

**CONOCIMIENTOS Y PRACTICAS DE AUTOCUIDADO QUE REALIZA LA  
PERSONA CON VIH – SIDA DIAGNOSTICADOS EN EL PERIODO 2004 – 2007 A  
AFILIADOS A LA EPSs COMFAMILIAR DEL HUILA RESIDENTES EN EL ÁREA  
URBANA DEL MUNICIPIO DE NEIVA.**

**ANDREA CAMPUZANO CONDE  
WILLIAM GONZÁLEZ SANCHEZ  
CLAUDIA LORENA MOTTA ROBAYO  
BETSY PAOLA RIVERA FRANCO  
INGRID YOLERCY TROCHE GUTIÉRREZ**

**UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA  
FACULTAD DE SALUD  
PROGRAMA DE ENFERMERÍA  
NEIVA-HUILA  
2007**

**CONOCIMIENTOS Y PRACTICAS DE AUTOCUIDADO QUE REALIZA LA  
PERSONA CON VIH – SIDA DIAGNOSTICADOS EN EL PERIODO 2004 – 2007 A  
AFILIADOS A LA EPSs COMFAMILIAR DEL HUILA RESIDENTES EN EL AREA  
URBANA DEL MUNICIPIO DE NEIVA.**

**ANDREA CAMPUZANO CONDE  
WILLIAM GONZÁLEZ SANCHEZ  
CLAUDIA LORENA MOTTA ROBAYO  
BETSY PAOLA RIVERA FRANCO  
INGRID YOLERCY TROCHE GUTIÉRREZ**

**Asesora:  
FRANCY HOLLMINN SALAS CONTRERAS  
Magister en Educación y Desarrollo Comunitario  
MBA Dirección de Empresas  
Especialista en Gerencia  
Docente USCO**

**UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA  
FACULTAD DE SALUD  
PROGRAMA DE ENFERMERÍA  
NEIVA-HUILA  
2007**

Nota de aceptación

---

---

---

---

---

Firma Presidente del Jurado

---

Firma del Jurado

---

Firma del Jurado

Neiva, Noviembre de 2007

## DEDICATORIA

*A mis padres y hermanas  
que son la base principal en la  
construcción de mi proyecto de vida.*

*Claudia Lorena*

*A mis padres y hermanos  
quienes se han convertido en  
el pilar fundamental para mi formación personal.*

*William*

*A Dios, mis padres y mi esposo  
que me han dado no solo el amor,  
sí no la confianza para creer en lo que soy.*

*Andrea*

*A mi familia  
por brindarme su apoyo  
incondicional en cada momento de mi vida.*

*Ingrid*

*A Dios, mi familia y mi hijo  
que han iluminado cada una de mis metas.  
Y se han convertido en mi fortaleza y razón de ser*

*Betsy*

## **AGRADECIMIENTOS**

Los autores expresan los agradecimientos a:

Las personas que participaron con sus conocimientos en esta investigación, por que nos abrieron no solo las puertas de sus casas sino también las de sus corazones.

Francy Hollminn Salas Contreras, Enfermera, Jefe de Programa de Enfermería y docente de la Universidad Surcolombiana, a pesar de sus múltiples ocupaciones sus orientaciones y apoyo fue vital en este proceso, gracias por tanta confianza.

Gerardo Barrera D, fisioneumólogo, medico de la Corporación NeiVIHda y de la EPSs Comfamiliar de Huila, por sus consejos, inquietudes y calidez brindados durante la realización del proyecto.

Roberto Salas, medico internista, medico de UCI pediátrica Saludcoop EPS, por su paciencia y su calidez al educarnos y por mostrarnos otras opciones en la vida.

A la EPSs Comfamiliar del Huila, por darnos la oportunidad de realizar la investigación con sus usuarios.

A cada uno de los compañeros que compartieron con nosotros los momentos más difíciles de la realización y presentación del proyecto.

## RESUMEN

<b>TIPO DE DOCUMENTO</b>	TESIS DE GRADO
<b>TITULO</b>	Conocimientos Y Practicas de Autocuidado que Realiza la Persona Con VIH – SIDA Diagnosticados en el Periodo 2004 – 2007A Afiliados a La EPSs Comfamiliar del Huila Residentes en el Área Urbana del Municipio de Neiva
<b>AUTORES</b>	<p style="text-align: center;">ANDREA CAMPUZANO CONDE            WILLIAM GONZÁLEZ SÁNCHEZ            CLAUDIA LORENA MOTTA ROBAYO            BETSY PAOLA RIVERA FRANCO            INGRID YOLERCY TROCHE GUTIÉRREZ</p>
<b>DESCRIPTORES TEMÁTICOS</b>	Información a cerca de VIH, aspectos psicosociales de la infección por VIH, el autocuidado en el paciente con VIH, competencias del equipo de salud en la atención a los usuarios con VIH, seguimiento del tratamiento, operacionalización de variables, diseño metodológico, resultados y discusión, conclusiones y recomendaciones.
<b>DESCRIPCIÓN</b>	Es una investigación de tipo Cuantitativo con Elementos de tipo Cualitativo que permite Identificar los conocimientos y prácticas de autocuidado de las personas con VIH- SIDA relacionada con el grado de conocimiento brindado por el equipo de salud, la cual se realizó a través de la observación indirecta en la historia clínica, una entrevista semi-estructurada y el diligenciamiento de un cuestionario a 8 usuarios del programa de VIH/SIDA de la EPSs Comfamiliar del Huila en el periodo comprendido 2004-2007 A
<b>CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN</b>	<p>Personas con Diagnostico seropositivo de VIH que se encuentren inscritos en la EPSs Comfamiliar en los años 2004 a 2007 A.</p> <p>Que voluntariamente acepten participar de la investigación y se encuentre en buenas condiciones de salud para diligenciar un cuestionario.</p> <p>Residente de la ciudad de Neiva</p> <p>Edades entre los 15 a 60 años</p> <p>Perteneciente a ambos sexos, con un nivel educativo</p>

	básico, que sepan leer y escribir
<b>CONTENIDO</b>	<p>La presente investigación esta constituida por una introducción, planteamiento del problema, unos antecedentes que permiten plantear la justificación; el objetivo general es Identificar los conocimientos y prácticas de autocuidado de las personas con VIH-SIDA relacionada con el grado de conocimiento brindado por el equipo de salud, con varios objetivos específicos. Se conformó un marco teórico a través de la revisión bibliográfica, la construcción del diseño metodológico y las variables del estudio, el instrumento (cuestionario y entrevista semiestructurada) validado por expertos. Posteriormente se aplicó la entrevista y el cuestionario a la muestra para recolectar la información del cual después de realizar la interpretación y análisis de resultados se obtuvieron unas conclusiones y recomendaciones para la EPSs Comfamiliar del Huila y por último dejar como documento de apoyo un manual de autocuidado para el usuario de VIH de la EPSs Comfamiliar del Huila.</p>
<b>CONCLUSIONES</b>	<p>Los conocimientos de los pacientes con VIH/SIDA involucrados en esta investigación, son buenos, pero algunas prácticas de autocuidado no son realizadas adecuadamente o son ignoradas, lo que puede producir una mayor proliferación de la enfermedad, además se reconoce que estos conocimientos son brindados por un solo miembro del equipo de salud (médico con entrenamiento en VIH), y son reforzados durante los controles de cada usuario. Para algunos de estos usuarios estos conocimientos no son reforzados debido a que no están asistiendo de forma continua a ellos aquejando demora en la asignación de las citas por la tramitología de la EPSs a la que pertenecen.</p>

**Palabras Claves: VIH, Autocuidado**

## ABSTRACT

TYPE OF DOCUMENT	THESIS OF GRADE
<b>TITLE</b>	Knowledge and Practice of Autocuidado that the Person With HIV -AIDS been Diagnosed in the Period 2004 - 2007A Members to The EPSs Comfamiliar of the Huila Residents in the Urban Area of the Municipality of Neiva
<b>AUTHORS</b>	<p style="text-align: center;">ANDREA CAMPUZANO CONDE            WILLIAM GONZÁLEZ SÁNCHEZ            CLAUDIA LORENA MOTTA ROBAYO            BETSY PAOLA RIVERA FRANCO            INGRID YOLERCY TROCHE GUTIÉRREZ</p>
<b>THEMATIC DESCRIBERS</b>	Information to near HIV, aspects psicosociales of the infection for HIV, the autocuidado in the patient with HIV, competence of the team of health in the attention to the users with HIV, pursuit of the treatment, operacionalization of variables, methodological design, results and discussion, conclusions and recommendations
<b>DESCRIPTION</b>	It is an investigation of Quantitative type with Elements of Qualitative type that allows to Identify the knowledge and practical of people's autocuidado with HIV - AIDS related with the grade of knowledge toasted by the team of health, which was carried out through the indirect observation in the clinical history, a semi-structured interview and the to hastening from a questionnaire to 8 users of the program of HIV/AIDS of the EPSs Comfamiliar of the Huila in the understood period 2004-2007 A
<b>CHARACTERISTIC OF THE POPULATION</b>	<p>People with I Diagnose seropositive of HIV that are inscribed in the EPSs Comfamiliar in the years 2004 to 2007 A.</p> <p>That voluntarily they accept to participate of the investigation and be under good conditions of health to obtain a questionnaire.</p> <p>Resident of the city of Neiva</p> <p>Ages between the 15 to 70 years</p> <p>Belonging to both sexes, with a basic educational level that you/they know how to read and to write</p>



<p style="text-align: center;"><b>CONTENT</b></p>	<p>The present investigation this constituted by an introduction, position of the problem, some antecedents that allow to outline the justification; the general objective is to Identify the knowledge and practical of people's autocuidado with HIV - AIDS related with the grade of knowledge toasted by the team of health, with several specific objectives. He/she conformed to a theoretical mark through the bibliographical revision, the construction of the methodological design and the variables of the study, the instrument (questionnaire and he/she interviews semiestructure) validated by experts. Later on it was applied the interview and the questionnaire to the sample to gather the information of which you/they were obtained for the EPSs Comfamiliar of the Huila after carrying out the interpretation and analysis of results some conclusions and recommendations and lastly to leave like support document a manual of autocuidado for pattien of HIV of the EPSs Comfamiliar of the Huila.</p>
<p style="text-align: center;"><b>CONCLUSIONS</b></p>	<p>The knowledge of the patients with HIV/AIDS involved in this investigation, are good, but some practice of autocuidado they are not carried out appropriately or they are ignored, what I could produce a bigger proliferation of the illness, is also recognized that these knowledge are offered by a single member of the team of health (I prescribe with training in HIV), and they are reinforced during each user's controls. For some of these users these knowledge are not reinforced because they are not attending from a continuous way to them suffering delay in the assignment of the appointments for you process it from the EPSs to which belong.</p>

**Key Words: HIV, Autocuidado.**

## CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	17
1. PLANTEAMIENTO Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	19
1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	19
2. JUSTIFICACIÓN	24
3. OBJETIVOS	26
3.1 OBJETIVO GENERAL	26
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	26
4. REFERENTE CONCEPTUAL	27
4.1 HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD	27
4.1.1 Período prepatogénico	27
4.1.2 Período patogénico	27
4.1.2.1 Etapa subclínica	27
4.1.2.2 Etapa prodrómica	27
4.1.2.3 Etapa clínica	27
4.2 NIVELES DE PREVENCIÓN	28
4.2.1 Prevención primaria	28
4.2.2 Prevención secundaria	28

4.2.3	Prevención terciaria	30
4.3	ASPECTOS PSICOSOCIALES DE LA INFECCIÓN POR EL VIH Y EL SIDA	30
4.3.1	Aspectos psicológicos del paciente Infectado por el VIH-SIDA	31
4.3.1.1	Estadios psicológicos ante el diagnostico de Infección por VIH	31
4.3	TEORÍA DEL AUTOCUIDADO. DOROTEA OREM	32
4.5	EL AUTOCUIDADO EN EL PACIENTE CON VIH	34
4.6	DIMENSIONES DE LA PERSONA AFECTADA POR LA ENFERMEDAD	36
4.7	COMPETENCIAS DEL EQUIPO DE SALUD EN LA ATENCIÓN DEL PACIENTE CON VIH-SIDA	37
4.7.1	Acciones sobre la comunidad	38
4.7.2	Acciones sobre los organismos de Salud	39
4.8	SEGUIMIENTO DEL TRATAMIENTO INTEGRAL DE LAS PERSONAS VIVIENDO CON EL VIH-SIDA	40
4.8.1	Consulta Médica	40
4.8.2	Control de Enfermería	41
4.8.3	Consulta de Psicología	41
4.8.4	Consulta de Nutrición	41
4.8.5	Consulta de Odontología	42
4.8.6	Soporte de Trabajo Social	42
4.9	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	44
5.	DISEÑO METODOLÓGICO	50
5.1	ENFOQUE Y TIPO DE ESTUDIO	50

5.2	UNIVERSO, POBLACIÓN Y MUESTRA	50
5.3	UNIDAD DE ANALISIS Y UNIDAD DE INFORMACIÓN	51
5.4	MÉTODO, TÉCNICA E INSTRUMENTO	51
5.5	CONFIABILIDAD Y VALIDEZ	52
5.6	ETICIDAD	52
6.	PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS	53
6.1	TABULACIÓN	53
6.2	ANALISIS	53
6.3	RESULTADOS	53
6.4	HALLAZGOS ENCONTRADOS	84
6.4.1	Hallazgos positivos	84
6.4.2	Hallazgos negativos	85
7.	DISCUSIÓN	86
8.	CONCLUSIONES	89
	RECOMENDACIONES	90
	BIBLIOGRAFÍA	91
	ANEXOS	93

## LISTA DE TABLAS

	Pág.
<b>Tabla No 1:</b> Características de la persona con VIH- SIDA diagnosticada en el periodo 2004 – 2007 A afiliados a la EPSs Comfamiliar	53
<b>Tabla No 2.</b> Distribución por Edad de las personas con VIH- SIDA diagnosticada en el periodo 2004 – 2007 A afiliados a la EPSs Comfamiliar	55
<b>Tabla No 3.</b> Genero de las personas con VIH- SIDA diagnosticada en el periodo 2004 – 2007 A afiliados a la EPSs Comfamiliar	56
<b>Tabla No 4.</b> Distribución Según Estado Civil de las personas con VIH- SIDA diagnosticada en el periodo 2004 – 2007 A afiliados a la EPSs Comfamiliar	56
<b>Tabla No 5.</b> Distribución por Estrato Socioeconómico de las personas con VIH- SIDA diagnosticada en el periodo 2004 – 2007 A afiliados a la EPSs Comfamiliar	57
<b>Tabla No 6.</b> Distribución según el Nivel educativo de las personas con VIH- SIDA diagnosticada en el periodo 2004 – 2007 A afiliados a la EPSs Comfamiliar	58
<b>Tabla No 7.</b> Distribución según la Ocupación de las personas con VIH- SIDA diagnosticada en el periodo 2004 – 2007 A afiliados a la EPSs Comfamiliar	59
<b>Tabla No 8.</b> Distribución de síntomas por el cual acuden al medico las personas con VIH- SIDA diagnosticada en el periodo 2004 – 2007 A afiliados a la EPSs Comfamiliar	60
<b>Tabla No 9:</b> Distribución según pruebas de laboratorio que se realizan actualmente las personas con VIH- SIDA diagnosticada en el periodo 2004 – 2007 A afiliados a la EPSs Comfamiliar	61
<b>Tabla No 10.</b> Distribución según conocimiento de vías de transmisión de las personas con VIH- SIDA diagnosticada en el periodo 2004 – 2007 A afiliados a la EPSs Comfamiliar	62

	Pág.
<b>Tabla No 11.</b> Distribución según prácticas de Autocuidado que realizan las personas con VIH- SIDA diagnosticada en el periodo 2004 – 2007 A afiliados a la EPSs Comfamiliar.	63
<b>Tabla No 12.</b> Distribución Según sinceridad con la pareja al tener relaciones sexuales de las personas con VIH- SIDA diagnosticada en el periodo 2004 – 2007 A afiliados a la EPSs Comfamiliar	64
<b>Tabla No 13.</b> Distribución Consumo de dieta balanceada de las personas con VIH- SIDA diagnosticada en el periodo 2004 – 2007 A afiliados a la EPSs Comfamiliar	65
<b>Tabla No 14.</b> Distribución según actividad física que realizan las personas con VIH- SIDA diagnosticada en el periodo 2004 – 2007 A afiliados a la EPSs Comfamiliar	65
<b>Tabla No 15.</b> Distribución horas diarias de Sueño de las personas con VIH- SIDA diagnosticada en el periodo 2004 – 2007 A afiliados a la EPSs Comfamiliar	66
<b>Tabla No 16.</b> Distribución según prácticas de aseo antes de comer y después de ir al baño de las personas con VIH- SIDA diagnosticada en el periodo 2004 – 2007 A afiliados a la EPSs Comfamiliar	67
<b>Tabla No 17.</b> Distribución Según citologías vaginales realizadas por las mujeres con VIH- SIDA diagnosticada en el periodo 2004 – 2007 A afiliados a la EPSs Comfamiliar	67
<b>Tabla No 18:</b> Frecuencia de realización de toma de citología por las mujeres con VIH- SIDA diagnosticada en el periodo 2004 – 2007 A afiliados a la EPSs Comfamiliar	68
<b>Tabla No 19.</b> Distribución según práctica de autoexamen de seno o testículos de las personas con VIH- SIDA diagnosticada en el periodo 2004 – 2007 A afiliados a la EPSs Comfamiliar	68
<b>Tabla No 20.</b> Frecuencia realización de actividad Física de las personas con VIH- SIDA diagnosticada en el periodo 2004 – 2007 A afiliados a la EPSs Comfamiliar	69
<b>Tabla No 21.</b> Distribución según elementos de aseo personal de uso propio que posee la persona con VIH- SIDA diagnosticada en el periodo 2004 – 2007 A afiliados a la EPSs Comfamiliar	70

	Pág.
<b>Tabla No 22.</b> Distribución según consumo de medicamentos ordenados por el médico a las persona con VIH- SIDA diagnosticada en el periodo 2004 – 2007 A afiliados a la EPSs Comfamiliar	72
<b>Tabla No 23.</b> Distribución según Conocimiento sobre el nombre y la dosis de los medicamentos prescritos por el médico a la persona con VIH- SIDA diagnosticada en el periodo 2004 – 2007 A afiliados a la EPSs Comfamiliar	73
<b>Tabla No 24.</b> Distribución según Asistencia a los controles prescritos por el médico a la persona con VIH- SIDA diagnosticada en el periodo 2004 – 2007 A afiliados a la EPSs Comfamiliar	74
<b>Tabla No 25.</b> Distribución según fuente de información de autocuidado en los 2 últimos años de las persona con VIH- SIDA diagnosticada en el periodo 2004 – 2007 A afiliados a la EPSs Comfamiliar	75
<b>Tabla No 26.</b> Distribución según mejoría en el estado de salud de las persona con VIH- SIDA diagnosticada en el periodo 2004 – 2007 A afiliados a la EPSs Comfamiliar con el tratamiento	76
<b>Tabla No 27.</b> Distribución según situación emocional Actual de las persona con VIH- SIDA diagnosticada en el periodo 2004 – 2007 A afiliados a la EPSs Comfamiliar	76
	77
<b>Tabla No 28.</b> Distribución según relaciones familiares de las persona con VIH- SIDA diagnosticada en el periodo 2004 – 2007 A afiliados a la EPSs Comfamiliar	78
<b>Tabla No 29.</b> Distribución según información que brinda La EPSs acerca de los diferentes aspectos de la enfermedad.	79
<b>Tabla No 30.</b> Distribución según claridad de la información brindada a las persona con VIH- SIDA diagnosticada en el periodo 2004 – 2007 A afiliados a la EPSs Comfamiliar	80
<b>Tabla No 31.</b> Distribución según Continuidad de la información brindada a las persona con VIH- SIDA diagnosticada en el periodo 2004 – 2007 A afiliados a la EPSs Comfamiliar	
<b>Tabla No 32.</b> Distribución según oportunidad en la atención a las persona con VIH- SIDA diagnosticada en el periodo 2004 – 2007 A afiliados a la EPSs Comfamiliar	

	Pág.
<b>Tabla No 33.</b> Distribución según oportunidad en el suministro de medicamentos a las persona con VIH- SIDA diagnosticada en el periodo 2004 – 2007 A afiliados a la EPSs Comfamiliar	80
<b>Tabla No 34.</b> Distribución según Estrato socioeconómico y el Nivel educativo de las persona con VIH- SIDA diagnosticada en el periodo 2004 – 2007 A afiliados a la EPSs Comfamiliar	81
<b>Tabla No 35.</b> Distribución según Nivel Educativo y las Vías De Transmisión que está Informada en las persona con VIH- SIDA diagnosticada en el periodo 2004 – 2007 A afiliados a la EPSs Comfamiliar	82
<b>Tabla No 36.</b> Distribución según Género con la Sinceridad de la Pareja de las persona con VIH- SIDA diagnosticada en el periodo 2004 – 2007 A afiliados a la EPSs Comfamiliar	83
<b>Tabla No 37.</b> Distribución según Atención oportuna y la Calidez de la Atención a las persona con VIH- SIDA diagnosticada en el periodo 2004 – 2007 A afiliados a la EPSs Comfamiliar	83



## LISTA DE GRAFICOS

	Pág.
<b>Grafico 1</b> Características de las personas con VIH- SIDA diagnosticada en el periodo 2004 – 2007 a afiliados a la EPSs Comfamiliar	54
<b>Grafico 2</b> Distribución por Edad de las personas con VIH- SIDA diagnosticada en el periodo 2004 – 2007 A afiliados a la EPSs Comfamiliar	55
<b>Grafico 3.</b> Distribución por Género de las personas con VIH- SIDA diagnosticada en el periodo 2004 – 2007 A afiliados a la EPSs Comfamiliar	56
<b>Grafico 4</b> Distribución Según Estado Civil de las personas con VIH- SIDA diagnosticada en el periodo 2004 – 2007 A afiliados a la EPSs Comfamiliar	57
<b>Grafico 5.</b> Distribución por Estrato Socioeconómico de las personas con VIH- SIDA diagnosticada en el periodo 2004 – 2007 A afiliados a la EPSs Comfamiliar	57
<b>Grafico 6.</b> Distribución según el Nivel educativo de las personas con VIH- SIDA diagnosticada en el periodo 2004 – 2007 A afiliados a la EPSs Comfamiliar	58
<b>Grafico 7</b> Distribución según la Ocupación de las personas con VIH- SIDA diagnosticada en el periodo 2004 – 2007 A afiliados a la EPSs Comfamiliar	59
<b>Grafico 8.</b> Distribución de síntomas por el cual acuden al medico las personas con VIH- SIDA diagnosticada en el periodo 2004 – 2007 A afiliados a la EPSs Comfamiliar	60
<b>Grafico 9.</b> Distribución según pruebas de laboratorio que se realizan actualmente las personas con VIH- SIDA diagnosticada en el periodo 2004 – 2007 A afiliados a la EPSs Comfamiliar	61
<b>Grafico 10.</b> Distribución según conocimiento de vías de transmisión de las personas con VIH- SIDA diagnosticada en el periodo 2004 – 2007 A afiliados a la EPSs Comfamiliar	62

