinar cuatro fases:

**Una crisis inicial**, que se caracteriza por

un periodo de shock, que presenta aturdimiento, confusión y pánico, seguido además de un sentimiento de incredulidad y negación que dan paso a la rabia, ansiedad, miedo, autocompasión y desesperación. Los sentimientos de culpa tienen un incremento importante en esta fase, sobre todo relacionado al manejo de la sexualidad como medio de contagio, en especial en la población homosexual. Por último, la persona desarrolla progresivamente conciencia sobre su realidad.

**En el periodo de transición** "se presenta una ambivalencia entre la necesidad de compartir el problema, recibir apoyo y compañía y el temor a que su imagen se derrumbe." Regularmente la persona se aísla como mecanismo de protección, además presenta gran inestabilidad emocional, con momentos de rabia, depresión, auto desprecio, resentimiento y culpa. Existen sentimientos encontrados de desesperanza, confusión e inseguridad con sentimientos de esperanza, optimismo y negación.

**El periodo de adaptación**, enfrenta a la persona con su realidad inmediata, y se generan espacios de esperanza irreal con respecto a la curación. Se confronta calidad de vida versus cantidad de vida. Por ser un estado de adaptación la persona se encuentra vulnerable a desequilibrios emocionales, acompañado por la aparición de síntomas y el deterioro progresivo de las condiciones de vida.

Por último, a través del avance de la enfermedad y consecuentemente el deterioro de la salud, la persona **se prepara para enfrentar la muerte** de forma realista. El estado de depresión está más presente y alimentado por el malestar físico, situaciones de

dependencia total y el rechazo total de su apariencia física. Pasando de la esperanza de mejoría a la aceptación de la muerte.

Sin embargo, también se comprobó que el manejo de la enfermedad, independientemente de la fase en que se encuentre la persona, implica un constante enfrentamiento con la muerte como elemento implícito en su cotidianidad.

En este manejo y enfrentamiento enfermedad-muerte, existe también una necesidad de buscar un significado existencial. (Kaplan, 1996).

Así que a través de la convivencia en el albergue, el paciente explora los insultos, daños y oportunidades de pertenecer a "algo" que trascenderá su existencia, aferrándose en ciertos casos a ese algo, llámese grupo, familia, compañeros que representa el albergue, por lo que también le será más difícil desligarse de él.

Por tanto, la inactividad, el aislamiento dentro del caparazón familiar, y en este caso institucional, el embotamiento personal de una vida sin proyectos, contribuyen a conservar y agravar los síntomas de la patología tanto a nivel emocional como físicos, llevando a muchos de los residentes a permanecer dentro de una vida marginal y sin sentido. (Colodrón, en Galilea, sf).

Habiendo analizado aquellos aspectos identificados en el comportamiento, reacciones y en la convivencia de los residentes afectados directa o indirectamente por el VIH y la enfermedad del SIDA en el ámbito psicosocial, que promueven y mantienen una relación

dependiente con el PT, es necesario ahora exponer, algunas de las situaciones en el manejo administrativo técnico que también contribuyen con dicha relación.

Sin embargo, es oportuno mencionar que la identificación de estas situaciones, son el resultado de la percepción del autor, basadas en lo observado en la dinámica interna durante las ocho semanas en que se desarrolló el proceso grupal, y en el conocimiento de circunstancias específicas que se trataron desde la atención profesional de Trabajo Social en el Hospital México, y con el equipo de la Clínica de atención integral al paciente portador del VIH-SIDA.

Entre las funciones que desarrolla el albergue en la atención a los pacientes que hacen uso de sus instalaciones, prevalece el mantenimiento y el sostenimiento de la salud de la persona infectada con VIH o enferma de SIDA, en espera de su recuperación o mejoría, *buscando garantizar la calidad de vida de estas personas, en la satisfacción de sus necesidades básicas como la alimentación y el abrigo.*

De manera que, todos los residentes cuentan con un espacio físico amplio con cuartos compartidos e individuales, salas, comedor, cocina, cochera, terraza, varios baños sanitarios, cuarto de aseo y una ermita.

Se brinda acompañamiento médico a los pacientes, su traslado en caso que presenten alguna dificultad o necesidades especiales que le impida desplazarse, tanto dentro como fuera de las instalaciones, por ejemplo en el caso

de aquellos pacientes que han presentado cuadros de toxoplasmosis.

La supervisión en la toma del medicamento en aquellas personas que por alguna necesidad especial, no se pueda automedicar.

Sin embargo no se identificó ninguna atención especializada a nivel técnico-profesional, que atienda las necesidades psicosociales a las que los residentes están expuestos como producto de las características de la patología.