	Pág.
<b>Grafico 11.</b> Distribución según prácticas de Autocuidado que realizan las personas con VIH- SIDA diagnosticada en el periodo 2004 – 2007 A afiliados a la EPSs Comfamiliar	63
<b>Grafico 12.</b> Distribución Según sinceridad con la pareja al tener relaciones sexuales de las personas con VIH- SIDA diagnosticada en el periodo 2004 – 2007 A afiliados a la EPSs Comfamiliar	64
<b>Grafico 13.</b> Distribución Consumo de dieta balanceada de las personas con VIH- SIDA diagnosticada en el periodo 2004 – 2007 A afiliados a la EPSs Comfamiliar	65
<b>Grafico 14.</b> Distribución según actividad física que realizan las personas con VIH- SIDA diagnosticada en el periodo 2004 – 2007 A afiliados a la EPSs Comfamiliar	66
<b>Grafico 15.</b> Distribución horas diarias de Sueño de las personas con VIH- SIDA diagnosticada en el periodo 2004 – 2007 A afiliados a la EPSs Comfamiliar	66
<b>Grafico 16.</b> Distribucion Según citologías vaginales realizadas por las mujeres con VIH- SIDA diagnosticada en el periodo 2004 – 2007 A afiliados a la EPSs Comfamiliar	67
<b>Grafico 17.</b> Frecuencia de realización de toma de citología por las mujeres con VIH- SIDA diagnosticada en el periodo 2004 – 2007 A afiliados a la EPSs Comfamiliar	68
<b>Grafico 18.</b> Distribución según práctica de autoexamen de seno o testículos de las personas con VIH- SIDA diagnosticada en el periodo 2004 – 2007 A afiliados a la EPSs Comfamiliar	69
<b>Grafico 19.</b> Frecuencia realización de actividad Física de las personas con VIH- SIDA diagnosticada en el periodo 2004 – 2007 A afiliados a la EPSs Comfamiliar	70
<b>Grafico 20.</b> Distribución según elementos de aseo personal de uso propio que posee la persona con VIH- SIDA diagnosticada en el periodo 2004 – 2007 A afiliados a la EPSs Comfamiliar	70
<b>Grafico 21.</b> Distribución según consumo de medicamentos ordenados por el medico a las persona con VIH- SIDA diagnosticada en el periodo 2004 – 2007 A afiliados a la EPSs Comfamiliar	71

	Pág.
<b>Grafico 22.</b> Distribución según Conocimiento sobre el nombre y la dosis de los medicamentos prescritos por el medico a las persona con VIH- SIDA diagnosticada en el periodo 2004 – 2007 A afiliados a la EPSs Comfamiliar	72
<b>Grafico 23.</b> Distribución según Asistencia a los controles prescritos por el medico a las persona con VIH- SIDA diagnosticada en el periodo 2004 – 2007 A afiliados a la EPSs Comfamiliar	73
<b>Grafico 24.</b> Distribución según fuente de información de autocuidado en los 2 últimos años de las persona con VIH- SIDA diagnosticada en el periodo 2004 – 2007 A afiliados a la EPSs Comfamiliar	74
<b>Grafico 25.</b> Distribución según mejoría en el estado de salud de las persona con VIH- SIDA diagnosticada en el periodo 2004 – 2007 A afiliados a la EPSs Comfamiliar con el tratamiento	75
<b>Grafico 26.</b> Distribución según situación emocional Actual de las persona con VIH- SIDA diagnosticada en el periodo 2004 – 2007 A afiliados a la EPSs Comfamiliar	76
<b>Grafico 27.</b> Distribución según relaciones familiares de las persona con VIH- SIDA diagnosticada en el periodo 2004 – 2007 A afiliados a la EPSs Comfamiliar	77
<b>Grafico 28.</b> Distribución según claridad de la información brindada a las persona con VIH- SIDA diagnosticada en el periodo 2004 – 2007 A afiliados a la EPSs Comfamiliar	79
<b>Grafico 29.</b> Distribución según Continuidad de la información brindada a las persona con VIH- SIDA diagnosticada en el periodo 2004 – 2007 A afiliados a la EPSs Comfamiliar	79
<b>Grafico 30.</b> Distribución según oportunidad en la atención a las persona con VIH- SIDA diagnosticada en el periodo 2004 – 2007 A afiliados a la EPSs Comfamiliar	80
<b>Grafico 31.</b> Distribución según oportunidad en el suministro de medicamentos .a las persona con VIH- SIDA diagnosticada en el periodo 2004 – 2007 A afiliados a la EPSs Comfamiliar	81

	Pàg.
<b>Grafico 32.</b> Distribución según Estrato socioeconómico y el Nivel educativo de las persona con VIH- SIDA diagnosticada en el periodo 2004 – 2007 A afiliados a la EPSs Comfamiliar	81
<b>Grafico 33.</b> Distribución según Nivel Educativo y las Vías De Transmisión que esta Informada en las persona con VIH- SIDA diagnosticada en el periodo 2004 – 2007 A afiliados a la EPSs Comfamiliar	82
<b>Grafico 34.</b> Distribución según Género con la Sinceridad de la Pareja de las persona con VIH- SIDA diagnosticada en el periodo 2004 – 2007 A afiliados a la EPSs Comfamiliar	83
<b>Grafico 35.</b> Distribución según Atención oportuna y la Calidez de la Atención a las persona con VIH- SIDA diagnosticada en el periodo 2004 – 2007 A afiliados a la EPSs Comfamiliar	84

## LISTA DE ANEXOS

	<b>Pág.</b>
<b>Anexo A.</b> Consentimiento Informado	94
<b>Anexo B.</b> Cuestionario Autodeligenciado	95
<b>Anexo C.</b> Entrevista Semiestructurada	100
<b>Anexo D.</b> Manual de Autocuidado para la persona con VIH/SIDA	101

## INTRODUCCIÓN

La salud es un factor imperativo para el bienestar familiar y colectivo; la cual puede verse afectada por El VIH-SIDA, siendo esta una patología que no distingue raza ni genero y considerada de alto costo que desde su descubrimiento en África, ha venido afectando y comprometiendo a nivel físico, social y psicológico de forma severa a muchas personas a nivel mundial y no discrimina género, edad, condiciones sociales ni económicas, como a la vez representa un evento de interés en salud publica, aunque existen protocolos de manejo guías de atención y personal capacitado para evitar y controlar los factores de riesgo, pero aun así las personas no lo han realizado.

A nivel mundial estadísticamente existen 40 a 45 millones de infectados en el mundo, según la ONUSIDA-OMS<sup>1</sup> quien reporto un total de 39.5 millones de personas infectadas con VIH-SIDA para el año 2006, entre los cuales se tiene que 37.2 millones son adultos, 17.7 millones de mujeres, y menores de 15 años 2.3 millones. En América latina para el año 2006 se registra una prevalencia de 0.5% por 100.000 habitantes, en edades de 15-49 años.

En América latina se infectaron más de 200.000 y unas 100.000 personas murieron por la infección. En Colombia como país subdesarrollado no es ajeno a esta situación desde que la epidemia de sida empezó en Colombia (1983) a la fecha se han registrado según la OPS<sup>2</sup> en el año 2006 un total de 4284 casos, como también en el Departamento del Huila, los casos de VIH van aumentando según boletines de secretaria de salud departamental, de acuerdo con las estadísticas las cuales muestran que se han registrado 40 casos y el grupo de edad predominante están entre los 15 a 44 años en el año 2006<sup>3</sup> y además se estima que por cada caso registrado existen entre 7 u 8 personas que no han sido diagnosticados. En el 2003 se identifico que la forma más común de transmisión del virus es por vía sexual con un total de casos de 113. El 72 por ciento de ellos reciben tratamiento, lo que nos ubica en rangos similares a los de países desarrollados.

En el año 2004<sup>4</sup> el municipio de Neiva presento un total de 48 casos, para el año 2006 se reportaron 51 casos de VIH, siendo la edad predominante el rango de los 15 – 44 años con 17 casos del sexo masculino y 19 casos del sexo femenino. Además se ubico en el tercer lugar con un 12.1% del total de muertes de interés en salud publica.

---

<sup>1</sup> Situación de la Epidemia del SIDA. Diciembre del 2006 ONUSIDA-OMS.

<sup>2</sup> Situación de Salud en Colombia, Indicadores Básicos 2006, OPS y Ministerio de la Protección Social.

<sup>3</sup> Boletín de prensa de la Gobernación del Huila. P.2a

<sup>4</sup> Boletín epidemiológico. Secretaria de Salud Municipal. 2005

El VIH-SIDA es una enfermedad compleja debido a su largo periodo de evolución y a las diferentes situaciones sociales, clínicas y anímicas que tiene que afrontar el paciente, así como las complicaciones sociales y las características de determinados grupos de población especialmente afectadas, es necesario una aproximación global y multidisciplinaria al problema sin que cualquier plan de tratamiento y control este destinado al fracaso.

El equipo de salud debe visualizar al usuario con VIH-SIDA como un ser biosicosocial y espiritual que vive su patología como una experiencia subjetiva y al que se le debe brindar una atención humana, integral, oportuna y eficaz, además, si la atención a estos pacientes esta orientada a satisfacer sus necesidades biológicas, psicológicas, sociales, espirituales y farmacológica.

Lo anterior hace que se tenga en cuenta las dimensiones del ser humano de forma individual, ya que cada uno requiere de cuidados específicos para mantener estable la integridad del paciente en los diferentes niveles de atención en salud.

Esta investigación permitió reconocer los conocimientos que tiene la persona de la enfermedad y practicas del autocuidado en su vida diaria logrando relacionarlas con la cantidad y la calidad de la educación brindada por el personal de salud en su vida cotidiana.

# 1. PLANTEAMIENTO Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

## 1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

En Colombia la transmisión esta creciendo a una velocidad increíble. Según la ONUSIDA para el año 2004<sup>5</sup>, la prevalencia nacional en población de 15 a 49 años se estima en 0.7% (siete por cada mil) observándose a nivel nacional un progresivo cambio del patrón predominante de transmisión homosexual hacia el predominio de la transmisión por coito heterosexual, particularmente evidente en la región nor-oriental (Santander y Norte de Santander) y en los departamentos de la región Caribe, donde el numero de nuevas infecciones de mujeres jóvenes ha aumentado a mayor velocidad que en hombres de la misma edad desde comienzos de los noventa. La razón de casos hombre: mujer ha descendido de 20:1 al inicio de la epidemia a 8:1 en 1993, a 6:1 en 1998 y a 3:1 entre 1999 y 2003. En los Departamentos de la costa Caribe este indicador es cercano a 1:1.

Según la OPS<sup>6</sup> en el año 2006 en Colombia hay un total de 4284 casos, con una incidencia de 10.5 por 100.000 habitantes. Así mismo en el Departamento del Huila, los casos de VIH van ascendiendo de manera alarmante y según boletines de secretaria de salud departamental las estadísticas muestran que en año 2003 se presentaron 114 casos, en el 2005 95 casos y para el año 2006 se registraron 40 casos a 31 de mayo y el grupo de edad predominante están entre los 15 a 44 años<sup>7</sup>. Además se estima que por cada caso registrado existen entre 7 u 8 personas que no han sido diagnosticados<sup>8</sup>. Para el año 2003 se identifico que la forma más común de transmisión del virus es por vía sexual con un total de casos de 113 seguidas de la vía perinatal con 1 caso y la vía sanguínea sin casos; y el género principalmente afectado es el masculino con 81 casos.

En el municipio de Neiva para el año 2004<sup>9</sup> se presentó un total de 48 casos, predominando la edad de 15-44 años con un total de 34 casos, seguido de las edades de 45-64 años con 10 casos, menores de 1 año con 3 casos y de 1-4 años 1 caso. Para el año 2006 se reportaron 51 casos de VIH comuna 8: 10 casos, comuna 10: 10 casos, seguidas por la comuna 4 con 6 casos, comuna 9: 6 casos, Comuna 5: 4 casos, Comuna 2:3 .6: 3 casos en cada una, en la comuna 1:2 casos, comuna 13: 2 casos, Comuna 7: 1 caso, 1 caso no tiene dato de comuna.

---

<sup>5</sup> EL TIEMPO. Febrero 16 de 2005.P 3b.

<sup>6</sup> Situación de Salud en Colombia, Indicadores Básicos 2006, OPS y Ministerio de la Protección Social.

<sup>7</sup> Boletín de prensa de la gobernación del Huila. p.2a

<sup>8</sup> Boletín epidemiológico. Secretaria de Salud Municipal. 2005.

<sup>9</sup> Boletín epidemiológico. Secretaria de Salud Municipal. 2005.



Morbilidad por VIH según edades < de 1 año 1 caso del sexo masculino, de 15 – 44 años 17 casos del sexo masculino y 19 casos del sexo femenino, de 45 – 59 años 7 casos del sexo masculino y 5 casos del sexo femenino, de 60 años y más 2 casos del sexo masculino. Para un total de 27 mujeres y 24 hombres con VIH-SIDA

La enfermedad por VIH –SIDA para el año 2006 en el Municipio de Neiva se ubica en el tercer lugar con un 12.1% del total de muertes de interés en salud pública, con 1 caso de sexo masculino entre los 5 – 14 años, afectando de forma marcada al grupo de edad de 15 – 44 años con 18 (56.3%) caso, 11 casos en el sexo masculino y 7 casos en el sexo femenino. con una tasas de mortalidad en este grupo de edad de 12 defunciones por cada 100.000 habitantes , entre el grupo de edad entre 45 – 59 años 8 casos de mortalidad en hombre y 2 casos en mujeres, de 60 años y mas se reportan 2 casos de mortalidad en hombre y 1 caso en mujeres, obteniendo un total de 22 casos de mortalidad en hombre y 10 casos en mujeres. Por genero el masculino reporta el 68.8% de los casos<sup>10</sup>.

Debido a estas cifras tan alarmantes se han venido realizando programas de promoción y prevención por parte del estado e instituciones de salud pública, como ejemplo se puede citar la implementación del Proyecto Nacional para la reducción de la transmisión materno-infantil del VIH.

En dicha tarea las instituciones de salud han abordado esta problemática con acciones específicas como el protocolo de vigilancia en salud pública para VIH/SIDA a nivel nacional y a nivel del Hospital Universitario HMP de Neiva se cuenta con guías de inducción y reinducción para el personal de Enfermería para la unidad de Infectología adultos; donde se plantean normas específicas del servicio que incluye; derechos del usuario, ingreso a la unidad, deberes del personal, con relación a la administración de medicamentos y traslado de pacientes, pero aun así no se cuenta con las condiciones necesarias para brindar una atención y servicio integral para las personas que viven con VIH en esta ciudad; aunque se cuenta con entidades sin ánimo de lucro que permite una atención y colaboración a los usuarios de VIH/SIDA una de ellas es la corporación **NeiVIHda si damos apoyo**, donde se les brinda educación, atención, un hogar y amor a usuarios niños, las diferentes IPS –EPS de la ciudad que les brinda la atención médica necesaria, pero donde no se cuenta con un equipo interdisciplinario específico para esta enfermedad.

Es por esto que los profesionales de la salud deben tener presente en las tareas de atención a la persona que tiene la enfermedad, el cumplimiento de las normas de bioseguridad y desarrollar las competencias de todos los profesionales en el uso de la información para los cuidados en el hogar y su valoración; identificación los factores de riesgo posibles (antecedentes sexuales, vida sexual sin protección,

---

<sup>10</sup> Boletín epidemiológico. Secretaria de Salud Municipal. 2006.

mal nutrición y el uso de drogas inyectadas); así como la apropiación de los factores protectores para el paciente con VIH/SIDA (mejoramiento del estado nutricional, realización de ejercicio, evitar el consumo de alcohol y psicoactivos, alivio del dolor y molestias, disminución de la sensación de aislamiento, prevención de infecciones, entre otros).

Todo esto ayuda a que los pacientes expresen sus sentimientos, explorando e identificando los recursos de apoyo y los mecanismos de afrontamiento; además se anima al paciente a mantenerse en contacto con familiares, amigos y a recurrir a los grupos de apoyo para enfermos de VIH/SIDA; de esta forma lograr un cuidado integral a tales personas.

Cabe resaltar que es necesario la multidisciplinariedad, entendida esta como el trabajo en equipo, sin olvidar las implicaciones emocionales de ser portador del VIH o estar infectado con SIDA y el papel que cumple la asistencia psicológica tanto en el momento del diagnóstico positivo como en el acompañamiento de los enfermos teniendo en cuenta que la familia, los grupos terapéuticos y el trabajo individual son los tres frentes en los que la intervención es fundamental.

Para lograr brindar una atención integral a estos pacientes se debe tener presente que afrontar el diagnóstico por VIH/SIDA implica reacciones emocionales como respuesta a las múltiples exigencias que debe asumir la persona al recibir el diagnóstico, en el pronóstico, los exámenes clínicos, el inicio del tratamiento farmacológico, la naturaleza impredecible de la enfermedad, la negociación y tramitología con los servicios de salud, las exigencias económicas, las reacciones familiares, la amenaza laboral, el nivel de interferencia de los síntomas con su rutina y actividades cotidianas y ,la interacción con profesionales de la salud y con el medio hospitalario. Todo lo anterior es un panorama donde prima la incertidumbre, la desesperanza, el miedo y la impotencia en el paciente.

Basados en las experiencias vividas en la práctica clínica se evidencia que muchos de los profesionales de la salud se limitan solo a cumplir el tratamiento médico y las necesidades físicas del paciente hospitalizado con VIH/SIDA, dejando de lado el apoyo social y psicológico de crucial importancia tanto para el paciente como para la familia; así mismo en la ciudad no existe un programa de apoyo para el debido seguimiento estos pacientes, y sus EPSc/EPSS entregan toda la responsabilidad a la IPS, sin vigilar si alguna de ellas tiene este programa en funcionamiento.

La realidad es que muchas familias desconocen la forma de brindarle afecto, a la persona con VIH/ SIDA o pueden llegar a sentir miedo de ser infectados debido a que no conocen el proceso de la Historia Natural de la Enfermedad. Lo anterior se evidencia cuando al entrar a un cubículo o a una casa de un paciente con VIH/SIDA se le encuentra encerrado, solo, sin su familia al lado y sin el profesional de enfermería cerca, brindándole atención personalizada e integral; esto tal vez se

debe a que el equipo interdisciplinario hoy en día no esta realizando acciones especificas con las familias, indicándoles la importancia de que ellos como cuidadores y como red de apoyo permanezcan el tiempo necesario con el enfermo, ya que para ellos, como para cualquier persona enferma sentir el calor familiar es indispensable para lograr su estabilidad.

Para reafirmar lo anteriormente planteado la Enfermera Diana Rivera<sup>11</sup>, asesora en tema de sexualidad para los jóvenes en Profamilia, considera que estigmatizar y aislar a los infectados por el SIDA es una de las actitudes frecuentes de la sociedad que deben ser cambiadas, pues una persona con este virus necesita apoyo, cuidados físicos y sicológicos que pueden mejorar la calidad de vida del enfermo.

Para entender el déficit de conocimientos del paciente y la familia sobre la enfermedad haciendo énfasis en el autocuidado, formas de contagio, y así disminuir en las familias el temor que pueden sentir al contacto directo con el paciente y al mismo tiempo disminuyendo en él sentimientos causados por el casi total aislamiento del mundo exterior o depresión que presenta la mayoría de las personas con esta enfermedad, es uno de los fines de esta investigación.

El seguimiento de las personas infectadas por el VIH se asemeja cada vez mas al de otros enfermos crónicos de larga y lenta evolución y sin posibilidades de tratamiento definitivo, los diferentes profesionales de la salud, deben intentar ayudar al paciente y a las personas que los rodean a comprender la enfermedad, sus factores condicionales (sociales, emocionales y psicológicos), aprender a convivir con ella, a realizar las recomendaciones medicas, entender la importancia de la adherencia farmacológica, entre otras; ya que como explica Liscano Sonia.

*En la actitud de personas con VIH al tratamiento retroviral (2004)*, los pacientes presentan una actitud de indiferencia frente al tratamiento después de cierto tiempo por que creen que estos dejan de ser efectivos por la falta de educación o de motivación para continuar con este. Ya que la alta carga laboral de los profesionales de la salud limitan su tiempo para realizar acciones en conjunto con el paciente y atender así sus necesidades físicas, psicológicas y sociales.

Para hacer esto posible es necesario establecer un tipo de relación que posibilite una continuidad en los cuidados, asegurando una buena comunicación basada en la sinceridad, poniéndose el trabajador de la salud en el lugar del usuario, respetando y aceptando las diferencias, manteniendo una congruencia en la información, evitando juicios de valor y ofreciendo accesibilidad para dar respuestas a dudas, dificultades y necesidades que surjan.

---

<sup>11</sup> DIANA RIVERA, Profamilia, Neiva. 2005. P.23.

Es por todo lo anteriormente expuesto que los profesionales de la salud deben reorientar acciones que abarquen las dimensiones físicas, psicológicas y sociales propias de cada paciente que le permitan mantener una calidad de vida adecuada previniendo posibles complicaciones e infecciones oportunistas, aprovechando al máximo su vida al lado de su familia sin ser discriminado ni sentirse menos que otros, valorándose como una persona importante y productiva en la sociedad; por ello se plantea el siguiente interrogante:

**¿CUÁLES SON LOS CONOCIMIENTOS Y PRACTICAS DE AUTOCUIDADO QUE REALIZA LA PERSONA CON VIH- SIDA DIAGNOSTICADA EN EL PERIODO 2004 – 2007 A AFILIADOS A LA EPSs COMFAMILIAR RELACIONADA CON LA EDUCACIÓN IMPARTIDA POR EL EQUIPO DE SALUD?**

## 2. JUSTIFICACIÓN

Los conocimientos y practicas del paciente del VIH- SIDA esta asociado a factores de riesgos y a factores protectores, en los cuales si el paciente no lo lleva a cabo la capacidad de la infección puede ampliarse para el y para las personas que los rodean. Actualmente existen protocolos guías de manejo, personas capacitadas y formadas además diferentes estrategias de divulgación y sensibilización para que las personas aprendan el conocimiento y los transmitan al individuo y la familia para disminuir la cadena de infección.

La ONUSIDA-<sup>12</sup> OMS para el año 2006 reporta un total de 4.3 millones de nuevos casos, en los adultos 3.8 millones y menores de 15 años 513.000 casos, al mismo tiempo reportando un total de 2.9 millones de defunciones causadas por SIDA, en adultos 2.6 millones y menores de 15 años 380.000.

Aunque los patrones del VIH están cambiando, en algunos países de América latina, las epidemias, o en el conjunto de la región permanecen estables; en el 2006 las nuevas infecciones por VIH totalizan unos 140.000 y 65.000 personas que han fallecido por SIDA, las dos terceras partes de los 1.7 millones de personas que se estima que están infectadas por el VIH en América latina viven en los cuatro países mas grandes: Argentina, Brasil, Colombia y México.

Colombia tiene una prevalencia de 10.9 por 100.000 habitantes para el 2007. Durante la década de los 80, la relación en Colombia era de 20 casos en hombres por uno en mujeres, pero en el 2005 de cada tres hombres con SIDA hay una mujer infectada.

El VIH/SIDA es una enfermedad con una incidencia de 3.2 por cien mil habitantes en el Departamento del Huila para el año 2006 y en la ciudad de Neiva se han presentado 70 casos nuevos para el año 2006<sup>13</sup> con una incidencia de 5 por cien mil habitantes , esta es un población susceptible con un problema de salud crónico que requiere cuidados específicos, tales como los dietéticos, higiénicos, sociales, para que el usuario tenga una vida digna la conformación de una red social, liderada por un equipo interdisciplinario, que brinde de forma continua e individual estos cuidados ya que en la ciudad de Neiva solo existe la corporación NeiVIHda SIDAmos apoyo, que maneja la población infantil huérfana infectada.

Otro aspecto contemplado es que en la vida cotidiana se observar que la familia no esta cumplimiento con su rol de apoyo al paciente con VIH, lo cual se evidencia en el aislamiento de los usuarios infectados en sus hogares y núcleo familiar e

---

<sup>12</sup> Situación de la Epidemia del SIDA. Diciembre del 2006 ONUSIDA-OMS.

<sup>13</sup> Boletín epidemiológico. Secretaria de Salud Municipal.2007.

inclusive en todas las IPS y el Hospital de la ciudad; por esto es necesario conocer si el grupo interdisciplinario esta cumpliendo con su red de apoyo, cuidado con calidad y la orientación en su autocuidado hacia estos pacientes para que ellos tengan las herramientas adecuadas para su aprovechamiento de la vida.

GENOVEVA<sup>14</sup> en su investigación habla sobre las redes sociales y de apoyo social que propician efectos directos en la salud de las personas enfermas, se han mostrado sus beneficios en la búsqueda del tratamiento, en el cumplimiento de sus actividades laborales y de ejercicio físico, la obtención de los recursos para la realización de las pruebas de laboratorio y atenuar el estado emocional del paciente.

Según la investigación de FERRER<sup>15</sup> “por otra parte al entrevistar a las familias encontramos en su mayoría son las madres de los pacientes las que están a cargo de su cuidado y más de la mitad de ellas llevan más de dos años con responsabilidad”, comentaba.

---

<sup>14</sup> Genoveva, Curiel. Orozco, Imelda y otros. APOYO SOCIAL EN RELACION AL TRATAMIENTO DE LAS PERSONAS CON SIDA. 2002

<sup>15</sup> Ferrer S, Ximena. CUIDADOS DE LA PERSONA ENFERMA Y SU FAMILIA.2003. pàg 10

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVO GENERAL**

Identificar los conocimientos y prácticas de autocuidado la persona con VIH- SIDA relacionada con el grado de conocimiento impartido por el equipo de salud.

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Determinar fuente de información de los conocimientos que posee el paciente con VIH/SIDA
- Establecer como la persona aplica estos conocimientos de forma correcta
- Realizar una propuesta educativa de Autocuidado al paciente con VIH – SIDA la EPSs Comfamiliar del Huila.

## 4. REFERENTE CONCEPTUAL

### 4.1 HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD:

#### 4.1.1 Periodo Prepatogenico.

- ◆ Agente: Virus de Inmunodeficiencia Humana
- ◆ Huésped: Ser Humano
- ◆ Medio Ambiente: Son los factores condicionantes de la transmisión del VIH/SIDA asociadas al comportamiento:
  1. Factores asociados a la transmisión sexual
  2. Factores asociados a la transmisión sanguínea y parenteral.
  3. Factores de riesgos perinatales asociados a la transmisión del VIH.

#### 4.1.2 Periodo Patogénico.

**4.1.2.1. Etapa Subclínica.** Periodo de incubación: Este periodo es variable y depende de la persona afectada y de la agresividad de la cepa del virus, pudiendo llegar este periodo de incubación a más de 10 años.

**4.1.2.2. Etapa Prodrómica.** Fase de infección Aguda: a las 3 semanas de haberse infectado con el VIH experimentan síntomas Seudogripales como: fiebre, cefalea, eritema, linfadenopatias y sensación de malestar los cuales desaparecen al cabo de una o dos semanas. Durante esta fase el VIH se multiplica a gran velocidad sufriendo diversas mutaciones genéticas. Luego se pasa a la fase asintomática que puede durar 10 años o más en donde el virus se continúa replicando y causando una destrucción progresiva del sistema inmune.

**4.1.2.3 Etapa Clínica:** Es la fase de enfermedad avanzada por VIH, en donde aparecen infecciones y tumores definitorios del SIDA  
Estadios clínicos:

Estadio Clínico A

Manifestaciones: Infección o síndrome retroviral Agudo, Infección asintomático y linfadenopatía generalizada persistente.

Estadio clínico B:

Comprende manifestaciones clínicas que denotan progresión de la enfermedad pero que por si sola no clasifican al paciente como enfermo de SIDA, no esta en el estadio A ni en el C: el usuario puede presentar Candidiasis Orofaringe o vaginal, enfermedad pélvica o inflamatoria, Herpes Zoster, Leucoplasia vellosa de la lengua, Displasia cervical severa.



Estadio clínico C:

Define un caso de SIDA por medio de las entidades clínicas asociadas que se presentan en el paciente. Entidades clasificatorias del SIDA: Candidiasis Esofágicas, Candidiasis de los bronquios, traquea, pulmones.

## 4.2. □ NIVELES DE PREVENCIÓN

**4.2.1 Prevención Primaria. Promoción de la salud:** Educar adolescentes para reducir el riesgo de infección por el VIH/SIDA.

- Evitar el contacto sexual con personas infectadas.
- limitación del número de parejas sexuales.
- uso adecuado de métodos de barrera, como los condones de látex u otro material apropiado, en cada contacto sexual.
- Ofrecimiento de la prueba voluntaria para el VIH a todas las mujeres en la primera visita de control prenatal.
- La transmisión parenteral del VIH se debe evitar por medio de:
  - El estricto control de calidad en los bancos de sangre y la donación de órganos.
  - El control del uso de jeringas compartidas en usuarios de drogas intravenosas.
  - Adecuando medidas de bioseguridad para los trabajadores de la salud.
- Información educativa de varios tipos, haciendo mercadeo social de condones, dando acceso a agujas estériles y equipos de inyección limpios).
- Planificación Familiar.
- Protección Especifica : Prueba de ELISA

**4.2.2 Prevención Secundaria. Diagnostico Precoz:** Criterios Epidemiológicos  
Las siguientes situaciones epidemiológicas en los niños indican riesgo de infección por el VIH y ameritan una prueba de laboratorio para descartarla:

- Hijo de madre infectada por el VIH.
- Hijo de padre o madre con riesgo para ésta infección.
- Víctima de abuso sexual.
- Hermano con infección por VIH comprobada.

- Criterios Clínicos.

La presencia de algunas de las siguientes entidades clínicas son indicaciones para una prueba de VIH:

- Evidencia de la infección congénita por varios microorganismos conocidos por el acrónimo "TORCHs" (Toxoplasmosis, Rubeola, Sífilis, Citomegalovirus, Herpes Virus).
- Presencia de una infección oportunista, entre las que resaltan el CMV, al HSV, la criptococcosis, la candidiasis oro-esofágica o traqueobronquial, la tuberculosis, la

toxoplasmosis del SNC, Pneumocistosis, Histoplasmosis, Isosporiasis o Criptosporidiasis intestinal cónica por más de un mes.

- Hipergamaglobulinemia, con IgG >2 g/dl.
- Retraso marcado del crecimiento y desarrollo.
- Miopatías, hepatitis, cardiomiopatía, nefropatía o citopenias de origen desconocido.
- Neumonitis intersticial linfoide.
- Linfomas de tipo Burkitt
- Enfermedad neurológica progresiva.
- Sarcoma de Kaposi
- Síndrome de emaciación.

◆ Tratamiento Oportuno Y adecuado :

Cuatro tipos de medicamentos se usan para luchar contra la infección por el VIH. El primer tipo se denomina inhibidores análogos nucleósidos de la transcriptasa inversa. Estos medicamentos incluyen lo siguiente:

- Zidovudina, (AZT -nombre de marca: Retrovir)
- Didanosina, (ddl -nombre de marca: Videx)
- Zalcitabina, (ddC -nombre de marca: Hivid)
- Lamivudina, (3TC- nombre de marca: Epivir)
- Stavudina, (d4T -nombre de marca: Zerit)
- Abacavir, (ABC- nombre de marca: Ziagen)

El segundo tipo de medicamentos se llama inhibidores no nucleósidos de la transcriptasa inversa. Este grupo incluye los siguientes medicamentos:

- Delavirdina (nombre de marca: Rescriptor)
- Nevirapina (nombre de marca: Viramune)
- Efavirenz, (EFV- nombre de marca: Sustiva)

El tercer tipo de medicamento se llama inhibidores de proteasa. Este grupo incluye los siguientes medicamentos:

- Saquinavir (nombre de marca: Invirase)
- Indinavir (nombre de marca: Crixivan)
- Nelfinavir (nombre de marca: Viracept)
- Ritonavir (nombre de marca: Norvir)
- Amprenavir (nombre de marca: Agenerase)

El cuarto tipo de medicamento se llama inhibidor de fusión; tal es el caso de enfivirtide (nombre de marca: Fuzeon).

◆ Limitación del Daño

- El tratamiento adecuado con antirretrovirales de toda mujer embarazada portadora del VIH.
- Evitar embarazos indeseados en las mujeres que están infectadas con el VIH.
- Para la transmisión perinatal, programas de planificación familiar en mujeres VIH positivas y control prenatal temprano.
- Proporcionan apoyo grupal a los individuos iniciando y manteniendo cambios de comportamiento.
- Autocuidado.
- Seguimiento del tratamiento integral de las personas viviendo con el VIH/SIDA (Consulta médica, Control por pruebas virológicas e inmunológicas de laboratorio y ayudas paraclínicas, Control de enfermería, Consulta de psicología, Consulta de nutrición, Consulta de odontología, Soporte de trabajo social).

**4.2.3 Prevención Terciaria.** Rehabilitación: Es el proceso interactivo entre el equipo de profesionales, la persona afectada, la pareja y la familia, cuando es posible involucrarlas. De este modo, La consulta, la sesión de terapia la ortesis y la visita Domiciliaria son los pilares y componentes fundamentales de la rehabilitación que deben actuar ligados y coordinados con un lenguaje y unas metas comunes que permitan lograr un cambio real sobre el impacto que ha tenido el VIH/SIDA sobre el individuo, familia y sociedad.

#### **4.3 ASPECTOS PSICOSOCIALES DE LA INFECCIÓN POR EL VIH Y EL SIDA**

Según Gloria Velásquez y Rubén Gómez<sup>16</sup> en el libro SIDA enfoque integral, relatan que desde que se ha identificado el virus del VIH- SIDA, este ha afectado a todos los sectores de la sociedad, lo que generado un cambio en la práctica científica, médica y asistencial en el mundo.

Debido a que el SIDA se relaciona con la sexualidad, las drogas ilegales y la muerte, esta enfermedad provee una serie de temores, reacciones caóticas, ya que la historia Natural de la Enfermedad aunque han sido científicamente demostrada no excluye la sensación de temor y ansiedad en las personas portadoras del VIH.

El VIH -SIDA se ha relacionado con prácticas sexuales diferentes a aquellas que culturalmente están establecidas, produciendo posiciones de aprobación o

---

<sup>16</sup> VELASQUEZ DE V, Gloria y GOMEZ A, Rubén Darío. FUNDAMENTOS DE MEDICINA. SIDA.1993. pág.244.

rechazo frente a este. Además el consumo indiscriminado de drogas ilegales incrementa los riesgos de adquirir el VIH - SIDA, ya que esto no permite la toma de decisiones asertivas para el bienestar personal y social.

El SIDA ha sido muy relacionado con conductas homosexuales, pero esta asociación resulta muy equivocada ya que las relaciones heterosexuales registran la primera causa de transmisión por contacto sexual de VIH - SIDA.

**4.3.1 Aspectos psicológicos del paciente infectado por el VIH – SIDA.** Toda persona infectada con el VIH se enfrenta a una enfermedad mortal, por tanto se ve inmersa en reacciones emocionales que van a depender de diversas variables personales y sociales como lo son la edad, género, personalidad, religión habilidades de comunicación, además de la incertidumbre generada directamente por la enfermedad.

**4.3.1.1 Estadios Psicológicos Ante El Diagnostico De Infección Por VIH.** Los Médicos Gloria Velásquez y Rubén Darío Gómez, identifican 7 estadios psicológicos por el que atraviesa un individuo ante el diagnostico de infección por el VIH- SIDA. Los estadios referidos son:

- Estadio de Choque: Se refleja sentimientos de temor al revelar una conducta sexual, una destrucción inevitable de su imagen, un rechazo por parte de su círculo social llevando al individuo a tomar decisiones de acabar con su vida. De aquí se resalta la importancia de brindar apoyo, comprensión por parte de la familia, los amigos y el equipo de salud la cual facilitara la aceptación de la enfermedad.
- Estadio de la Negación: Se presenta un mecanismo de defensa para enfrenar esta ardua realidad. Es posible que en estas circunstancias la persona no acepte su diagnostico inicial lo cual busca la confirmación de u diagnostico a través de la realización de diversas pruebas con la esperanza de encontrar un error al diagnostico inicial. Por esta razón es importante actuar de forma eficaz ante la presencia de una aceptación negativa de esta enfermedad, ya que implica la posibilidad de que la persona contagiada continúe realizando prácticas sexuales sin precauciones.
- Estadio de Depresión: Hay manifestación de apatía a cualquier ambiente u actividad. Esta depresión puede ser una manifestación primaria del VIH en el Sistema Nervioso Central, lo cual debe considerarse el tratamiento farmacológico ante este evento. La depresión va aumentando con el progreso de la enfermedad haciendo más difícil el contexto social y emocional del paciente.
- Estadio de Rabia e Ira: Es frecuente debido a las circunstancias de la enfermedad. El sentimiento de que se presenta en el individuo con VIH-

SIDA debe ser canalizado tanto por el equipo de salud, como por sus familiares y amigos; el cual debe ser totalmente entendible. El profesional de la salud cumple un rol importante al minimizar la depresión de la persona, por medio del apoyo, compañía y manejo adecuado de su estado actual de salud.

- Estadio de Negociación: en esta fase según el libro SIDA enfoque Integral de los Autores Gloria Velásquez y Rubén Darío Gómez, plantean que ante esta situación la persona realiza un compromiso con Dios, El Médico, la Enfermera, el amigo para la ampliación de un periodo de vida útil con el propósito que la persona infectada con VIH realice las actividades pendientes. En esta etapa el paciente vuelve a retomar su vida y es aquí cuando se hace necesario el refuerzo positivo para motivar su vida.
- Estadio de Aceptación: El usuario hace una aceptación completa de la enfermedad, siendo una aceptación más lenta en personas asintomáticas que en quien ya tiene los síntomas.
- Fase de Aceptación a la Muerte: Es un proceso donde el individuo acepta sus condiciones pero para llegar a este punto es difícil, por lo que se necesita un equipo de salud que ayude a la aceptación de esta.

#### **4.4 TEORÍA DEL AUTO-CUIDADO DOROTEA OREM**

El autocuidado “es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo, es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar”, cuyas finalidades es fomentar y promover la salud, prevenir las distintas enfermedades, así como recuperar o rehabilitar la salud integral de la persona. Esto quiere decir, que las propias personas adquieran un mayor conocimiento para mejorar su propia salud.

Define además tres requisitos de autocuidado:

- Requisitos de autocuidado universal: son comunes a todos los individuos e incluyen la conservación del aire, agua, eliminación, actividad y descanso, soledad e interacción social, prevención de riesgos e interacción de la actividad humana.
- Requisitos de autocuidado del desarrollo: promover las condiciones necesarias para la vida y la maduración, prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones, en los distintos momentos del

proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano: niñez, adolescencia, adulto y vejez

- Requisitos de autocuidado de desviación de la salud: surgen o están vinculados a los estados de salud.

Teoría del déficit de autocuidado:

- Describe y explica las causas que pueden provocar dicho déficit
- Determina cuándo y por qué se necesita de la intervención de la enfermera

ENFERMERÍA: Ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad. Afirma que la enfermera puede utilizar cinco métodos de ayuda: actuar compensando déficit, guiar, enseñar, apoyar y proporcionar un entorno para el desarrollo.

Enfermería es proporcionar a las personas y/o grupos asistencia directa en su autocuidado, según sus requerimientos. Los cuidados de Enfermería se definen como ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener, por sí mismo, acciones de autocuidado

Métodos de asistencia de Enfermería: La enfermera actúa cuando el individuo, por cualquier razón, no puede autocuidarse. Los métodos de asistencia de enfermería que Dorotea Orem propone, se basan en la relación de ayuda y/o suplencia de la enfermera hacia el paciente, y son:

- Ayudar u orientar a la persona ayudada
- Apoyar física y psicológicamente a la persona ayudada
- Promover un entorno favorable al desarrollo personal
- Enseñar a la persona que se ayude

PERSONA: Concibe al ser humano como un organismo biológico, racional y pensante.

Es una persona con capacidad para conocerse, con facultad para utilizar las ideas, las palabras y los símbolos para pensar, comunicar y guiar sus esfuerzos.

SALUD: La Salud es un estado que para la persona significa cosas diferentes en sus distintos componentes. El hombre trata de conseguir la Salud utilizando sus facultades para llevar a cabo acciones que le permitan integridad física, estructural y de desarrollo

#### **4.5 EL AUTOCUIDADO EN EL PACIENTE CON VIH-SIDA**

Una forma de favorecer la calidad de vida en las personas VIH positivas, es intervenir para que se lleve un autocuidado adecuado.

En la sintomatología más frecuente se encuentra el dolor, fatiga, cambios a nivel sanguíneo, efectos colaterales de los fármacos, dificultades respiratorias, síntomas gastrointestinales, pérdida de peso, fiebre en algunas oportunidades, alteraciones del sueño, cambios en la piel; y síntomas psicológicos como la angustia, el temor, la ira y la depresión. Por todo esto, se hace necesario extremar los cuidados en la satisfacción de sus necesidades básicas.

Dentro de las actividades más indispensables para llevar a cabo el autocuidado, es una dieta balanceada con las cantidades de nutrientes apropiadas, consistente en alimentos frescos y variados, lo cual permite obtener una óptima construcción, manutención, reparación de células y tejidos, y de un buen funcionamiento del sistema inmunológico. La adecuada nutrición ayuda a mantenerse sano.

La actividad física constituye otro pilar básico para el mantenimiento del estado de salud. Se requiere que las personas realicen ejercicios de forma moderada y con regularidad, lo que produce los siguientes beneficios: mejora el sueño y la función intestinal, el ejercicio también puede aumentar el apetito, mejorar la capacidad que tiene el cuerpo de producir sus propios calmantes del dolor (endorfinas) y fortalecer el sistema inmunitario.

El ejercicio, el yoga, la meditación y la relajación puede ser un gran aliado para liberar tensiones y enfrentar el estrés. La actividad física ayuda a mantener o aumentar el peso.

El mantenerse en alguna actividad como trabajar, estudiar o realizar actividades recreativas, ayuda a mejorar el estado anímico permitiendo superar en forma positiva las dificultades derivadas de la patología. El estado de ánimo es parte primordial para favorecer la manutención y mejoría del estado de salud, para ello es necesario intentar una relación familiar armónica, puede ayudar a ver mejor la realidad y pedir apoyo a los que están cerca. El apoyo familiar o de los profesionales de la salud son importantes para resolver las dificultades a las que se enfrentan. Junto a lo anterior el encontrar sentido a la vida, es esencial para el crecimiento como persona, permite comprenderse mejor así mismo y a los demás.

El sueño es una necesidad vital que cobra mayor relevancia durante la enfermedad, satisfacer esta necesidad requiere de algunas medidas básicas, como mantener horarios para acostarse y levantarse, tratar de permanecer fuera del dormitorio en el día.

Satisfacer la **necesidad básica de higiene** personal es muy importante para el autocuidado de las personas, disminuye los riesgos de infecciones que agravan o complican el estado de salud. Se hace importante el cuidado de la piel para conservar su integridad con el aseo cuidadoso, mantener su hidratación y evitar las lesiones.

Con respecto al **ambiente** que rodea a las personas enfermas, este debe mantenerse aireado, ventilado y en condiciones de máxima higiene. En aquellas ocasiones en que las personas con VIH/SIDA presenten heridas, lesiones o hemorragias es necesario eliminar todos aquellos objetos que hayan sido manchados con sangre y limpiar las superficies ocupadas al atender al enfermo.

La **eliminación de basuras** debe ser prolija y a diario. Es preferible evitar el contacto con animales por las posibles infecciones que estos pueden acarrear. Si se decide tener una mascota, es importante que esta sea mayor de seis meses y que no sean alimentadas con desechos, basuras o alimentos crudos. Así mismo, se limpien sus excrementos con guantes y se laven bien las manos después de acariciarla. Es recomendable mantener a los animales en frecuente control veterinario y ser muy responsable en cuanto a las vacunas y demás cuidados que el especialista sugiera.

Otra medida para el autocuidado es el **ejercicio de la sexualidad** responsable y la abstinencia ya que previene la reinfección con el virus u otras enfermedades de transmisión sexual y evita el contagio a otras personas.

Evitar el **consumo de tabaco, drogas y alcohol** permite mantener en mejor estado el organismo. El tabaco deteriora la higiene bucal, disminuye el apetito y la resistencia pulmonar frente a infecciones. Si no se puede evitar su consumo, es trascendental que se disminuya paulatinamente la cantidad o se fumen cigarrillos con menor grado de nicotina y alquitrán. El consumo de cualquier tipo de droga inyectada disminuye las defensas y aumenta la posibilidad de contagio. Consumir alcohol con algunos medicamentos puede estar contraindicado.

La mejor forma de apoyar el autocuidado y controlar la enfermedad es **asistir sistemáticamente** a los controles de salud. El control permite verificar el estado de evolución de la enfermedad y modificar el tratamiento de ser necesario. Asimismo, ayuda a evaluar y controlar los efectos secundarios derivados del tratamiento medicamentoso, el que debe ser rigurosamente mantenido. Tomar los medicamentos de la forma indicada por el médico permite mantener el estado de defensa del organismo y evitar la resistencia del virus a éstos.

#### **4.6 DIMENSIONES DE LA PERSONA AFECTADA POR LA ENFERMEDAD**

La experiencia del sufrimiento es una de las constantes más universales en la vida del hombre; la aparición de la amenaza de enfermedad o muerte puede repercutir en todas las dimensiones de la persona y puede traducirse en un quiebre vital. Es



también, como toda crisis, una oportunidad en la cual se puede ganar mucho en el propio desarrollo y/o lograr un cambio de sentido en la vida.

Hoy existe bastante evidencia sobre la necesidad de diferenciar lo que llamamos “enfermedad” (el proceso definido en parámetros biológicos) de la experiencia subjetiva que tiene el enfermo de sufrimiento, que algunos llaman “dolencia”, o de forma más general, experiencia de enfermedad. De forma paralela, se distingue entre “dolor” y “sufrimiento”. Este último término se refiere a la experiencia subjetiva del enfermo.