Aun cuando, los pacientes tienen la opción de participar en sesiones terapéuticas brindadas por una profesional de Psicología, una vez cada 15 días, y de tener la posibilidad de integrarse a grupos de animación y socio educativos esporádicos, realizados por voluntarios, el albergue no cuenta con una visión de atención profesional a nivel interno, que *desarrolle un proceso integral desde las necesidades psicosociales, que promuevan y permitan el crecimiento de los residentes, como personas capacitadas para hacerle frente nuevamente a la cotidianidad externa al albergue.*

Se determinó que una explicación ante tal situación, radica en la orientación filantrópica y su práctica a la hora de abordar las variadas circunstancias, que se presentan a partir de las *características de la población.*

Esta posición no establece, condiciones claras ni estables para la permanencia o abandono de las instala-

ciones por parte de los residentes, debido que los criterios utilizados para tomar este tipo de decisiones están basados en percepciones meramente subjetivas, que no contemplan los resultados de una valoración o estudio social, sobre las características de la persona, para conocer si es candidata para ingresar o se encuentra preparada para reincorporarse a la sociedad e independizarse del albergue.

### **REFLEXIONES FINALES.**

El proceso grupal experimentado, como facilitador y terapeuta, en las sesiones programadas, permitió un contacto más cercano con la realidad de las personas portadoras del VIH y enfermas del SIDA, así como las causas y consecuencias de esta patología en sus vidas, en sus sentimientos, temores, frustraciones y en sus relaciones de convivencia dentro del albergue, y con este mismo. Por otro lado se indagaron, paralelamente a esta identificación, explicaciones de la dependencia desarrollada entre los residentes y el PT.

Al respecto cabe señalar, que las características psicosociales que presenta la población con el VIH-SIDA residente en este albergue, están determinadas en gran parte por el manejo que los pacientes realicen de las diferentes fases críticas del proceso de aceptación ante el conocimiento del diagnóstico, y que en particular, como ya se mencionó, se ven agravadas por las situaciones socioeconómicas que presentan, incluso antes de ser portadores del virus.

Desde el momento en que se conoció, a través de la exploración de las historias de vida de los integrantes del grupo, en las sesiones terapéuticas, que las situaciones de indigencia, adicción a drogas, alcoholismo, prostitución y agresión, en la mayoría de los casos, se habían presentado antes de adquirir el virus de inmunodeficiencia humana, y se sabe que fueron estas conductas y formas de vida las causas, entre otras, las que condujeron a estas personas a contagiarse, y no el conocimiento del diagnóstico que las empujó a ser víctimas de tales situaciones, que desgarran la dignidad humana.

Por lo que el contagio se debe manejar como un valor agregado a las situaciones ya establecidas, que además provocaron la desaparición de redes de apoyo familiares, la incapacidad de mantener un trabajo y por tanto la inestabilidad económica, que los condujo a un estado paupérrimo.

Es por lo anterior, que el quehacer del albergue, debe orientarse hacia una atención especializada con insumos técnicos, que logre desarrollar procesos que provean las herramientas y los espacios necesarios para que estas personas recuperen tanto su estado biológico-físico, como su estado mental y emocional, promoviendo y movilizando recursos internos que les permita reestructurar su autopercepción como la de su contexto, fortaleciendo así su autoestima y estableciendo estrategias de solución ante los estados depresivos, que como se expuso, predominan en su cotidianidad.

Sin embargo, es fundamental, establecer también procesos que permitan desarrollar habilidades, destrezas y prácticas tanto laborales, como de socialización, que conduzcan al paciente a un permanente contacto con el contexto externo a la institución, de manera que cuando éste haya recuperado su salud y asumido hábitos propios de una vida saludable, pueda desenvolverse de forma productiva y reincorporarse al contexto social, una vez que abandone el albergue, rompiendo así cualquier relación de dependencia con el mismo.

Entonces, ¿cómo podría un/a profesional en Trabajo Social abordar las situaciones presentadas anteriormente?

Los procesos elaborados para el fortalecimiento y reestructuración de los estados emocionales de esta población, deben ser intervenidos de forma grupal o bien individual asumiendo roles de facilitador/o-promotor/a de recursos internos y externos, de educador/a y socio – terapeuta, brindando una atención centrada en el paciente – cliente o grupo, partiendo desde su concepción como ser(es) integral(es) (biopsicosocial espiritual), y sujeto(os), no objeto(os), de cambio social.

Por su parte, en el ámbito de desarrollo de destrezas y habilidades de aprendizaje laboral y de interacción social, es necesaria la intervención interinstitucional, a través de la coordinación con entes públicos y/o privados que puedan brindar la capacitación mediante programas especializados en la enseñanza de actividades que promuevan el desarrollo

intelectual y técnico, con los cuales el paciente alcance las condiciones para "valerse por sí solo" y prescindir del albergue.

¿Qué características debe tener este/a profesional?

Debe capacitarse en lo referente al VIH y la enfermedad del SIDA y sus efectos tanto físicos como psicosociales en la población afectada.

Desarrollar procesos de preparación emocional, para enfrentar situaciones críticas relacionadas con las fases del proceso de aceptación del diagnóstico, vividas por los residentes, que se amplían en un gran ámbito, desde el manejo de la ansiedad, depresión, baja autoestima, frustración, agresión, enojo y hasta la muerte.

Debe poseer tolerancia y respeto a las diferentes predilecciones y orientaciones sexuales (homosexualidad, bisexualidad, travestismo) como una relación empática y asertiva con las variadas situaciones y experiencias que constituyen las historias de vida de los residentes (analfabetismo, drogadicción, prostitución, abuso físico y sexual, indigencia, abandono, discriminación y rechazo social).

Demostrar habilidades para la elaboración y aplicación de técnicas participativas e interaccionales que provean las dinámicas deseadas, tomando en cuenta siempre, las necesidades especiales que podrían poseer algunos residentes, como producto de la inmovilidad de sus extremidades,

dificultad para trasladarse, ceguera, y decaimiento físico, a causa de las enfermedades oportunistas características del desarrollo de la enfermedad del SIDA.

Encontrarse inmerso/a en la dinámica institucional que alberga a los pacientes, de modo que conozca las situaciones que se desarrollan a partir de la convivencia entre los pacientes, y poder establecer una comunicación directa con el resto del personal (asistentes, voluntarios y los/as encargados/as o directores/as) del albergue y recomendar estrategias de solución y supervisión ante cualquier conducta que no responda a las reglas de convivencia establecidas en la institución.

En relación a este último punto, es necesario el establecimiento, de criterios de entrada y salida de los pacientes candidatos a recibir los servicios del albergue.

Se debe aplicar una valoración social, realizada por el o la Trabajador/a Social del hospital o clínica en donde se le ofrece la atención médica, aun cuando su contacto con el albergue haya sido de forma directa o recomendada por una tercera persona. En el mejor de los casos, por el profesional en Trabajo Social que trabaje directamente para la institución.

Lo antes mencionado, permite conocer la situación psicosocial y económica del paciente. En donde se determinaría si la persona califica a partir de que: sea portadora del VIH o se encuentre enferma de sida, no posea redes de apoyo significativas que le permitan vivir en algún otro lugar (casa de

familiares, amistades o interdependientemente), su situación laboral sea inestable o no posea trabajo, ya sea por su deterioro físico, o que sus condiciones de vida y hábitos no le permitan desarrollar una actividad productiva, y/o que requiera de cuidados especiales que no puedan ser asumidos por otras personas (familiares o amistades) o por sí mismo.

Por su parte, una vez que el paciente ingrese en el albergue, debe firmar un contrato y acatar las reglas de convivencia (horas de llegada y de salida, actividades y responsabilidades con la limpieza y el orden, horarios de comida y de las horas de dormir, entre otros). Debe también, establecerse un periodo de prueba, en donde el paciente esté condicionado a cumplir con dichas reglas, y mostrar una conducta que no interfiriera con el desarrollo emocional y físico de los demás residentes.

En relación a los criterios de salida, deben estar establecidos a partir de las decisiones tomadas de forma interdisciplinaria, en donde se tome en cuenta las apreciaciones, percepciones y opiniones de la junta directiva del albergue, el o la Trabajador/a Social y el médico que le estaría brindando el seguimiento mediante el análisis de su evolución tanto física como emocional, las posibilidades que tenga éste de desarrollarse productivamente y/o de recuperar o reconstruir sus redes de apoyo social, evitando con esto que se encuentre nuevamente en situaciones de riesgo para su desarrollo integral.

Por último, es vital reconocer y apreciar el valor de la vida, el coraje con

que estas personas se aferran a conservarla y hacerle frente a esta enfermedad, que además de convertirse en algún momento, en un obstáculo físico, se convierte, desgraciadamente en uno social.

El potencial humano se encuentra en cada uno y cada una de nosotros/as, al igual que la posibilidad de adquirir el VIH-SIDA... porque realmente, nadie está exento/a de poseer alguna de las dos.

#### Bibliografía.

Galilea, Virginia y Cólis, José.(s.f) "Modelo estructurado de Rehabilitación Laboral para personas con enfermedades mentales crónicas." (pendiente de publicación). En [www.sie.es/crl/rehabilitacion](http://www.sie.es/crl/rehabilitacion).

Güel Ana Josefina. (1999). Experiencia terapéutica grupal para personas

VIH/SIDA homosexuales. Un aporte desde la perspectiva cognoscitiva. Informe de sistematización de la residencia práctica, Maestría en Trabajo Social, U.C.R.

Kaplan, Harold (1996). Terapia de grupo. Editorial Medicina Panamericana, S.A. Madrid, España.

KEWO, Revista Educativa sobre el sida (2000). ¿SIDA?. Año 3, N°4. San José, Costa Rica.

McKay, Matthew y Fanning, Patrick. (1991) . Autoestima: Evaluación y mejora. Libergraf S.A, España.

ONUSIDA (2001). ¿ Qué es el SIDA ?

Satir, Virginia (1972). Relaciones humanas en el núcleo familiar. Editorial Pax – Mex, México.