La persona es un ser biosicosocial y espiritual. Esta forma de separación en dimensiones es sólo en términos de comprender mejor lo que somos los seres humanos ya que la experiencia es algo que incluye todo el ser. Una visión integral de la persona que sufre permite comprender mejor y estar atentos al impacto personal que puede tener la enfermedad en la vida de esta, para darle así una atención más humana y eficaz.

- **Dimensión física o corporal:** el sufrimiento puede estar relacionado a la aparición de síntomas, incapacidad, necesidad de tratamientos y el esfuerzo que implica ponerse en acción para afrontarlos, ya sea de forma aguda o crónica. El cuerpo entero, y de forma particular, el rostro, expresan de forma directa o sutil la magnitud y forma del sufrimiento.
- **Dimensión social:** el sufrimiento tiene que ver con las dificultades en las relaciones interpersonales, la incapacidad de establecer o mantener vínculos o amistades, la marginación o exclusión, el desarraigo, el abandono o las dificultades relacionadas a la supervivencia. Elementos que son importantes en la calidad de vida de los pacientes, que pueden servir de apoyo a su cuidado o que pueden servir como justificaciones para no necesitar cuidarse.
- **Dimensión intelectual:** el sufrimiento puede estar dado por la incertidumbre, los temores, la incapacidad de tomar decisiones y todos aquellos estados mentales que suponen una dificultad: agotamiento, manifestaciones de desequilibrio psíquico, inquietud, dudas, disonancias cognitivas, alteraciones de conciencia, creencias, ideas de descontrol, entre otras.
- **Dimensión afectiva:** el sufrimiento puede aparecer ante la pérdida de una relación significativa, ante la soledad o ante la experiencia de ser incomprendido.
- **Dimensión espiritual:** puede tener relación con el vacío interior, el sentido de culpa, la dificultad de perdonar o perdonarse, la incapacidad de conseguir las propias aspiraciones, el sentido de inutilidad o la alienación de Dios, de los otros o de uno mismo. Tiene relación con la dificultad de encontrar un sentido a la vida y a la propia enfermedad.

La relación de ayuda centrada en el paciente **implica reconocer las dimensiones afectadas en el paciente y comprender sus necesidades**. Según el modelo de la relación de ayuda, el sufrimiento conduce con frecuencia a un estado de enclaustramiento o aislamiento emocional que se traduce en la sensación de impotencia y desesperanza. Un primer objetivo es establecer el vínculo a nivel emocional, con gestos, cercanía física y psicológica, para ayudarlo a salir de este aislamiento e “iniciar un camino de vuelta”. Una vez establecido el vínculo emocional es más fácil centrarse en la solución del problema o afrontar las dificultades.

#### **4.7 COMPETENCIAS DEL EQUIPO DE SALUD EN LA ATENCIÓN DEL PACIENTE CON VIH-SIDA**

Las orientaciones sobre el manejo del caso de infección por VIH y por ende de los casos de sida, se encuentran consignadas en el Manual de Normas Técnicas y Guías de atención Integral Serie de documentos Técnicos 018 de 2000 del Ministerio de Salud, anexa a la Resolución 412 de 2000.

Al respecto se enuncian algunos aspectos de interés, que facilitan el manejo de la enfermedad y el estudio epidemiológico del caso:

- Brindar consejería pre y postprueba para quienes se realizan las pruebas presuntivas.
- Orientar a las personas acerca de las obligaciones que tienen las EPSc/EPSS e IPS sobre la administración de tratamiento integral de acuerdo con las directrices trazadas por el Ministerio de Salud en el Decreto 1543 de 1997 y en la Resolución 412 de 2000. Además ofrecer información sobre el acceso a la pensión por invalidez cuando sea necesario.
- Brindar información sobre los mecanismos de transmisión, conductas sexuales seguras y el uso adecuado de métodos de barrera para la prevención de la transmisión sexual y las medidas para evitar la transmisión materna infantil.
- Canalizar hacia los servicios de atención individual integral que incluye asistencia médica (diagnóstico, tratamiento y vacunas), psicológica y social al infectado asintomático o enfermo con el fin de reducir la frecuencia y gravedad de las complicaciones orgánicas, psíquicas, sociales y laborales asociadas e interrumpir la cadena de transmisión.
- Remitir a servicios de asesoría familiar y atención social, es decir, acciones destinadas a la integración a grupos de apoyo (redes sociales de apoyo), terapia de grupo y terapia de familia.

- Brindar recomendaciones sobre la necesidad de informar voluntariamente a sus contactos sexuales y a los compañeros con los que ha compartido agujas o material de riesgo, de su condición de salud para que valoren la probabilidad de estar infectados y accedan a los servicios de salud para establecer su diagnóstico, como medida de prevención de la transmisión materno infantil, transmisión sexual y sanguínea.
- Brindar tamizaje para VIH, sífilis y hepatitis B, a toda gestante compañera de un caso positivo
- Identificar y tratar coinfección con tuberculosis, otras ITS (sífilis y hepatitis B) y otros eventos de interés en salud pública.
- Detectar otros síndromes de infecciones de transmisión sexual y canalizar hacia tratamiento inmediato con dosis únicas.

**4.7.1 Acciones Sobre la Comunidad.** Las acciones dirigidas a la comunidad en general, tienen por objeto educar e informar a la población sobre la infección por VIH y el SIDA y los mecanismos útiles para evitar su transmisión. Las acciones a desarrollar para el control de la infección deben articularse al Plan de Salud Sexual y Reproductiva existente en cada entidad territorial o al Plan Territorial de Salud o al componente de salud de los Planes de Desarrollo.

Es preciso que las estrategias a implementar se adapten a las características sociales y culturales de la población de cada grupo de riesgo y la intensidad de las acciones a desarrollar con cada grupo se relacionen con las características de la epidemia en el municipio, de tal forma que los recursos se orienten prioritariamente a los grupos de mayor vulnerabilidad.

El proceso de información y educación a la comunidad debe tener en cuenta aspectos como: distribución y comportamiento de VIH/SIDA en el país, departamento y municipio, Información acerca de los comportamientos y conductas de riesgo como: relaciones sexuales no protegidas, múltiples compañeros sexuales, uso compartido de agujas, uso de sustancias psicoactivas, incidencia de otras ITS secretoras y ulcerativas, incidencia de sífilis congénita.

Para la definición de las propuestas de prevención y control de la Infección con VIH, es necesario tener en cuenta diversos aspectos para tomar decisiones:

- La baja percepción del riesgo de adquirir la enfermedad en algunas comunidades, hace pertinente el desarrollo de acciones educativas e informativas conducentes a retroalimentar la percepción del problema y lograr la movilización social para su solución.
- Los cambios en los patrones epidemiológicos de transmisión de la infección, hacen necesario implementar diversas intervenciones dependiendo del grupo

de población a abordar. No existe una estrategia única para solucionar el problema y sólo la adecuada integración de alternativas permite el control de la transmisión.

- El conocimiento de otros cuadros infecciosos que favorecen la transmisión de la infección como la tuberculosis y otras ITS, especialmente las de tipo ulcerativo, hacen necesario que las acciones de control de la infección por VIH y el SIDA se complementen con acciones de control de otros eventos de interés en salud pública.
- La violación de los derechos humanos en el grupo de personas infectadas, exige el mejoramiento de la calidad de los servicios, así como la garantía de confidencialidad de la información captada con interés epidemiológico.
- El costo de los medicamentos y de los tratamientos, su impacto en el SGSSS, la familia y en el estado el costo social de la enfermedad, exigen la adecuada vigilancia del evento y el consecuente plan de acción en materia de prevención.
- Existe un marcado subregistro y retraso en la notificación de los casos, lo que exige la realización de acciones para mejorar la vigilancia en salud pública de este evento, capacitando a los prestadores sobre el mecanismo para generar datos básicos con oportunidad y calidad y ampliando el número de instituciones que participan en la red.
- La vigilancia epidemiológica debe aunarse a vigilancia de comportamientos sexuales y de riesgo para ITS, que permitan una mejor monitorización del problema y una mayor capacidad de respuesta. Esto con el análisis proveniente de otras fuentes constituye lo que se ha denominado vigilancia de segunda generación.

**4.7.2 Acciones Sobre los Organismos de Salud.** Con el objeto de lograr el mejoramiento continuo de la calidad de la atención de las personas infectadas con VIH o con SIDA, es necesario realizar acciones tendientes a cualificar el recurso humano. De igual manera es recomendable realizar encuestas rápidas que midan la satisfacción del usuario a los servicios de atención, adherencia a medicamentos y otros instrumentos para valorar la efectividad de la acción de las IPS/ESE/EPSS/EPSc en la respuesta a la solución de problemas del Programa Nacional.

Las normas de bioseguridad deberán ser utilizadas por igual para todos los pacientes independiente de su estado serológico para VIH. NO se debe producir aislamiento de ningún tipo para pacientes VIH, excepto medie el riesgo de transmisión de la enfermedad de un paciente vecino o cercano. NO existe cuarentena.

## **4.8 SEGUIMIENTO DEL TRATAMIENTO INTEGRAL DE LAS PERSONAS VIVIENDO CON EL VIH/SIDA**

**4.8.1 Consulta médica.** La consulta médica constituye el principal servicio de salud que debe ofrecerse a las personas portadoras del VIH. Se recomienda que ésta se lleve a cabo en un sitio privado, que garantice la confidencialidad de la información y la buena atención al paciente. Debe llevarse a cabo como mínimo cada 3 a 4 meses independientemente del estadio clínico de la enfermedad por el VIH, y más frecuentemente si así lo amerita su condición clínica. Todo paciente viviendo con el VIH/SIDA debe recibir consulta médica especializada con un infectólogo como mínimo una vez al año.

Los principales objetivos de las consultas médicas de control deben ser:

- Conocer la evolución clínica del paciente a través de la anamnesis, el examen físico completo y los resultados de los exámenes de laboratorio.
- Fortalecer la empatía en la relación médico-paciente y con el resto de los profesionales que conforman el grupo de salud que cuida del paciente.
- Indagar sobre el cumplimiento de las recomendaciones impartidas por el grupo en la visita anterior y la terapia antirretroviral, efectos adversos o colaterales y sobre otros medicamentos prescritos.
- Tomar decisiones terapéuticas de acuerdo a la evolución clínica de paciente.

Realizar educación en salud: El médico debe hacer énfasis en educación acerca de la cronicidad de la infección por VIH y los largos períodos asintomáticos y las recurrentes infecciones oportunistas de diversa índole que pueden aparecer. El paciente debe ser educado para prevenir y reconocer los signos tempranos de enfermedad, y llevar hábitos sanos como evitar exponerse a enfermedades de transmisión sexual por medio del apropiado uso del condón, que al mismo tiempo protege a su pareja de la transmisión del VIH. Debe evitar y estar alerta ante la convivencia con personas tosedoras crónicas que pueden ser transmisoras del bacilo de la tuberculosis, la única infección oportunista transmisible de persona a persona, y la cual es endémica en Colombia.

Debe evitar la ingesta de carnes no cocidas adecuadamente y el contacto directo con las heces de gatos, especialmente felinos jóvenes, que son transmisores de la toxoplasmosis. También debe evitar tomar agua no tratada, o jugos y alimentos contaminados, por el riesgo de adquirir patógenos infecciosos gastrointestinales de difícil tratamiento. Fijar los controles médicos posteriores y pruebas de diagnóstico que deben solicitarse.

**4.8.2 Control de Enfermería.** El control de enfermería debe llevarse a cabo cada 3 a 4 meses para los pacientes con VIH/SIDA. La enfermera del programa de VIH/SIDA, o del consultorio individual que atiende pacientes con VIH tiene a su cargo las actividades para prevención de las complicaciones, como son la

vacunación, la verificación de la toma de antibióticos profilácticos y los suplementos nutricionales, así como los hábitos de vida e Higiene adecuada. La enfermera ayuda al médico a verificar e implementar para cada paciente el cumplimiento del régimen antirretroviral, y las demás medicaciones. La enfermera juega un papel muy importante en la educación sexual de los pacientes y la protección a las parejas de los portadores del VIH, la educación en salud y la promoción de hábitos de vida saludables

**4.8.3 Consulta de Psicología.** Las personas infectadas con el VIH suelen pasar por un proceso de cambios, en sus vivencias, proyectos, percepciones, expectativas, hábitos, entre otros, en los que se ponen a prueba sus capacidades de adaptación y su equilibrio psicológico. Esta consulta se debe realizar como mínimo cada seis meses. Los objetivos de la consulta de psicología son los siguientes:

- Hacer diagnósticos psicológicos y neuropsicológicos
- Implementar psicoterapias
- Potencializar cambios de comportamiento, la adquisición de nuevos hábitos saludables y mejorar el cumplimiento terapéutico.
- Identificar en los pacientes y sus familiares la necesidad de intervención especializada.
- Dar información, asesoramiento y entrenamiento al paciente, su familia y a las personas que atienden al paciente para superar procesos psíquicos complejos.
- Facilitar, apoyar y contribuir para que el paciente pueda reorganizarse y continuar afrontando su presente y futuro, potenciando sus propios recursos.

**4.8.4 Consulta de Nutrición.** Se debe realizar como mínimo dos veces al año. Los objetivos de la consulta de nutrición son:

- Hacer valoración del estado nutricional: Por medio de la historia dietética anterior y presente; cálculo de la ingesta de nutrientes; medidas antropométricas y pruebas de laboratorio como albúmina, transferrina y hemograma.
- Intervención dietética nutricional precoz.

**4.8.5 Consulta de Odontología.** La consulta odontológica se debe realizar mínimo cada seis meses. Los objetivos de la consulta de odontología son:

- Mejorar con una adecuada salud oral, la calidad de vida de las personas infectadas con el VIH.
- Prevenir y tratar las enfermedades que afecten la cavidad oral, ya sean debidas a la infección por el VIH o a las enfermedades periodontales o caries no controladas oportunamente.
- El examen periódico incluye control de placa y fase I de manejo periodontal.
- Establecer un plan de tratamiento para el detartraje supra e subgingival, remoción de caries, tratamientos de conductos, rehabilitación de las superficies y aplicación de flúor.
- Remoción y tratamiento de focos sépticos.

**4.8.6 Soporte de Trabajo Social.** La familia de la persona con VIH/SIDA es fundamental en prestar soporte emocional, físico y financiero. Inicialmente la enfermedad puede generar mucha ansiedad, inseguridad, y sufrimiento en la familia y quien la padece.

Frente a la problemática familiar de la persona con VIH/SIDA el trabajador social forma parte de un grupo multidisciplinario que participará en el estudio, diagnóstico y manejo. La consulta con trabajo social se realizará mínimo cada seis meses. Las funciones del trabajador social se resumen de la siguiente manera:

- Debe poseer un conocimiento de la vía de transmisión del VIH en cada caso particular, pues de ello depende en gran medida la reacción inicial de la familia hacia el enfermo.
- Conoce la situación de rechazo social y distanciamiento del enfermo y su familia. Hace un diagnóstico social adecuado para cada caso.
- Informa, motiva, orienta y educa a la familia respecto a las posibilidades a corto y largo plazo del individuo con VIH/SIDA, aclarando los objetivos del tratamiento.
- Puede ayudar a varias familias a formar grupos de autoayuda, mejorando la información y educación en cuanto a la enfermedad, generando conciencia sobre la misma, fortaleciendo la comunicación y compartiendo experiencias entre los individuos.
- Genera conductas positivas con relación al cumplimiento de los roles social, laboral y familiar de cada paciente.
- Promueve la discusión reflexiva llevando a las personas con VIH/SIDA a analizar las razones internas de sus respuestas y acciones.
- Finalmente el trabajador social tiene un papel en la comunidad gestando una educación dirigida a mejorar conocimientos y actitudes para modificar su conducta de hábitos insalubres (promiscuidad sexual, drogadicción entre otros) hábitos saludables. El trabajador social coordina este trabajo con los equipos de salud promoviendo microgrupos de educación y reflexión en torno a la sexualidad humana, enfatizando en la educación a nivel familiar.

El trabajador social puede utilizar diferentes técnicas para ejercer estas funciones mencionadas como la entrevista conjunta, el fortalecimiento de los sentimientos positivos entre los familiares del paciente, la realización de estudios socioeconómicos del paciente y su familia, apoyo de la familia y amigos. Como la muerte del paciente puede ser inminente en muchos casos, el trabajador social

conoce y maneja las creencias religiosas y espirituales del paciente, apoyándolo para asumir sus últimas responsabilidades.

La promoción de cambios sociales es una de las más importantes funciones del trabajo comunitario, puesto que muchos problemas de salud son generados a partir de comportamientos individuales causados por desajustes sociales. Serán los cambios de la sociedad misma los que potenciarán cambios a nivel individual. Es importante que el sistema de salud proporcione educación a los facilitadores (personas de la comunidad) para que sean ellos mismos quienes gesten procesos de salud en sus propias comunidades, como los grupos de apoyo y autoapoyo.

Los anteriores lineamientos referentes a las competencias y al seguimiento en la atención del paciente con VIH-SIDA; que están establecidos en el protocolo de vigilancia en salud pública y la resolución 412 del 2000 guía de atención a pacientes con VIH-SIDA, la cual fue modificada por el artículo sexto del título II de la resolución 3384 del 2000 donde se determina que las guías de atención constituyen recomendaciones técnicas que no son de carácter obligatorio para los regímenes contributivos y subsidiados, Sin embargo, es obligación de todas las Administradoras garantizar la atención de las enfermedades y el seguimiento de las mismas, con sujeción a los contenidos del Plan Obligatorio de Salud –POS y el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado.



#### 4.9 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	CARACTERÍSTICAS	INDICADOR	ESCALA
Demográfica	Es la ciencia que tiene como objetivo el estudio de las <u>poblaciones humanas</u> y que trata de su dimensión, estructura, evolución y características generales, considerados desde un punto de vista cuantitativo.	Población humana	Estadísticas, natalidad.	-Grupo etéreo	-DE INTERVALO
				-Género	NOMINAL
				-Satisfacción de necesidades Físicas.	-NOMINAL

CALIDAD DE VIDA	Factores que determinan la satisfacción de las necesidades.	• SOCIAL	Apoyo familiar y social, redes de apoyo, condiciones sociales, condiciones económicas, acompañamiento, relaciones interpersonales, roles sociales, relación equipo de salud-paciente, desempeño laboral.	- Estrato Socioeconómico	-ORDINAL
				-Satisfacción de necesidades Sociales.	-NOMINAL
				-Ocupación	-NOMINAL
				-Satisfacción de necesidades Psicológicas.	-NOMINAL
		• PSICOLÓGICA	Condiciones psicológicas: Miedo, ansiedad, incomunicación, pérdida de la autoestima, incertidumbre del futuro, creencias espirituales, personales y religiosa, significado de la vida, actitud	-Estado emocional	- ORDINAL.

			ante el sufrimiento.		
ENFERMEDAD	Trastorno anormal del cuerpo o la mente que puede provocar malestar y alteraciones de las funciones normales.	-ALTERACIONES BIOSICOSOCIALES.  -EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD.	Afectar, forma severa, evolución, complicaciones, Ambiente, mecanismo de defensa, diagnostico.  - Implicaciones, factores condicionantes, seguimiento, complicaciones.	-Morbilidad  -Letalidad  - Nivel de adaptación	-ORDINAL  - ORDINAL

		- PLAN DE CONTROL Y TRATAMIENTO	-Niveles de atención, organismos de salud, prevalencia e incidencia, atención oportuna integral.	- Adherencia al tratamiento.	- NOMINAL
AUTOCUIDADO	Atención de forma gradual y continua para ayudar en el desarrollo de habilidades.	- INFORMACIÓN	Cuidados necesarios y específicos, acciones sobre la comunidad, no discriminación.	- Sensibilización	- ORDINAL
		- ORIENTACIÓN	Autocuidado, saber y conocimiento, capacitación, evolución, influencia.	- Impacto	- ORDINAL
		- COMUNICACIÓN	Expresión y desarrollo de competencias.	- Interacción	- ORDINAL

VARIABLES	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	CARACTERÍSTICAS	INDICADORES	ESCALA
PERSONA CON VIH/SIDA	Es la persona infectada con el VIH que puede presentar síntomas o manifestaciones .	BIOLÓGICA	Gravedad de los síntomas, tiempo de infección, continuidad de tratamiento, continuidad de los cuidados.	ESTADO DE SALUD.	-ORDINAL
		PSICOLÓGICA	Actitud. Aptitud, personalidad.		
		SOCIAL	Manejo del tiempo libre, actividad sexual y medidas de protección.		
FAMILIA	Grupo de personas que participan activamente en el mantenimiento de la salud de las personas asintomaticas infectadas por VIH, en la recuperación de personas enfermas de SIDA, así como	TIPO DE FAMILIA	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Familia nuclear o elemental.</li> <li>- Familia extensa o consanguínea.</li> <li>- Monoparental.</li> <li>- Madre soltera.</li> <li>- Padres Separados.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estructura familiar</li> <li>- Funcionalidad Familiar</li> <li>- Adaptación familiar al entorno.</li> <li>- Convivencia Familiar</li> <li>- Estado Civil</li> </ul>	- NOMINAL

	el proceso del bien morir de las personas en estado Terminal.				
EQUIPO DE SALUD	Grupo multidisciplinario de personas que trabajan en salud, cuyas actividades están orientadas a la docencia, administración, investigación y atención integral de la salud individual y comunitaria.	Promoción de la salud.	Enfermería, medicina, psicología, nutrición, odontología, trabajo social.	Prestación de los servicios de salud: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Accesibilidad</li> <li>- Cobertura</li> <li>- Calidad de la atención.</li> </ul>	-ORDINAL
		Prevención de la Enfermedad.			
		Tratamiento y seguimiento.			

## 5. DISEÑO METODOLÓGICO

### 5.1 ENFOQUE Y TIPO DE ESTUDIO

La investigación tuvo un enfoque descriptivo de tipo cuantitativo retrospectivo con elementos cualitativos ya que nos permitió conocer las situaciones, costumbres y actitudes predominantes a través de la descripción exacta de las actividades, que realizan las personas, además no solo se limita a la recolección de datos, sino a la identificación de las relaciones que existen entre dos o más variables y así dar respuesta al interrogante de la investigación, para encontrar el sentido del fenómeno social que se investiga, las técnicas cualitativas se utilizaron para corroborar los datos que se obtuvieron en la recolección de la información.

### 5.2 UNIVERSO, POBLACIÓN Y MUESTRA

En esta investigación se tomaron como referencia todos los pacientes diagnosticados con VIH/SIDA en los años 2004-2007 A inscritos a la EPS-s Comfamiliar del Huila, compuesta por una población de 25 personas, de estas actualmente 4 personas han fallecido, 6 personas a las cuales la dirección de domicilio no correspondieron, realizaron cambio de domicilio y no tienen dirección, y 15 personas se encuentran en el área urbana de la ciudad donde ocho son mujeres y siete son hombres.

La presente investigación utilizó un tipo de muestreo no probabilístico por conveniencia el cual no siguió el proceso aleatorio. Sin embargo se caracteriza porque el investigador selecciona su muestra siguiendo algunos criterios identificados para los fines del estudio que se pretendió realizar hasta completar el tamaño de la muestra deseada.

En este sentido, se debe aclarar que las condiciones socioculturales del VIH impidieron seleccionar la población y la muestra de manera aleatoria en cualquiera de sus tipos, puesto que no hay certeza que determinada persona seleccionada de manera aleatoria desee realmente o no participar en la investigación, se escoge por medio del muestreo.

Manera intencional solicitando previamente una autorización de las personas con VIH para diligenciar la obtención de los datos cuya decisión de participar o no en la muestra será totalmente respetada.

**UNIVERSO:** Personas diagnosticadas con VIH/SIDA inscritas a la EPSs Comfamiliar del Huila.

**POBLACIÓN:** personas con VIH/SIDA diagnosticadas en los años 2004-2007 A inscritos en el régimen subsidiado en la EPSs COMFAMILIAR del Huila.

**MUESTRA:** Por conveniencia.

Teniendo en cuenta los siguientes criterios de inclusión:

- Personas con diagnóstico confirmatorio de VIH (wester bloot) que están inscritos en el régimen subsidiado en la EPSs COMFAMILIAR del Huila en los años 2004-2007 A
- Que voluntariamente acepten participar de la investigación
- Que igualmente estén en adecuadas condiciones de salud para diligenciar un cuestionario.
- Residentes en la ciudad de Neiva
- Edades entre los 15 y 60 años (no se incluyen menores de 15 años debido a que su Autocuidado depende del cuidador principal).

### **5.3 UNIDAD DE ANÁLISIS Y UNIDAD DE INFORMACIÓN**

#### **Unidad de análisis**

La unidad de análisis en la presente investigación fue el paciente con diagnóstico de VIH/SIDA inscritos en el régimen subsidiado en la EPSs COMFAMILIAR del Huila del 2004-2007 A del área urbana de la ciudad de Neiva.

#### **Unidad de información**

La unidad de información fueron las personas con VIH como fuente de suministro de datos.

### **5.4 MÉTODO, TÉCNICA E INSTRUMENTO**

Es el método por el cual se establece la relación entre el investigador y el investigado para la recolección de datos y cumplir con los logros de los objetivos del estudio; por lo tanto para la ejecución de la presente investigación se decidió tomar como método de recolección de información la encuesta.

La encuesta es un método de recolección de información ya que se requiere tener comunicación directa entre los pacientes y los investigadores. Como técnica se utilizó la entrevista; en primera instancia, semi-estructurada ya que en ella no existe un instrumento específico y solo se realizó una conversación con preguntas orientadas a establecer una relación de confianza y así conocer más datos, donde se registró por medio de notas y/o grabaciones.



## 5.5 CONFIABILIDAD Y VALIDEZ

La validez y confiabilidad son fundamentales en una investigación, la validez hace referencia al grado en que un instrumento logra medir lo que se pretende medir<sup>17</sup>. Se acudió a los procedimientos de validación contenido en prueba de expertos en investigación y en el tema de cuidados en personas con VIH/SIDA, no se realizó una prueba piloto, ya que la muestra no fue representativa.

En la construcción del cuestionario, se tuvo en cuenta la información recopilada en el marco teórico y las variables planteadas. Luego de ser analizado por la plenaria en pleno y la docente asesora; se reajustaron determinados ítems que pudieron causar un sesgo de la información, para la posterior aplicación.

## 5.6 ETICIDAD

El VIH-SIDA por su connotación socio-cultural representa un manejo exclusivo y de carácter confidencial, por ello es necesario en todo el proceso investigativo incluir la reglamentación vigente para impedir que se amenace la integridad del usuario, debido a esto se tuvo en cuenta los principios de Beneficencia, no maleficencia, respeto, autonomía, continuidad, calidad, estipulados en la ley 266 de 1996.

El manejo de la Historia Clínica se fundamentara en la Ley 23 de 1981 en al Cap. III, artículos 34, 35 y 36, basándose en los principios de privacidad y confiabilidad.

En el DECRETO 1543 DE 1997, Por el cual se reglamenta el manejo de la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y las otras Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS), se enuncia: “Nadie debe o puede revelar la condición de la persona que vive con VIH, excepto cuando esta persona expone a otra de adquirir el virus”, por ende no se revelará, ni divulgará la identidad, aspectos que puedan incomodar o causar daño emocional al usuario o familia que participará de la investigación, del anterior decreto se manejara el Art. 32 (deber de confidencialidad), Art. 33 (manejo de la historia Clínica), y Art. 37 en el cual se fundamenta el derecho al consentimiento informado donde se elige voluntariamente a participar en el proyecto y de salir de él cuando lo desee.

Finalmente para la recolección de información se solicito autorización al director de la EPSs COMFAMILIAR del HUILA para acceder a la historia clínica de los pacientes.

---

<sup>17</sup> DE CANALES, Francisca y otros. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN. Manual para el desarrollo del personal de salud. NORIEGA EDITORES. México. 1997. Pág. 172

## 6. PLAN DE TABULACIÓN Y ANALISIS

### 6.1 TABULACIÓN

Una vez recolectada la información, se procedió a cuantificar y aparear las variables para presentar los resultados en tablas. Se utilizó el programa de EPI INFO

### 6.2 ANÁLISIS

Se hizo la distribución de la información obtenida por medio de frecuencias, tendencia central y pruebas de correlación. Los resultados se presentarán en gráficos (Barras, Pasteles e Histogramas).

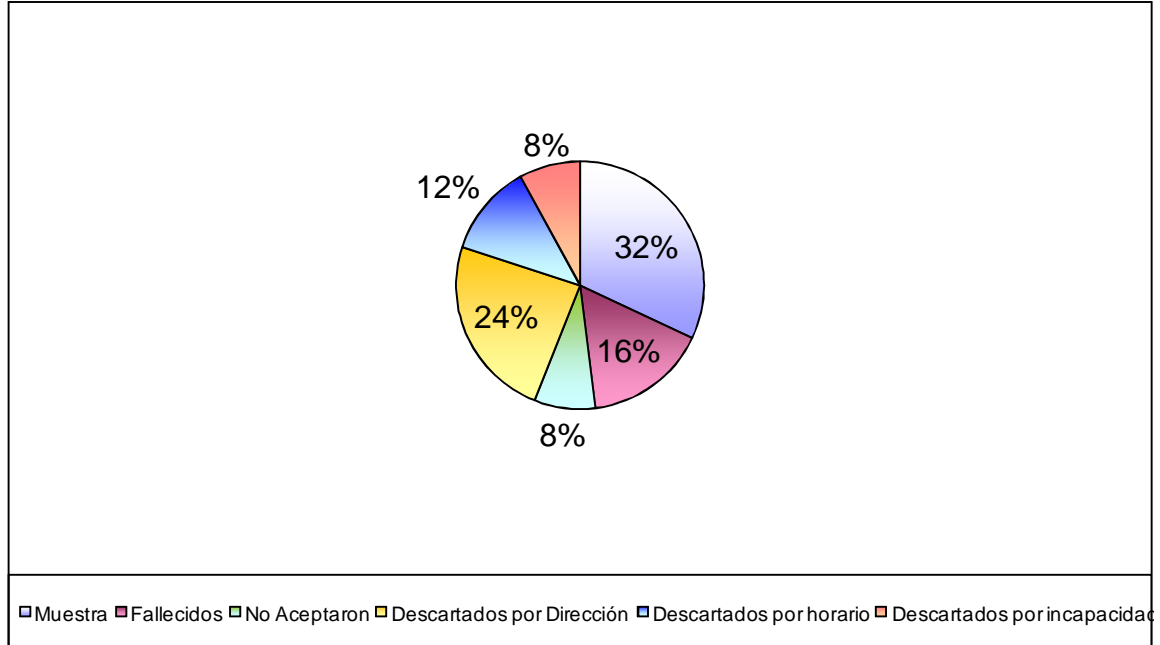
Se tuvo en cuenta el Marco de Referencia, que es la normatividad vigente. No se puede contrastar los resultados obtenidos con la teoría porque como tal no se encontró, haciendo difícil su interpretación, razón por la cual solo se describe.

### 6.3 RESULTADOS

**Tabla No 1:** Características de de las personas con VIH- SIDA diagnosticada en el periodo 2004 – 2007 a afiliados a la EPSs Comfamiliar:

Características de la Población	Nº de Personas	%
Muestra	8	32
Fallecidos	4	16
No Aceptaron	2	8
Descartados por Dirección	6	24
Descartados por horario	3	12
Descartados por incapacidad	2	8
Total:	25	100

**Grafico No 1** Características de las personas con VIH- SIDA diagnosticada en el periodo 2004 – 2007 a afiliados a la EPSs Comfamiliar:



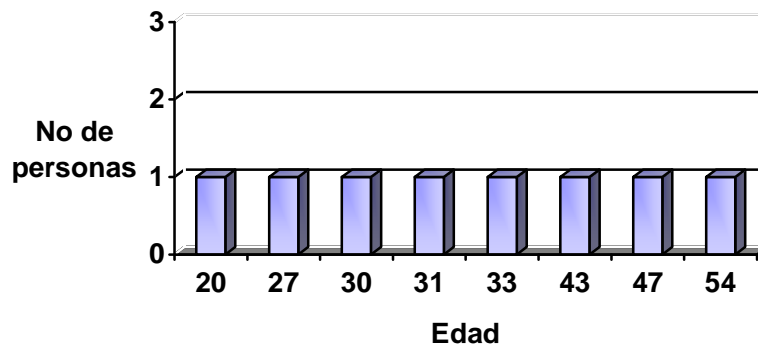
- Se tuvo una población de 25 personas, y una muestra de 8 personas, que corresponde 32% de la población que participo en la investigación.
- Del total de la población 4 personas que equivale al 16% fallecieron.
- 2 (8%) personas de la población no aceptaron participar en la investigación.
- El 24% que corresponde a 6 personas, no fue posible localizar la dirección del domicilio para participar de la investigación, debido a que la dirección del domicilio no fue encontrada o realizaron cambio de este sin actualizar la información.
- 3 personas (12%), fueron descartadas para participar de la investigación debido a horarios inapropiados para aplicar los instrumentos de recolección de la información.
- 2 personas (8%), fueron descartadas para participar de la investigación debido a enfermedad y/o secuela incapacitante por consiguiente no cumplen criterios de inclusión.

## I. INFORMACIÓN GENERAL

**Tabla No 2.** Distribución por Edad de las personas con VIH- SIDA diagnosticada en el periodo 2004 – 2007 A afiliados a la EPSs Comfamiliar:

Edad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
20	1	12,5%	12,5%
27	1	12,5%	25,0%
30	1	12,5%	37,5%
31	1	12,5%	50,0%
33	1	12,5%	62,5%
43	1	12,5%	75,0%
47	1	12,5%	87,5%
54	1	12,5%	100,0%
<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>

**Grafico No 2** Distribución por Edad de las personas con VIH- SIDA diagnosticada en el periodo 2004 – 2007 A afiliados a la EPSs Comfamiliar:



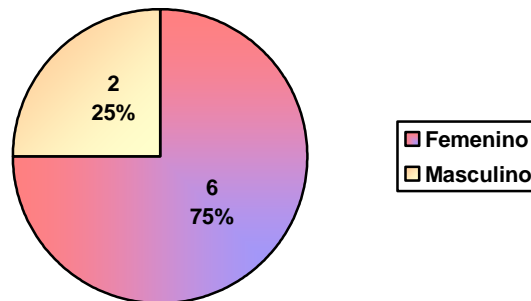
Según la distribución por edad de los 8 sujetos encuestados (100%) se observó que cada uno de los individuos presentan una edad diferente la cual se encuentra entre el rango de edad de 20 - 54 años. Lo cual corrobora las estadísticas oficiales del municipio de Neiva ya que para el año para el año 2006 se reportaron 51 casos de VIH, siendo la edad predominante el rango de los 15 – 44 años con 17 casos del sexo masculino y 19 casos del sexo femenino. Por tanto se confirma que es una enfermedad de interés en salud pública ya que una

de las razones, es que esta afecta la edad productiva y fértil del ser humano, esto último conlleva a su rápida transmisión.

**Tabla No 3.** Género de las personas con VIH- SIDA diagnosticada en el periodo 2004 – 2007 A afiliados a la EPSs Comfamiliar:

Genero	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
<b>Femenino</b>	6	75,0%	75,0%
<b>Masculino</b>	2	25,0%	100,0%
<b>Total</b>	8	100,0%	100,0%

**Grafico No 3.** Distribución por Género de las personas con VIH- SIDA diagnosticada en el periodo 2004 – 2007 A afiliados a la EPSs Comfamiliar:

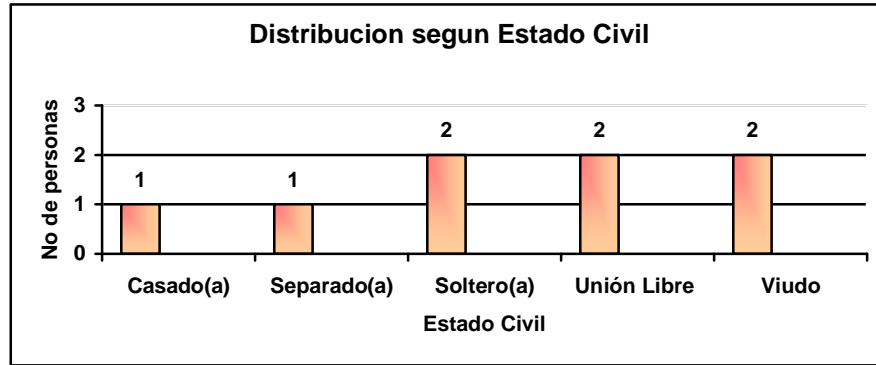


El total de la población encuestada fueron 8 personas que distribuidos según el género 6 corresponden al género Femenino (75%), y 2 personas (25%) al género Masculino.

**Tabla No 4.** Distribución Según Estado Civil de las personas con VIH- SIDA diagnosticada en el periodo 2004 – 2007 A afiliados a la EPSs Comfamiliar:

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
<b>Casado (a)</b>	1	12,5%	12,5%
<b>Separado (a)</b>	1	12,5%	25,0%
<b>Soltero (a)</b>	2	25,0%	50,0%
<b>Unión libre</b>	2	25,0%	75,0%
<b>Viudo (a)</b>	2	25,0%	100,0%
<b>Total</b>	8	100,0%	100,0%

**Grafico No 4** Distribución Según Estado Civil de las personas con VIH- SIDA diagnosticada en el periodo 2004 – 2007 A afiliados a la EPSs Comfamiliar:

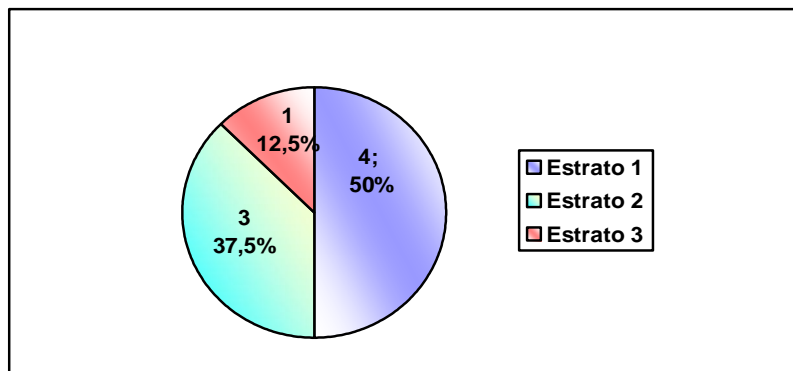


En la Grafica No 4 se observa que del 100% de las personas que participaron en la investigación, 1 es casada(o) lo cual al 12.5%, 1 persona (12.5%) separada, 2 personas (25%) son solteros(as), 2 personas (25%) Unión Libre y 2 personas (25%) son Viudas(os).

**Tabla No 5.** Distribución por Estrato Socioeconómico de las personas con VIH- SIDA diagnosticada en el periodo 2004 – 2007 A afiliados a la EPSs Comfamiliar:

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
1	4	50,0%	50,0%
2	3	37,5%	87,5%
3	1	12,5%	100,0%
<b>Total</b>	8	100,0%	100,0%

**Grafico No 5.** Distribución por Estrato Socioeconómico de las personas con VIH- SIDA diagnosticada en el periodo 2004 – 2007 A afiliados a la EPSs Comfamiliar:

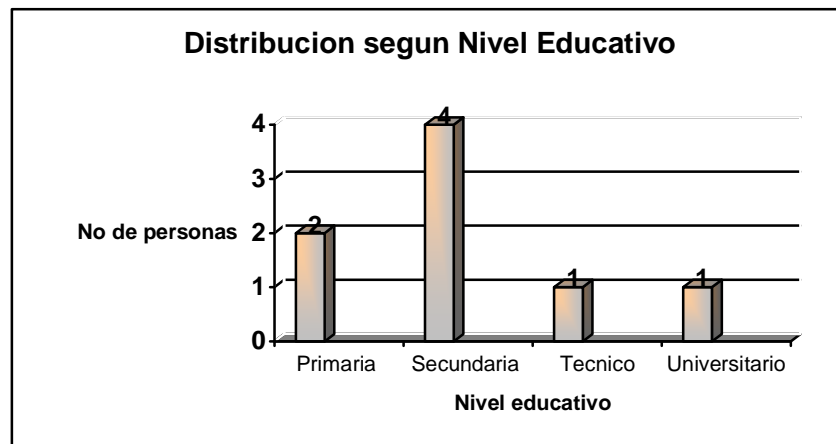


Del 100% de las personas encuestadas, el 50 % (4 personas) pertenecen al estrato 1, el 37.5% (3 personas) pertenecen al estrato 2 y el 12.5% restante (1 persona) corresponde al estrato 3.

**Tabla No 6.** Distribución según el Nivel educativo de las personas con VIH- SIDA diagnosticada en el periodo 2004 – 2007 A afiliados a la EPSs Comfamiliar:

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
<b>Primaria</b>	2	25,0%	25,0%
<b>Secundaria</b>	4	50,0%	75,0%
<b>Técnico</b>	1	12,5%	87,5%
<b>Universitario</b>	1	12,5%	100,0%
<b>Total</b>	8	100,0%	100,0%

**Grafico No 6.** Distribución según el Nivel educativo de las personas con VIH- SIDA diagnosticada en el periodo 2004 – 2007 A afiliados a la EPSs Comfamiliar:



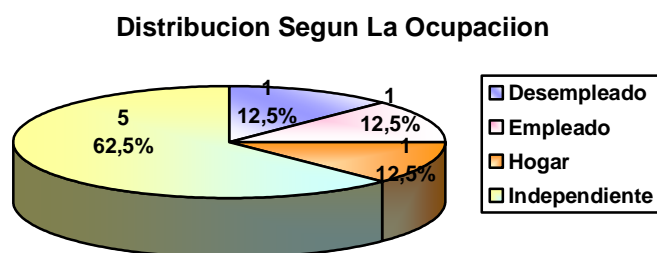
De las 8 personas (100%) participantes de la investigación, dos (25%) tienen un Nivel de escolaridad de primaria, cuatro personas (50%) aprobaron la secundaria, una persona (12.5%) tiene un nivel técnico, y solo 1 persona (12.5%) tiene nivel de educación Universitario.

## II. EN RELACIÓN CON LA CALIDAD DE VIDA

**Tabla No 7.** Distribución según la Ocupación de las personas con VIH- SIDA diagnosticada en el periodo 2004 – 2007 A afiliados a la EPSs Comfamiliar:

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
<b>Desempleado</b>	1	12,5%	12,5%
<b>Empleado</b>	1	12,5%	25,0%
<b>Hogar</b>	1	12,5%	37,5%
<b>Independiente</b>	5	62,5%	100,0%
<b>Total</b>	8	100,0%	100,0%

**Grafico No 7** Distribución según la Ocupación de las personas con VIH- SIDA diagnosticada en el periodo 2004 – 2007 A afiliados a la EPSs Comfamiliar:



De las 8 personas encuestadas, una es desempleada (12.5%), una (12.5%) es empleada (en un restaurante), una persona labora en su hogar (12.5%), y el 62.5% restante que corresponde a 5 personas son independientes, dentro de los cuales se encuentra venta de minutos, panadería, venta de frutas, plomería, entre otros.

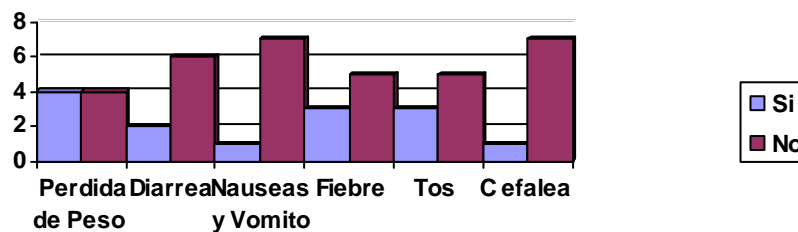


### III. EN RELACIÓN CON LA ENFERMEDAD

**Tabla No 8.** Distribución de síntomas por el cual acuden al medico las personas con VIH- SIDA diagnosticada en el periodo 2004 – 2007 A afiliados a la EPSs Comfamiliar:

Motivo De Consulta	SI	%	NO	%
<i>Pérdida de peso</i>	4	50%	4	(50%
<i>Diarrea</i>	2	25%	6	75%
<i>Nauseas y vómito</i>	1	12.5%	7	87.5%
<i>Fiebre</i>	3	37.5%	5	62.5%
<i>Tos</i>	3	37.5%	5	62.5%
<i>Cefalea</i>	1	12.5%	7	87.5%

**Grafico No 8.** Distribución de síntomas por el cual acuden al medico las personas con VIH- SIDA diagnosticada en el periodo 2004 – 2007 A afiliados a la EPSs Comfamiliar:



Del 100% de personas, el 50% (4 sujetos) si consultan al medico por perdida de peso y el restante 50% (4 sujetos) no consultan al medico por este síntoma.

Del 100% de personas, el 25% (2 sujetos) consultan al medico por Diarrea y el 75% restante (6 personas) no consultan al medico por esta causa.

Del 100% (8 personas), el 12.5% (1 persona) consulta al medico por Nauseas y Vomito y el 87.5% restante (7 personas) no consultan al medico por estos síntomas.

Del total de personas encuestadas, el 37.5% (3 personas) consulta al medico por Fiebre y el 62.5% restante (5 personas) no consultan al medico por esta causa.

Al igual que la pregunta anterior se observo que del 100% encuestadas, el 37.5% (3 personas) consultan al medico por Tos y el 62.5% restante (5 personas) no consultan al medico por esta causa

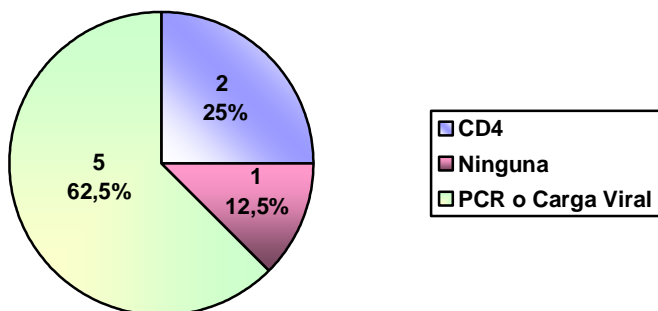
Del 100% (8 personas), el 12.5% (1 persona) consulta al medico por Cefalea y el 87.5% sobrante (7 personas) no consultan al medico por esta causa.

#### IV. EN RELACIÓN CON EL AUTOUIDADO

**Tabla No 9:** Distribución según pruebas de laboratorio que se realizan actualmente las personas con VIH- SIDA diagnosticada en el periodo 2004 – 2007 A afiliados a la EPSs Comfamiliar:

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
<b>CD4</b>	2	25,0%	25,0%
<b>Ninguna</b>	1	12,5%	37,5%
<b>PCR o carga viral</b>	5	62,5%	100,0%
<b>Total</b>	8	100,0%	100,0%

**Grafico No 9.** Distribución según pruebas de laboratorio que se realizan actualmente las personas con VIH- SIDA diagnosticada en el periodo 2004 – 2007 A afiliados a la EPSs Comfamiliar:

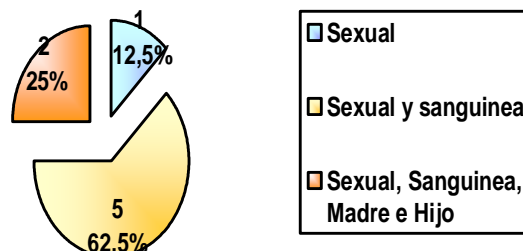


El 25% de los sujetos encuestados que corresponde a 2 personas se realizan la prueba de CD4, el 62.5% (5 personas) se realiza PCR o carga Viral y el 25 % restante (2 personas) no se realizan ninguna prueba.

**Tabla No 10.** Distribución según conocimiento de vías de transmisión de las personas con VIH- SIDA diagnosticada en el periodo 2004 – 2007 A afiliados a la EPSs Comfamiliar:

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
<b>Vía Sexual</b>	1	12,5%	12,5%
<b>Vía Sexual y sanguínea</b>	5	62,5%	75,0%
<b>Vía Sexual, sanguínea y madre e hijo( parto – Lactancia)</b>	2	25,0%	100,0%
<b>Total</b>	8	100,0%	100,0%

**Grafico No 10.** Distribución según conocimiento de vías de transmisión de las personas con VIH- SIDA diagnosticada en el periodo 2004 – 2007 A afiliados a la EPSs Comfamiliar:



Una (12.5%) del total de personas encuestadas solo conoce la vía sexual como medio de transmisión de VIH, 5 personas que equivale al 62.5% conocen la vía sexual y sanguínea como medio de transmisión de esta enfermedad y el 25% restante (2 personas) conocen la transmisión sexual, sanguínea y madre e hijo (Parto – Lactancia).

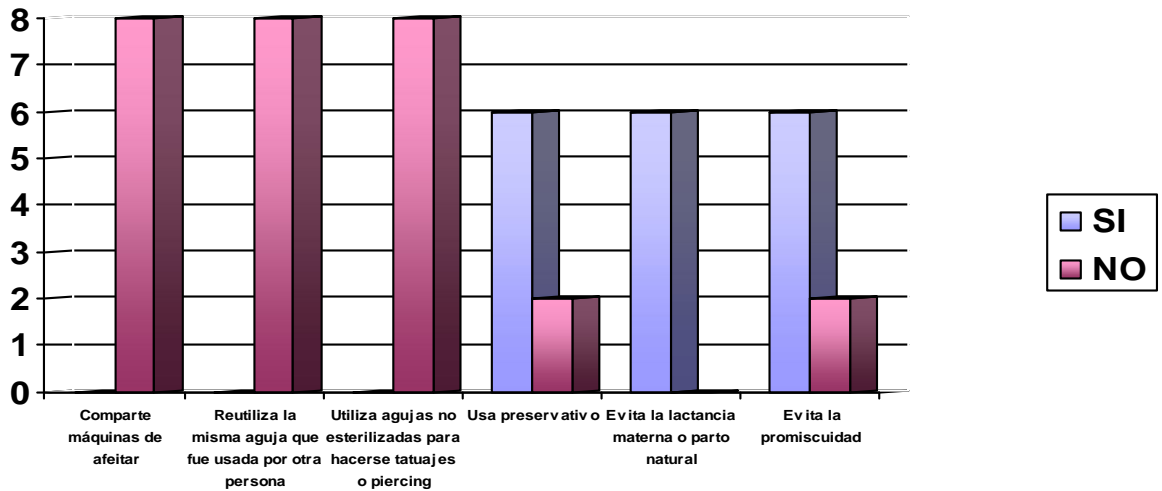
Comparando con las respuestas obtenidas en la entrevista semiestructurada realizada a los usuarios, en las preguntas sobre que conocimientos tenían acerca de VIH/SIDA y la prevención de la misma, se observó que la mayoría hacía referencia que han sido informadas sobre la transmisión por vía sexual y el uso del preservativo en el momento de tener relaciones sexuales con su pareja aunque uno de los usuarios solo sabía que el preservativo se usaba para evitar embarazos, cabe resaltar que dos de las personas expresaron sobre la importancia de tener una pareja sexual estable. Dentro de las respuestas dadas

por los usuarios, también se encontró que uno de ellos creía que el VIH/SIDA solo lo presentaban las trabajadoras sexuales, y tres personas pensaba que la enfermedad era ajena a su realidad, por lo tanto no le interesaba la información acerca de esta.

**Tabla No 11.** Distribución según prácticas de Autocuidado que realizan las personas con VIH- SIDA diagnosticada en el periodo 2004 – 2007 A afiliados a la EPSs Comfamiliar:

PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO	SI	NO
Comparte máquinas de afeitar		8
Reutiliza las agujas que han sido usadas por otra persona		8
Utiliza agujas no esterilizadas para hacerse tatuajes o piercing		8
Usa preservativo	6	2
Evita la lactancia materna o parto natural	6	
Evita la promiscuidad	6	2

**Grafico No 11.** Distribución según prácticas de Autocuidado que realizan las personas con VIH- SIDA diagnosticada en el periodo 2004 – 2007 A afiliados a la EPSs Comfamiliar:



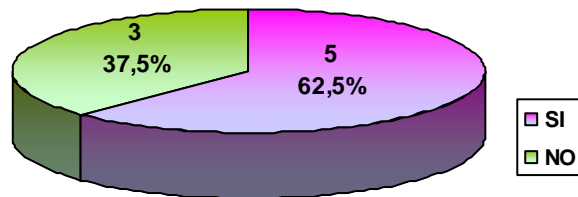
El 100% de las personas encuestadas respondieron no realizar las siguientes prácticas: Compartir maquinas de afeitar, reutilizar la misma aguja que ha sido usada por otra persona, usar agujas no esterilizadas para hacerse tatuajes o piercing y evitar la lactancia materna o parto natural teniendo en cuenta que para esta ultima pregunta el 100% corresponde a las 6 mujeres encuestadas. Por el contrario, el 25% (2 sujetos) de las personas encuestadas respondieron no usar

preservativo y el restante 75%(6 sujetos) si hacen uso de este, no solo como método de planificación familiar sino también para evitar contagiar a otras personas. El 25% que corresponde a 2 sujetos son promiscuos y el 75% que equivale a 6 personas si evitan tener relaciones sexuales con otras personas diferentes a sus parejas o de lo contrario refieren que no tener relaciones de este tipo con ninguna persona desde que conocen su Diagnostico o desde que falleció la pareja por la misma causa.

**Tabla No 12.** Distribución Según sinceridad con la pareja al tener relaciones sexuales de las personas con VIH- SIDA diagnosticada en el periodo 2004 – 2007 A afiliados a la EPSs Comfamiliar:

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
<b>Si</b>	5	62,5%	62,5%
<b>No</b>	3	37,5%	100,0%
<b>Total</b>	8	100,0%	100,0%

**Grafico No 12.** Distribución Según sinceridad con la pareja al tener relaciones sexuales de las personas con VIH- SIDA diagnosticada en el periodo 2004 – 2007 A afiliados a la EPSs Comfamiliar:



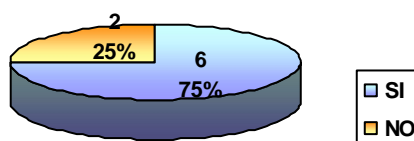
El 62,5% que equivale a 5 personas encuestadas respondieron ser sinceros con la pareja en el momento de tener relaciones sexuales mientras que el sobrante 37,5% (3 personas) no lo son.

En la entrevista semiestructurada dos de las personas que respondieron no ser sinceras, conviven con su pareja, explican el miedo que sienten de ser rechazadas por estas, por lo tanto prefiere llevar su Diagnóstico en silencio, además no usan preservativo. El otro usuario no tiene pareja estable, y aunque no da a conocer su Diagnóstico, si dice usar preservativo.

**Tabla No 13.** Distribución Consumo de dieta balanceada de las personas con VIH- SIDA diagnosticada en el periodo 2004 – 2007 A afiliados a la EPSs Comfamiliar:

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
<b>Si</b>	6	75,0%	75,0%
<b>No</b>	2	25,0%	100,0%
<b>Total</b>	8	100,0%	100,0%

**Grafico No 13.** Distribución Consumo de dieta balanceada de las personas con VIH- SIDA diagnosticada en el periodo 2004 – 2007 A afiliados a la EPSs Comfamiliar:

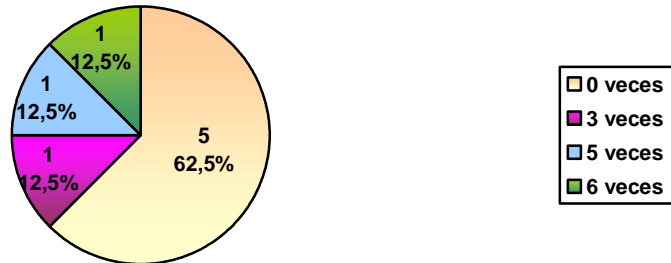


El 75% del total de personas encuestadas respondieron tener hábitos alimenticios saludables, mientras que un 25% que equivale a 2 personas, refirieron lo contrario por su precariedad económica.

**Tabla No 14.** Distribución según actividad física que realizan las personas con VIH- SIDA diagnosticada en el periodo 2004 – 2007 A afiliados a la EPSs Comfamiliar:

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
<b>0 veces</b>	5	62,5%	62,5%
<b>3 veces</b>	1	12,5%	75,0%
<b>5 veces</b>	1	12,5%	87,5%
<b>6 veces</b>	1	12,5%	100,0%
<b>Total</b>	8	100,0%	100,0%

**Grafico No 14.** Distribución según actividad física que realizan las personas con VIH- SIDA diagnosticada en el periodo 2004 – 2007 A afiliados a la EPSs Comfamiliar:

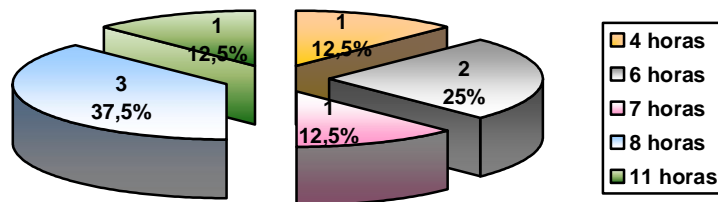


5 de las personas encuestadas, que equivale al 62,5% respondieron no realizar actividad física en la semana, 1 persona (12,5%) realiza actividad física 3 veces a la semana, 1 persona realiza esta actividad 5 veces a la semana y 1 persona realiza actividad física 6 veces a la semana. La actividad física es propia de la ejecución de su trabajo (caminar).

**Tabla No 15.** Distribución horas diarias de Sueño de las personas con VIH- SIDA diagnosticada en el periodo 2004 – 2007 A afiliados a la EPSs Comfamiliar:

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
4 horas	1	12,5%	12,5%
6 horas	2	25,0%	37,5%
7 horas	1	12,5%	50,0%
8 horas	3	37,5%	87,5%
11 horas	1	12,5%	100,0%
<b>Total</b>	8	100,0%	100,0%

**Grafico No 15.** Distribución horas diarias de Sueño de las personas con VIH- SIDA diagnosticada en el periodo 2004 – 2007 A afiliados a la EPSs Comfamiliar:



El 37,5% de las personas encuestadas que equivale a 3 personas respondieron que duermen 8 horas diarias, el 25% (2 personas) respondieron que duermen 6 horas diarias y las restantes 3 personas respondieron cada una que duermen en un día 4, 7 y 11 horas respectivamente, la persona que refirió tener un ciclo de sueño de 4 horas se debe a la edad, ya el ciclo circadiano se hace mas corto, la persona que indico dormir 11 horas, es debido a los cuidados que brinda al esposo quien padece de SIDA, por lo cual manifiesta sentirse agotada.

**Tabla No 16.** Distribución según prácticas de aseo antes de comer y después de ir al baño de las personas con VIH- SIDA diagnosticada en el periodo 2004 – 2007 A afiliados a la EPSs Comfamiliar:

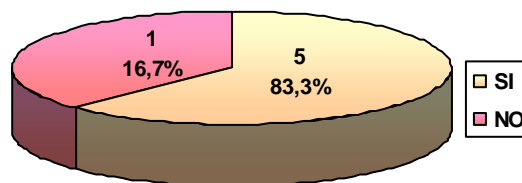
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
<b>Si</b>	8	100,0%	100,0%
<b>Total</b>	8	100,0%	100,0%

El 100% de las personas encuestadas respondieron que se lavan las manos antes de comer y después de ir al baño.

**Tabla No 17.** Distribución Según citologías vaginales realizadas por las mujeres con VIH- SIDA diagnosticada en el periodo 2004 – 2007 A afiliados a la EPSs Comfamiliar:

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
<b>Si</b>	5	83.3%	83.3%
<b>No</b>	1	16.7%	100,0%
<b>Total</b>	6	100,0%	100,0%

**Grafico No 16.** Distribucion Según citologías vaginales realizadas por las mujeres con VIH- SIDA diagnosticada en el periodo 2004 – 2007 A afiliados a la EPSs Comfamiliar:



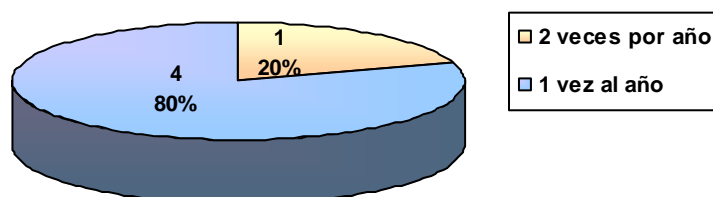
Teniendo en cuenta que el total de mujeres encuestadas fueron 6(100%), el 83,3% que corresponde a 5 mujeres respondieron realizarse citologías vaginales periódicamente, mientras que 1 sola mujer no se realiza la citología.



**Tabla No 18:** Frecuencia de realización de toma de citología por las mujeres con VIH- SIDA diagnosticada en el periodo 2004 – 2007 A afiliados a la EPSs Comfamiliar:

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
<b>2 veces por año</b>	1	20%	20%
<b>Anualmente</b>	4	80%	100.0%
<b>Total</b>	5	100,0%	100,0%

**Grafico No 17.** Frecuencia de realización de toma de citología por las mujeres con VIH- SIDA diagnosticada en el periodo 2004 – 2007 A afiliados a la EPSs Comfamiliar:



De las 5 mujeres que respondieron en la pregunta anterior realizarse la citología vaginal, 4 se la realizan anualmente y 1 mujer se realiza dicho procedimiento 2 veces al año, y por ultimo 2 personas no se realizan el procedimiento por ser de sexo masculino a los cuales no aplica este ítem.

**Tabla No 19.** Distribución según práctica de autoexamen de seno o testículos de las personas con VIH- SIDA diagnosticada en el periodo 2004 – 2007 A afiliados a la EPSs Comfamiliar:

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
<b>Si</b>	2	25,0%	25,0%
<b>No</b>	6	75,0%	100,0%
<b>Total</b>	8	100,0%	100,0%

**Grafico No 18.** Distribución según práctica de autoexamen de seno o testículos de las personas con VIH- SIDA diagnosticada en el periodo 2004 – 2007 A afiliados a la EPSs Comfamiliar:

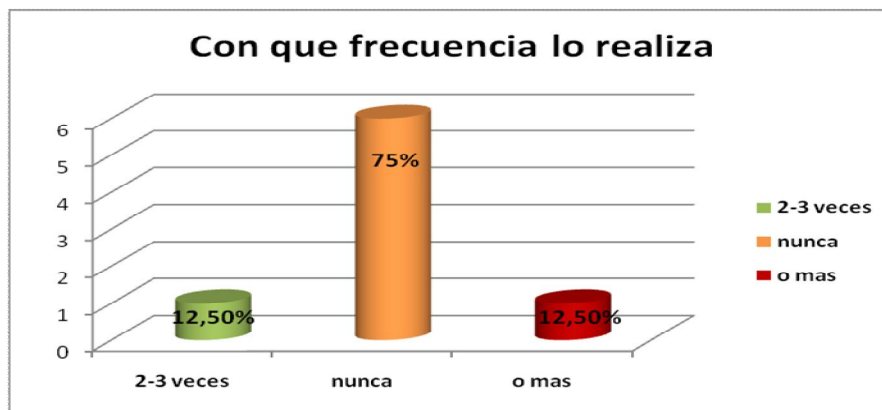


Del 100% de los encuestados, predomina con un 75% que equivale a 6 personas quienes afirman que no se realizan el autoexamen de seno y/o testículos según corresponda, seguido de quienes refieren que si se realizan el autoexamen con un 25% que corresponde tan solo a 2 personas de sexo femenino.

**Tabla No 20.** Frecuencia realización de actividad Física de las personas con VIH- SIDA diagnosticada en el periodo 2004 – 2007 A afiliados a la EPSs Comfamiliar:

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
<b>2-3 veces al mes</b>	1	12,5%	12,5%
<b>nunca</b>	6	75,0%	87,5%
<b>ó mas</b>	1	12,5%	100,0%
<b>Total</b>	8	100,0%	100,0%

**Grafico No 19.** Frecuencia realización de actividad Física de las personas con VIH- SIDA diagnosticada en el periodo 2004 – 2007 A afiliados a la EPSs Comfamiliar:

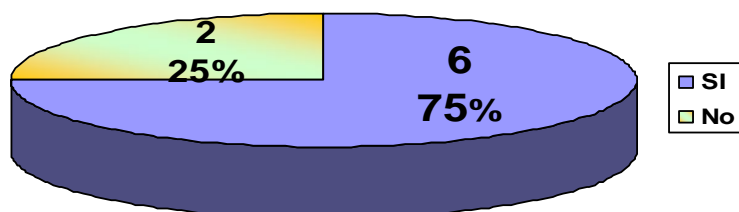


Del total de encuestados, el 75% que corresponde a 6 personas refieren no realizarse nunca el autoexamen de seno y/o testículo lo cual confirma la respuesta de la pregunta anterior donde son 6 quienes contestaron en la encuesta no realizarse esta actividad. El 12.5%( 1 sujeto) lo realiza de 2 a 3 veces al mes, mientras que el 12.5% restante lo realiza más de tres veces al mes.

**Tabla No 21.** Distribución según elementos de aseo personal de uso propio que posee la persona con VIH- SIDA diagnosticada en el periodo 2004 – 2007 A afiliados a la EPSs Comfamiliar:

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
<b>Si</b>	6	75%	75%
<b>No</b>	2	25%	100,0%
<b>Total</b>	8	100,0%	100,0%

**Grafico No 20.** Distribución según elementos de aseo personal de uso propio que posee la persona con VIH- SIDA diagnosticada en el periodo 2004 – 2007 A afiliados a la EPSs Comfamiliar:

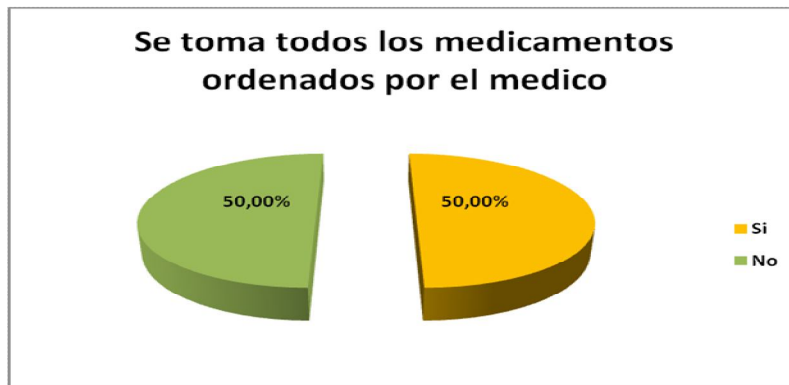


Del total de encuestados el 87.5% que equivale a 7 personas afirmaron tener elementos de uso personal propio, mientras el 12.5% restante (1 persona) refiere compartir algunos elementos de aseo personal.

**Tabla No 22.** Distribución según consumo de medicamentos ordenados por el medico a las persona con VIH- SIDA diagnosticada en el periodo 2004 – 2007 A afiliados a la EPSs Comfamiliar:

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
<b>Si</b>	4	50,0%	50,0%
<b>No</b>	4	50,0%	100,0%
<b>Total</b>	8	100,0%	100,0%

**Grafico No 21.** Distribución según consumo de medicamentos ordenados por el medico a las persona con VIH- SIDA diagnosticada en el periodo 2004 – 2007 A afiliados a la EPSs Comfamiliar:



Del 100% de los encuestados, el 50% de ellos el cual corresponde a 4 personas afirman tomarse los medicamentos según prescripción médica, mientras que la otra mitad es decir el 50% refieren que no se toma los medicamentos.

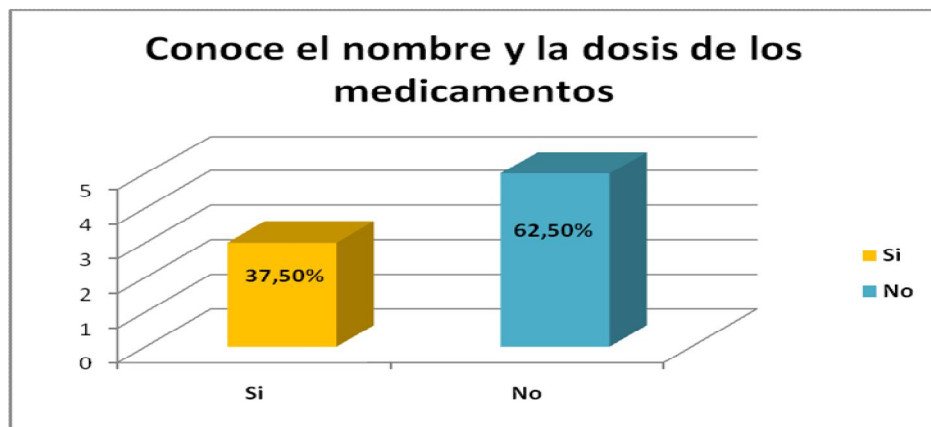
De las personas que se están tomando los medicamentos dos refieren hacerlo de forma continua, y en los horarios pertinentes, los dos restantes aunque toman los medicamento no lo hacen de forma correcta y manifiestan que el suministro de estos medicamentos son muy demorados por ello suspenden de forma temporal los medicamentos, ya que se les agotan, además los efectos adversos son muy fuertes y en ocasiones afectan su cotidianidad.

Dos de los usuarios que no toman los medicamentos no lo requieren, debido a que su carga viral aún se encuentra en límites normales, de los dos usuarios restantes que no toman los medicamentos; una persona se niega a iniciar el tto, y la otra persona los llevo a tomar al inicio de conocido su diagnóstico , pero luego los suspendió, por miedo de que su familia se diera por enterada de su diagnóstico, además expresa el sentirse muy bien de salud y usa suplementos alimenticios.

**Tabla No 23.** Distribución según Conocimiento sobre el nombre y la dosis de los medicamentos prescritos por el medico a las persona con VIH- SIDA diagnosticada en el periodo 2004 – 2007 A afiliados a la EPSs Comfamiliar:

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
<b>Si</b>	3	37,5%	37,5%
<b>No</b>	5	62,5%	100,0%
<b>Total</b>	8	100,0%	100,0%

**Grafico No 22.** Distribución según Conocimiento sobre el nombre y la dosis de los medicamentos prescritos por el medico a las persona con VIH- SIDA diagnosticada en el periodo 2004 – 2007 A afiliados a la EPSs Comfamiliar:

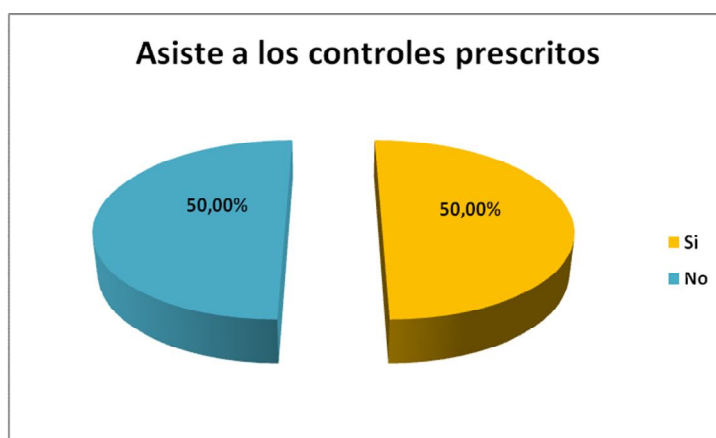


Del total de personas encuestadas, el 62.5% el cual corresponde a 5 personas no conocen el nombre ni las dosis de los medicamentos que se administran, mientras que el 37.5% restante (3 personas) respondieron en la encuesta conocer el nombre de los medicamentos y las dosis correspondiente de cada uno de ellos.

**Tabla No 24.** Distribución según Asistencia a los controles prescritos por el medico a las persona con VIH- SIDA diagnosticada en el periodo 2004 – 2007 A afiliados a la EPSs Comfamiliar:

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
<b>Si</b>	4	50,0%	50,0%
<b>No</b>	4	50,0%	100,0%
<b>Total</b>	8	100,0%	100,0%

**Grafico No 23.** Distribución según Asistencia a los controles prescritos por el medico a las persona con VIH- SIDA diagnosticada en el periodo 2004 – 2007 A afiliados a la EPSs Comfamiliar:



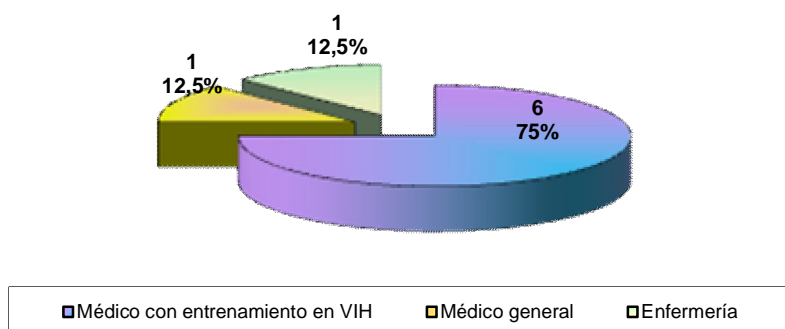
Del 100% de los encuestados, el 50% de ellos el cual corresponde a 4 personas asiste a los controles medicos, mientras que la otra mitad es decir el 50% no asiste a estos controles. De las cuatro personas que asisten a los controles, solo dos lo hacen mensualmente (qué es lo indicado y programado), las dos personas restantes asisten de forma inadecuada y refieren que fallan por falta de tiempo ya que el proceso para asignar las citas es lento.

De las cuatro personas que no asisten a los controles, dos manifestaron que no lo hacen por las mismas causas anteriores como lo son la falta de tiempo y la demora en el proceso para la asignación de citas. Las dos personas restantes no asisten a los controles ya que no desean seguir en tratamiento.

**Tabla No 25.** Distribución según fuente de información de autocuidado en los 2 últimos años de las persona con VIH- SIDA diagnosticada en el periodo 2004 – 2007 A afiliados a la EPSs Comfamiliar:

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
<b>Médico con entrenamiento en VIH</b>	6	75,0%	75,0%
<b>Médico general</b>	1	12,5%	87,5%
<b>Enfermería</b>	1	12,5%	100,0%
<b>Total</b>	8	100,0%	100,0%

**Grafico No 24.** Distribución según fuente de información de autocuidado en los 2 últimos años de las persona con VIH- SIDA diagnosticada en el periodo 2004 – 2007 A afiliados a la EPSs Comfamiliar:



Del total de sujetos encuestados, el 75% el cual corresponde a 6 personas refirieron haber recibido la información acerca del autocuidado de la enfermedad en los últimos dos años por parte del médico con entrenamiento en VIH, seguido por un 12.5% del médico general, mientras que el 12.5% restante respondieron haber recibido esta información por medio de otro personal.

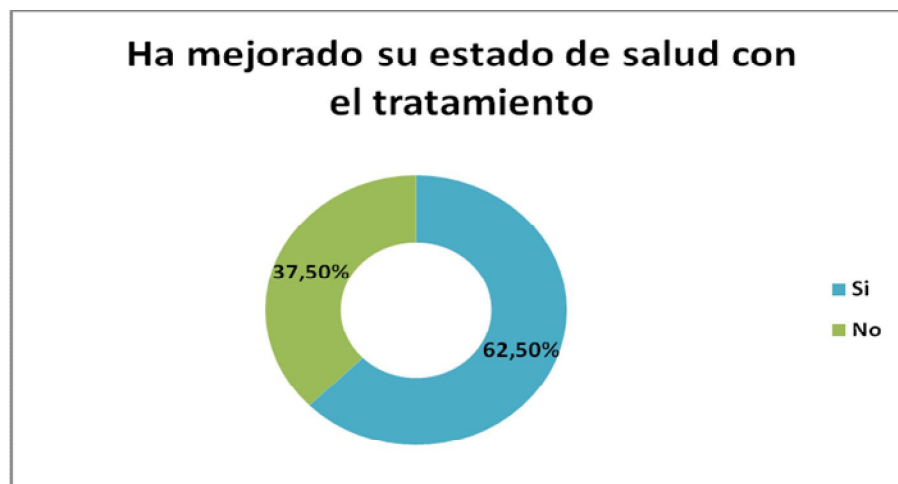
De la información acerca de autocuidado, solo a una persona se le oriento desde el momento que se le entrego el resultado del Diagnóstico de VIH/SIDA, brindándose pautas básicas para el autocuidado, esta orientación fue realizada por la enfermera jefe de la institución.

## V. EN RELACIÓN CON EL ASPECTO BIOPSIICOSOCIAL DE LA PERSONA

**Tabla No 26.** Distribución según mejoría en el estado de salud de las persona con VIH- SIDA diagnosticada en el periodo 2004 – 2007 A afiliados a la EPSs Comfamiliar con el tratamiento:

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
<b>Si</b>	5	62,5%	62,5%
<b>No</b>	3	37,5%	100,0%
<b>Total</b>	8	100,0%	100,0%

**Grafico No 25.** Distribución según mejoría en el estado de salud de las persona con VIH- SIDA diagnosticada en el periodo 2004 – 2007 A afiliados a la EPSs Comfamiliar con el tratamiento:



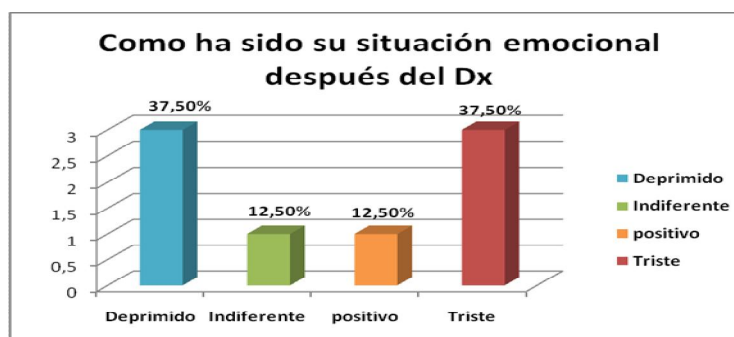
De las 8 personas encuestadas, 5 sujetos (62.5%) afirmaron que el estado de salud ha mejorado con la administración del tratamiento, mientras que el 37.5% de las personas restantes (3 sujetos) respondieron que el estado de salud no ha mejorado ya que no ingieren los medicamentos por diversas razones (por voluntad propia, temor a que su familia se entere del Diagnóstico, por que aun no lo requieren y/o por demora en la entrega del tratamiento por parte de la EPSs Comfamiliar).

**Tabla No 27.** Distribución según situación emocional Actual de las persona con VIH- SIDA diagnosticada en el periodo 2004 – 2007 A afiliados a la EPSs Comfamiliar:



	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
<b>Deprimido</b>	3	37,5%	37,5%
<b>Indiferente</b>	1	12,5%	50,0%
<b>Positivo</b>	1	12,5%	62,5%
<b>Triste</b>	3	37,5%	100,0%
<b>Total</b>	8	100,0%	100,0%

**Grafico No 26.** Distribución según situación emocional Actual de las persona con VIH- SIDA diagnosticada en el periodo 2004 – 2007 A afiliados a la EPSs Comfamiliar:



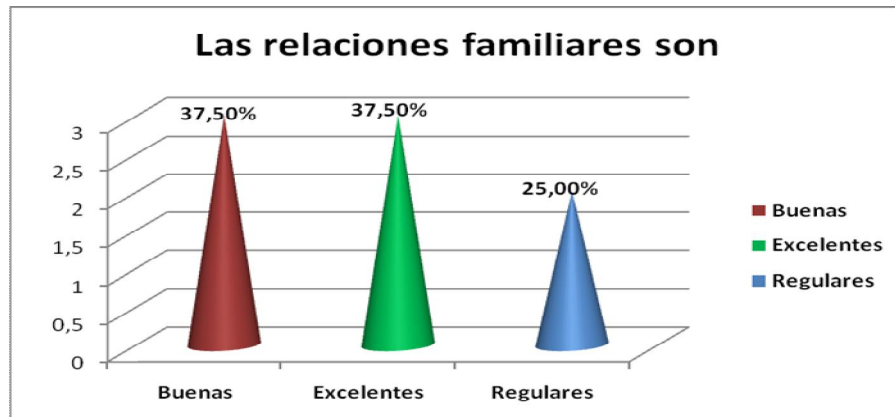
Del total de encuestados el 37.5% el cual corresponde a 3 personas refirieron haberse sentido emocionalmente deprimido, seguido por un 37.5% con estado emocional triste, mientras que el 12.5%(1 persona) le es indiferente y por ultimo el 12.5% restante lo tomo de forma positiva.

## VI EN RELACIÓN CON LA FAMILIA

**Tabla No 28.** Distribución según relaciones familiares de las persona con VIH- SIDA diagnosticada en el periodo 2004 – 2007 A afiliados a la EPSs Comfamiliar:

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
<b>Buenas</b>	3	37,5%	37,5%
<b>Excelentes</b>	3	37,5%	75,0%
<b>Regulares</b>	2	25,0%	100,0%
<b>Total</b>	8	100,0%	100,0%

**Grafico No 27.** Distribución según relaciones familiares de las persona con VIH- SIDA diagnosticada en el periodo 2004 – 2007 A afiliados a la EPSs Comfamiliar:



Del total de encuestados el cual corresponde a 8 personas, el 37.5%(3 personas) refieren tener buenas relaciones familiares, seguido por un 37.5% quienes afirman tener excelentes relaciones familiares, mientras que el 25% refiere que las relaciones entre la familia son regulares. De las 8 personas entrevistadas, 5 refieren haber comentado su diagnóstico a su familia, de estas 4 personas han tenido apoyo emocional a pesar de que el impacto de la noticia hizo desestabilizarlas lograron adaptarse positivamente, la persona restante refiere que sus hijos se apartaron totalmente de ella, percibe cierto rechazo por parte de estos.

Las tres personas restantes no han comentado el diagnóstico a su familia por miedo a ser aisladas y rechazadas, dos de estas personas ni si quieren han informado a sus parejas sobre la enfermedad. Aunque un usuario refiere que su familia sospecha sobre el diagnóstico (expresan actitudes de rechazo), por ello decidió irse a vivir a otra casa, lejos de su familia.

## VII EN RELACIÓN CON EL EQUIPO DE SALUD

**Tabla 29.** Distribución según información que brinda La EPSs acerca de:

INFORMACIÓN	SI	NO
VIH/SIDA	3	5
Sexo seguro	2	6
ETS	1	7
Uso de drogas	2	6
Otros temas relevantes	1	7

El 37.5% de la muestra que equivale a 3 personas respondieron que si han recibido información por parte de la EPSs sobre la patología incluyendo las

formas de transmisión, evolución, los síntomas, el tratamiento y la prevención. Pero el restante 62,5%(5 personas) no han recibido tal información en la EPSs.

Del 100% de sujetos encuestados el 25%(2 personas) respondieron que en la EPSs han recibido información sobre sexo seguro entendiéndose esta como la sinceridad con su pareja, el uso de doble preservativo y en algunos casos la abstinencia. El 75% restante (6 personas) manifiestan no haber recibido información en la EPSs sobre la importancia y necesidad de sexo seguro.

Solo un 12.5% de las personas a quienes se les aplico el instrumento respondieron que si se les ha informado en la EPSs sobre ITS (formas de prevención y variedad de ITS que existen). El 87,5% restante (7 personas) contestaron en la encuesta que no han recibido ninguna clase de información sobre ITS.

Solo el 25% de los sujetos encuestados manifestaron en la encuesta que si se les explica en la EPSs sobre la importancia de evitar el consumo de drogas. El 75% sobrante respondieron que no han recibido esta información por parte de la institución de salud.

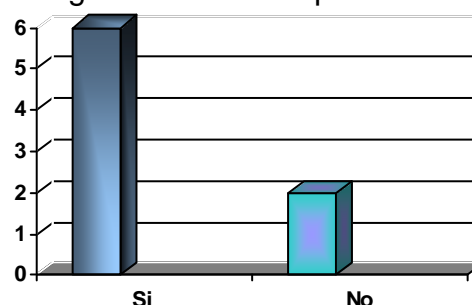
Al igual que en la pregunta anterior el 12.5% respondieron que si han recibido información sobre otros temas relacionados con el VIH/SIDA y el porcentaje restante manifestaron no haber recibido información sobre esto.

**Nota:** En cada uno de los aspectos la información es brindada por el Doctor que realiza los controles

**Tabla No 30.** Distribución según claridad de la información brindada a las persona con VIH- SIDA diagnosticada en el periodo 2004 – 2007 A afiliados a la EPSs Comfamiliar:

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
<b>Si</b>	6	75,0%	75,0%
<b>No</b>	2	25,0%	100,0%
<b>Total</b>	8	100,0%	100,0%

**Grafico No 28.** Distribución según claridad de la información brindada a las persona con VIH- SIDA diagnosticada en el periodo 2004 – 2007 A afiliados a la EPSs Comfamiliar:

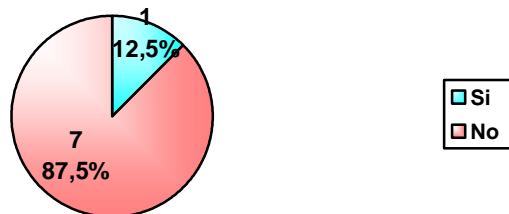


Del total de personas que respondieron haber recibido información en la EPSs sobre VIH/SIDA, sexo seguro, ITS, uso de drogas y otros temas relacionados con el VIH, el 75% de la muestra considera que la información brindada acerca de su patología se da en términos comunes, lo cual permite ser entendida. El 25% piensan que no es clara la información que se les brinda. Esta información la reciben por parte del doctor encargado de hacer los controles; en la EPSs no se les da asesoría.

**Tabla No 31.** Distribución según Continuidad de la información brindada a las persona con VIH- SIDA diagnosticada en el periodo 2004 – 2007 A afiliados a la EPSs Comfamiliar:

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
<b>Si</b>	1	12,5%	12,5%
<b>No</b>	7	87,5%	100,0%
<b>Total</b>	8	100,0%	100,0%

**Grafico No 29.** Distribución según Continuidad de la información brindada a las persona con VIH- SIDA diagnosticada en el periodo 2004 – 2007 A afiliados a la EPSs Comfamiliar:

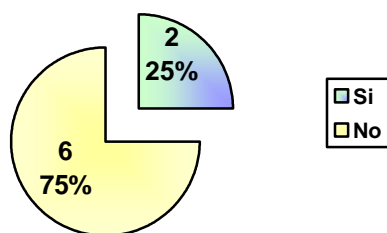


El 12.5%, que equivale a 1 persona piensa que la información recibida es continua, el 87.5% no lo creen así ya que en muchas ocasiones no pueden tener oportunidad de asistir a los controles mensuales, y allí es la única oportunidad para adquirir información.

**Tabla No 32.** Distribución según oportunidad en la atención a las persona con VIH- SIDA diagnosticada en el periodo 2004 – 2007 A afiliados a la EPSs Comfamiliar:

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
<b>Si</b>	2	25,0%	25,0%
<b>No</b>	6	75,0%	100,0%
<b>Total</b>	8	100,0%	100,0%

**Grafico No 30.** Distribución según oportunidad en la atención a las persona con VIH- SIDA diagnosticada en el periodo 2004 – 2007 A afiliados a la EPSs Comfamiliar:

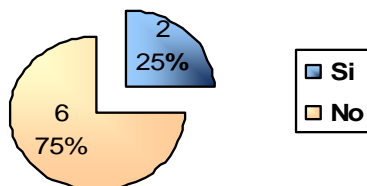


El 25% de la población expresan que al requerir atención en salud esta es oportuna el 75% de la muestran se refieren a la atención prestada como inoportuna, ya que el proceso para asignar las citas es lento, y cuando estas se conceden son dadas para una fecha prolongada.

**Tabla No 33.** Distribución según oportunidad en el suministro de medicamentos .a las persona con VIH- SIDA diagnosticada en el periodo 2004 – 2007 A afiliados a la EPSs Comfamiliar:

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
<b>Si</b>	2	25,0%	25,0%
<b>No</b>	6	75,0%	100,0%
<b>Total</b>	8	100,0%	100,0%

**Grafico No 31.** Distribución según oportunidad en el suministro de medicamentos .a las persona con VIH- SIDA diagnosticada en el periodo 2004 – 2007 A afiliados a la EPSs Comfamiliar:



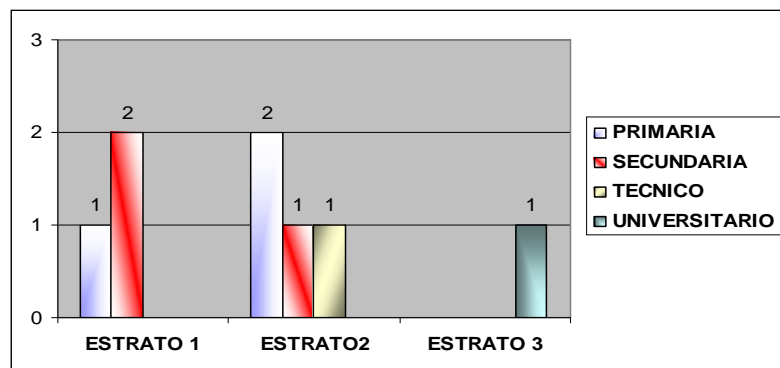
El 25% (2 personas) manifestaron que el tratamiento se lo entregan de forma oportuna, cabe destacar que de esta proporción 1 persona entablo tutela contra la EPSs comfamiliar y con esta medida se mejoro el suministro de medicamentos. El 75% de los que reciben el tratamiento se quejan del proceso para adquirir los medicamentos, ya que cada mes que van a solicitarlos necesitan de autorizaciones dadas por el Comfamiliar por lo tanto la entrega se hace lenta.

### 6.3.1 Relación entre Variables.

**TABLA 34.** Distribución según Estrato socioeconómico y el Nivel educativo de las persona con VIH- SIDA diagnosticada en el periodo 2004 – 2007 A afiliados a la EPSs Comfamiliar:

NIVEL EDUCATIVO	ESTRATO		
	1	2	3
Primaria	1	2	
Secundaria	2	1	
Técnico		1	
Universitario			1

**Grafico 32.** Distribución según Estrato socioeconómico y el Nivel educativo de las persona con VIH- SIDA diagnosticada en el periodo 2004 – 2007 A afiliados a la EPSs Comfamiliar:



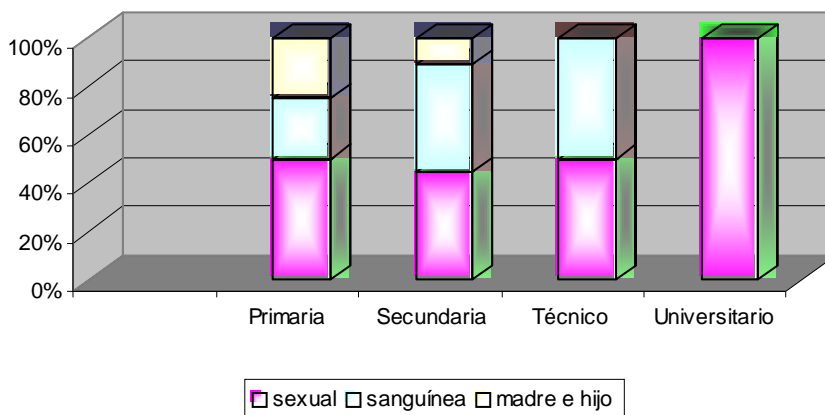
Según la información recolectada se observa, que en el estrato 1 el mayor nivel educativo encontrado fue la secundaria con dos personas en este nivel, y una persona que aprobó hasta primaria.

A pesar de que en el estrato 2 se muestra personas con nivel educativo de primaria y secundaria, existe una persona con nivel técnico. Y en el estrato 3 alcanzó un nivel universitario

**Tabla 35.** Distribución según Nivel Educativo y las Vías De Transmisión que esta Informada en las persona con VIH- SIDA diagnosticada en el periodo 2004 – 2007 A afiliados a la EPSs Comfamiliar:

	Sexual	Sanguínea	Madre e hijo
Primaria	2	1	1
Secundaria	4	4	1
Técnico	1	1	
Universitario	1		

**Grafico 33.** Distribución según Nivel Educativo y las Vías De Transmisión que esta Informada en las persona con VIH- SIDA diagnosticada en el periodo 2004 – 2007 A afiliados a la EPSs Comfamiliar:



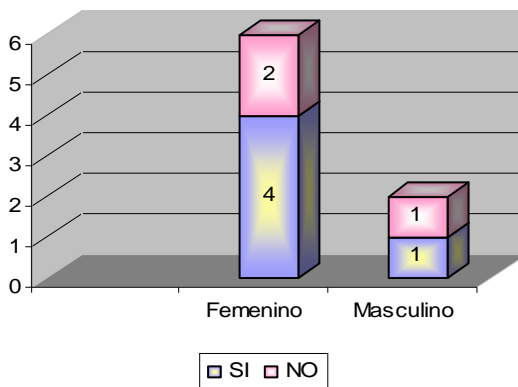
En la información obtenida sobre el nivel educativo y conocimientos sobre vías de transmisión muestra que aun siendo la primaria un nivel educativo básico, las personas conocen los mecanismos de transmisión del VIH/SIDA, lo cual indica que la información la reciben de otros medios de comunicación (TV; Radio, Periódicos, Amigos, entre otros). En la secundaria igualmente conocen las vías de transmisión y es atribuible a la educación adquirida en este nivel más la información recibida por otros medios.

**Tabla 36.** Distribución según Género con la Sinceridad de la Pareja de las persona con VIH- SIDA diagnosticada en el periodo 2004 – 2007 A afiliados a la EPSs Comfamiliar:

GENERO/ SINCERIDAD PAREJA	SI	NO
Femenino	4	2

Masculino	1	1
-----------	---	---

**Grafico 34.** Distribución según Género con la Sinceridad de la Pareja de las persona con VIH- SIDA diagnosticada en el periodo 2004 – 2007 A afiliados a la EPSs Comfamiliar:

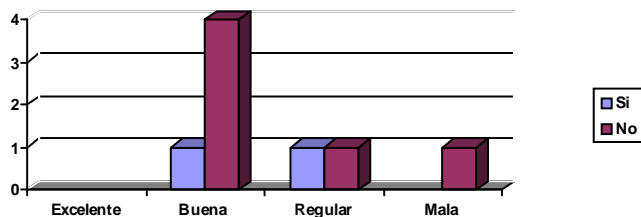


Dos de las personas que respondieron no ser sinceras, conviven con su pareja, y explican el miedo que sienten de ser rechazadas por estas, por lo tanto prefieren llevar su diagnóstico en silencio, además no usan preservativo. El otro usuario no tiene pareja estable, y aunque no da a conocer su Diagnóstico, si dice usar preservativo.

**Tabla 37.** Distribución según Atención oportuna y la Calidez de la Atención a las persona con VIH- SIDA diagnosticada en el periodo 2004 – 2007 A afiliados a la EPSs Comfamiliar:

ATENCIÓN OPORTUNA	CALIDAD DE LA ATENCIÓN			
	Excelente	Buena	Regular	Mala
SI	0	1	1	0
NO	0	4	1	1

**Grafico 35.** Distribución según Atención oportuna y la Calidez de la Atención a las persona con VIH- SIDA diagnosticada en el periodo 2004 – 2007 A afiliados a la EPSs Comfamiliar:





En la información recolectada se encuentra que la atención recibida por parte de la EPS en su gran mayoría no es oportuna ya que el suministro de medicamentos, la asignación de las citas y los procedimientos en general son lentos, pero a pesar de esto la calidez de la atención es descrita como Buena.

Dos personas describen la atención como oportuna y una de ellas la califica como buena, refiriendo que en un comienzo los procesos eran dificultosos, por eso se vieron obligados a llevar a cabo una acción de tutela.

Solo una persona manifestó que la atención era inoportuna y la calidez la definió como mala, expresando motivos ya enunciados.

## **6.4 HALLAZGOS ENCONTRADOS**

### **6.4. 1 Hallazgos Positivos**

- El 100% de los usuarios cuentan con los servicios públicos en sus viviendas.
- El 75% conocían por lo menos dos vías de transmisión del VIH/SIDA.
- El 100% de los usuarios no comparten maquinas de afeitar, no reutilizan la misma aguja y no se realizan tatuajes.
- El 75% conocen y consumen una dieta balanceada, lo cual favorece a llevar un adecuado estado nutricional.
- El 75% no tienen alterado su ciclo de sueño, lo que permite que los usuarios se conserven.
- Todos los usuarios son concientes de la importancia del lavado de manos antes y después de comer e ir al baño, para prevenir enfermedades asociadas.
- La mayoría de las mujeres se realizan periódicamente la citología vaginal, teniendo en cuenta que esto es una prueba de tamizaje y un medio de diagnóstico precoz para detectar enfermedades que afecta en mayor proporción a este grupo de personas.
- Los usuarios reconocen la importancia de no consumir sustancias psicoactivas en beneficio a su salud.

#### **6.4.2 Hallazgos Negativos**

- El 75% comparte su habitación con más de una personas, lo cual predispone a enfermedades oportunistas.
- En la mayoría de los casos los usuarios no consultan por los síntomas presentados asociados a la enfermedad, prefiriendo la automedicación.
- El 25% de los usuarios a pesar de conocer las vías de transmisión del VIH/SIDA, no usan preservativo, no evitan la promiscuidad y no son sinceros con su pareja en el momento de tener relaciones sexuales.
- El 62.5% no realiza ninguna actividad, el 37.5% a pesar de realizar actividad física no tienen establecida una rutina de ejercicios.
- La EPSs Comfamiliar influye de manera significativa en el consumo de los medicamentos de los usuarios, y la asistencia a los controles prescritos demostrándose que el 50% de estos manifiestan estar inconformes con los procesos de suministro de medicamentos y asignación de citas, por tanto no asisten a los controles (o no lo hacen de manera periódica) ni se toman los medicamentos (o los consumen de forma inadecuada).
- Los usuarios reciben información acerca de su enfermedad y de los cuidados respectivos en los controles, pero en su mayoría los usuarios entrevistados no asisten a estos, o si lo hacen es de forma no periódica, por tanto la información no es brindada de forma pertinente.

## 7. DISCUSION

El presente estudio no tiene como base otras investigaciones para comparar los datos obtenidos, por lo cual esta investigación permitió identificar los conocimientos sobre Autocuidado en la persona con VIH/SIDA en un grupo de 8 personas entre 20 y 54 años de edad lo cual confirma las estadísticas oficiales del municipio de Neiva<sup>18</sup> ya que para el año 2006 se reportaron 51 casos de VIH, siendo la edad predominante el rango de 15 – 44 años con 17 casos del sexo masculino y 19 casos del sexo femenino. Por tanto se confirma que es una enfermedad de interés en salud pública ya que una de las razones, es que esta afecta la edad productiva y fértil del ser humano, esto último conlleva a su rápida transmisión. Estas personas pertenecen a la EPSs Comfamiliar del Huila quienes residen en el área urbana de la ciudad de Neiva y son de los estratos socioeconómicos 1,2 y 3, además se obtuvieron los siguientes datos:

En cuanto al nivel de conocimiento, se obtuvo que más de la mitad (62.5%) conocen la vía sexual y sanguínea como medios de transmisión para adquirir el VIH, encontrándose mayor representación en las personas con un nivel educativo básico y que tienen un amplio conocimiento sobre las diferentes formas de transmisión lo cual indica que la información la reciben de otros medios de comunicación como la Televisión, Radio, Periódicos, internet o Amigos, por el contrario la única persona de la muestra que tiene un nivel de educativo universitario desconoce muchas de las diferentes formas por las cuales se puede transmitir el Virus de la Inmunodeficiencia Humana, debido a la poca sensibilización de la mayoría de las personas frente al tema del VIH /SIDA creyendo que esta problemática siempre será ajena a su realidad, por tal motivo no toman las medidas pertinentes para la prevención de la misma.

En lo referente al conocimiento del nombre y dosis de los medicamentos prescritos por el médico se encontró que más de la mitad (62.5%) no recuerdan este aspecto, lo único que recuerdan del tratamiento con exactitud es el horario, lo cual se debe a la falta de interés de los usuarios, mientras que el 37.5% de las personas conocen los aspectos referentes a la medicación (nombre y dosis).

En relación a las prácticas de Autocuidado que realizan las personas con VIH/SIDA se observó que el 75% de las personas comparten la habitación lo cual conlleva a que tengan mayores factores de riesgo y por consiguiente sean más vulnerables a la adquisición de enfermedades oportunistas.

Existe una menor representación de las personas que consultan al médico por síntomas como pérdida de peso, diarrea, náuseas y vómito, fiebre, tos y cefalea,

---

<sup>18</sup> Boletín Epidemiológico Secretaria de Salud Municipal. 2006

lo cual podemos apreciar que la mayoría de los usuarios no asisten al médico por la poca importancia que le dan a estos, creyendo que son síntomas normales de la enfermedad, esto se debe también a las dificultades para ser atendidos en la EPSs por los trámites que deben realizar cada vez que requieren de los servicios de salud (deben solicitar la cita desde horas muy tempranas de la mañana, aproximadamente a las 2-3 am ya que las fichas que se reparten son pocas), además la mayoría de las personas de la muestra son de estrato socioeconómico 1 y 2 lo que dificulta la asistencia de las personas a la EPSs cada vez que presenten estos síntomas por la falta de dinero para movilizarse a estas horas de la mañana.

En cuanto a las prácticas que realizan las personas para evitar el contagio del VIH a otras personas se observó que el 100% de la muestra no comparten máquinas de afeitar, agujas utilizadas por otros, agujas para tatuarse y evitan la lactancia materna en los casos en que se aplique, se obtuvo además que un alto porcentaje de la muestra (87.5%) cuentan con elementos de aseo personal para su uso exclusivo sin embargo estas prácticas que favorecen su autocuidado pueden haber sido adoptados conciente o inconcientemente como factores protectores debido a las concepciones culturales o circunstanciales, evitando así las enfermedades e infecciosas oportunistas. Se observó también que el 25% de la muestra sostienen relaciones sexuales con personas distintas a su pareja, y que estas mismas personas no utilizan preservativo al momento del coito y esto tal vez se deba al hecho de concebir el uso del condón como una actitud de desconfianza por parte de su pareja o porque creen que se pierde la sensibilidad al usarlo, lo que se convierte en un factor de riesgo para la proliferación de esta enfermedad y para adquirir otras ITS.

En lo referente a la alimentación es apreciable que un alto porcentaje de la muestra (75%) tienen hábitos alimenticios saludables, dentro de las actividades más indispensables para llevar a cabo el autocuidado, es una dieta balanceada con las cantidades de nutrientes apropiadas, consistente en alimentos frescos y variados, lo cual permite obtener una óptima construcción, manutención, reparación de células y tejidos, y de un buen funcionamiento del sistema inmunológico, lo cual corrobora que llevar una dieta diaria equilibrada se puede adoptar como un factor protector al igual que el hábito de realizar actividad física en la semana la cual es realizada por solamente 37.5% del total de la muestra, por el contrario más de la mitad de la muestra (62.5%) no realiza ningún tipo de actividad física en la semana. En cuanto al lavado de manos antes de comer y después de ir al baño es representativo ya que todas las personas de la muestra siguen esta conducta. También se observó que de las 6 mujeres participantes en el estudio, un alto porcentaje (83.3%) si se realizan la citología anualmente siguiendo de esta forma el esquema propuesto por el Ministerio de la Protección Social, sin embargo el 12.5% de las mujeres no siguen el esquema indicado para la toma de la citología, o no se la toman tal vez por los tabúes o concepciones moralistas que tienen las mujeres a exponer sus genitales a otra persona,

situación que producen en ellas vergüenza impidiendo de esta manera la realización de esta prueba.

En lo que respecta a la autoadministración de los medicamentos según prescripción médica el 50% de la muestra si realizan esta práctica mientras que la otra mitad refieren que no se toman los medicamentos debido a que su carga viral aún se encuentra en límites normales, por temor a que sus familias se enteren de la enfermedad y sean rechazados, su estado de salud se encuentra estable, algunos se niegan a iniciar el tratamiento y otros los toman al inicio del Diagnóstico, pero luego los suspenden al sentir que los efectos adversos son muy fuertes afectando su cotidianidad. De las personas que actualmente están tomando los medicamentos la mitad refiere hacerlo de forma continua, mientras los restantes aunque toman los medicamentos no lo hacen de forma correcta porque el suministro de estos es muy demorado y por ende suspenden de forma temporal el tratamiento.

Respecto a los controles prescritos se encontró que el 25% lo realiza mensualmente que es lo indicado, un 25% asiste a los controles esporádicamente debido a la falta de tiempo ya que son personas que trabajan de tiempo completo y por el proceso para asignar las citas es lento. Del 50% restante de las personas que no asisten a los controles, dos manifiestan que no lo hacen por las causas mencionadas anteriormente. Y las dos personas restantes no asisten a los controles ya que no desean iniciar o seguir en tratamiento.

En lo relacionado a las personas de quien obtuvieron la información a cerca del autocuidado de la enfermedad un porcentaje representativo (75%) recibieron información por parte del médico con entrenamiento en VIH, por consiguiente no se cumple lo establecido por el Ministerio de la Protección Social<sup>19</sup> en el cual debería existir una participación multidisciplinaria de los profesionales de la salud, a los cuales les corresponde impartir una educación continua sobre autocuidado a las personas que viven con VIH/SIDA.

Por ultimo se puede decir que aunque todas las personas que participaron del estudio han recibido alguna información sobre autocuidado continúan realizando prácticas que desfavorecen su estado de salud por lo que es importante evaluar la calidad de la información impartida por los profesionales de la salud y también esta situación se podría explicar desde el contexto cultural en el que se han formado estas personas, en donde el valor del cuidado de la salud no es interiorizado como guía de sus hábitos cotidianos.

---

<sup>19</sup> Manual de Normas Técnicas y Guías de atención Integral Serie de documentos Técnicos 018 de 2000 del Ministerio de la protección social, anexa a la Resolución 412 de 2000.

## 8. CONCLUSIONES

- Aunque es bueno el nivel de conocimientos de las personas que viven con VIH/SIDA pertenecientes a la EPSs Comfamiliar del Huila y que residen en el área urbana de la ciudad de Neiva, estos continúan realizando prácticas que pueden afectar negativamente su situación de salud.
- El 25% de las personas encuestadas expresaron ser promiscuos, no usar el preservativo y no ser sinceros con su pareja en el momento de tener relaciones sexuales, lo que pueden afectar de forma significativa su salud o peor aun seguir aumentado la cadena de transmisión del VIH en el Huila.
- La información que han recibido las personas con VIH/SIDA no ha sido de un equipo inter o multidisciplinario, sino únicamente del médico con entrenamiento en VIH. La otra parte de educación sobre la enfermedad y sus cuidados las personas lo hacen de forma independiente a través de los diferentes medios de comunicación
- No hay accesibilidad, ni oportunidad en el momento de asignación de citas, ocasionando incumplimiento de los controles.
- La falta de oportunidad en el suministro de los medicamentos con lleva a la no continuidad y adherencia al tratamiento.
- No existe un equipo interdisciplinario en la EPSs Comfamiliar del Huila, que permita la atención integral y el seguimiento de los usuarios con VIH con respecto a su autocuidado.
- De acuerdo a la normatividad en VIH/SIDA la EPSs no cumple lo acordado con las competencias y recurso humano en el área de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
- Solo los conocimientos no pueden llevar a buenas prácticas de autocuidado, si todo un sistema de salud brinda de manera inadecuada los servicios mínimos de forma oportuna y eficaz, para la contribución de la realización de cada una de estas practicas

## RECOMENDACIONES

- ✓ Realizar estudios complementarios para obtener mayor conocimiento sobre las prácticas que realizan cada uno de los usuarios que viven con VIH/SIDA de la EPSs Comfamiliar acerca del autocuidado.
- ✓ Indagar sobre los factores socioculturales que influyen en la realización de las prácticas que aumentan los factores de riesgo para contagiar la enfermedad a otras personas o para declinar el estado de salud de estas personas
- ✓ Valorar y hacer seguimiento ojala del equipo completo en cada consulta de las prácticas de autocuidado que realizan las personas con esta enfermedad, los factores de riesgo y los factores protectores.
- ✓ Educar a las personas con VIH/SIDA sobre la importancia del autocuidado, del fomento y fortalecimiento de factores protectores y la disminución de factores de riesgo que puedan afectar negativamente la situación de salud de las personas con esta enfermedad.
- ✓ Agilizar los procesos administrativos para la solicitud de las citas ya sea para consulta médica o para los controles mensuales, exámenes de laboratorio o adquisición de medicamentos prescritos para garantizar la continuidad de los controles y la adhesión al tratamiento.
- ✓ Garantizar que sea en conjunto el equipo multidisciplinario quien brinde la información y el monitoreo sobre el VIH/SIDA y el autocuidado que deben tener estas personas para contribuir en el mantenimiento del estado de salud.
- ✓ Sensibilizar a las instituciones de salud sobre la importancia de la prevención primaria como estrategia útil para generar cambios positivos en el estilo de vida de las personas especialmente a aquellas en edad reproductiva, dando a conocer la importancia del uso del condón, evitar la promiscuidad, entre otras.
- ✓ Además sensibilizar durante las consultas a las personas que viven con VIH/SIDA sobre la importancia de no contagiar a otras personas.

## BIBLIOGRAFIA

BRUNNER y SUDDARTH. Enfermería medicoquirurgica. Editorial Mc Graw Hill Interamericana. Octava edición. 2002. p. 1524-1558.

QUINTANA F, Sonia. CONOCIMIENTOS DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE CON VIH/SIDA. México. 2002.

DE CANALES, Francisca y otros. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN, Manual para el Desarrollo del Personal de Salud. Noriega Editores. México.1997.

PROGRAMA DE LAS NACIONES UNIDAS SOBRE EL VIH/SIDA (ONUSIDA), ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). Situación de la Epidemia de SIDA, ONUSIDA/OMS. Versión 2005.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS), ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS), en colaboración con el ONUSIDA y la **International Association of Physicians in AIDS Care (IAPAC)**. Atención Integral por Escenarios de Atención y Niveles, pautas de atención integral para personas que viven con VIH/SIDA de las Américas. Informe Resumido. 2002.

PLAN NACIONAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DEL SIDA, Programas de Educación Permanente Republica de Colombia. Ministerio de Salud. Manual de Conductas Básicas. 2002.

INFECCIÓN DE VIH/SIDA EN COLOMBIA. Aspectos Fundamentales, Respuesta Nacional por Situación Actual, un balance Histórico hacia el Nuevo Siglo. Ministerio de Salud de Colombia, Dirección General de Promoción y Prevención, programa de prevención y control de las ETS y SIDA. Santa Fe de Bogotá.1999.

LIZCANO, Sonia et al. ACTITUD DE LAS PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIH DE LA CIUDAD DE NEIVA FRENTE AL TRATAMIENTO ANTIRETROVIRAL. Neiva. 2004.

CORTES P, Diana et al. INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN DE PACIENTES CON VIH/SIDA HOSPITALIZADOS EN LA UNIDAD DE INFECTOLOGÍA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO DE NEIVA. 2005.

GUIA DE ATENCIÓN DE VIH/SIDA la cual hace parte de la resolución 00412 del 2000 tomado de <http://www.saludcolombia.com/actual/html/normal/VIHSIDA>



CAZENAVE G, Angelica y FERRER S, Ximena. CUIDADOS DE LA PERSONA ENFERMA Y SU FAMILIA. 2003 tomado de <http://www.puc.cl/enfermeria/html/produccion/cientifica.html>

DOROTEA OREM. TEORIA DEL AUTOCUIDADO tomado de <http://www.terra.es/personal/duenas/teorias3.htm>

TEORIA DEL AUTOCUIDADO, DOROTEA OREM tomado de [www.cpimtz.sld.cu/revista%20medica/ano%202005/vol1%202005/tema05.htm](http://www.cpimtz.sld.cu/revista%20medica/ano%202005/vol1%202005/tema05.htm)

# ANEXOS

**Anexo A. Consentimiento Informado**

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Historia Clínica \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Yo \_\_\_\_\_ identificado con C.C. No \_\_\_\_\_ o quien me representa \_\_\_\_\_ identificado con C.C. No \_\_\_\_\_ verifico que he sido informado de los objetivos de la investigación “CONOCIMIENTOS Y PRACTICAS DE AUTOCUIDADO QUE REALIZA LA PERSONA CON VIH-SIDA DIAGNOSTICADOS EN EL PERIODO DE 2004-2007 A AFILIADOS A LA EPSs COMFAMILIAR DEL HUILA RESIDENTES EN EL ÁREA URBANA DE LA CIUDAD DE NEIVA”, que esta contempla actividades de revisión de mi historia clínica, seguimiento y valoración de mi estado de salud y que la información será utilizada de forma estrictamente confidencial con fines académicos, y que no existe ningún riesgo para mi, mi familia o para el grupo de investigación, que tengo derecho a recibir información completa sobre los interrogantes que presente sobre la misma y que podré retirarme en el momento que lo desee sin perjuicio para mi persona.

Firman:

\_\_\_\_\_  
C.C.  
USUARIO

\_\_\_\_\_  
C.C.  
TESTIGO

## Anexo B. Cuestionario Autodilucidado

### CONOCIMIENTOS Y PRACTICAS DE AUTOCUIDADO QUE REALIZA LA PERSONA CON VIH – SIDA DIAGNOSTICADOS EN EL PERIODO 2004 – 2007A AFILIADOS A LA EPSs COMFAMILIAR DEL HUILA RESIDENTES EN EL AREA URBANA DEL MUNICIPIO DE NEIVA.

El siguiente test tiene como objetivo relacionar que conocimientos tiene la persona con VIH/SIDA sobre su autocuidado y su aplicación en la vida diaria. Los datos proporcionados por los encuestados no serán publicados por ningún medio de comunicación asegurando la total confidencialidad. Éstos serán utilizados solamente para fines de investigación.

A continuación encontrará una serie de preguntas, que pueden tener múltiples opciones de respuesta; la cual debe marcar con una X; o preguntas abiertas que requieren describir con mayor detalle, por favor relate su opinión.

**FECHA:** \_\_\_\_\_

#### I. Información General

1. Edad: \_\_\_\_\_
2. Genero: Masculino \_\_\_\_\_ Femenino \_\_\_\_\_
3. Estado civil:  
Soltera(o) \_\_\_\_\_  
Casada(o) \_\_\_\_\_  
Separada(o) \_\_\_\_\_  
Viuda (o) \_\_\_\_\_  
Unión libre \_\_\_\_\_
4. La casa en la que vive es:  
Propia \_\_\_\_\_  
Arrendada \_\_\_\_\_  
Compartida \_\_\_\_\_  
Otra? \_\_\_\_\_ Cual? \_\_\_\_\_
5. Estrato Socioeconómico: 1 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_ 3 \_\_\_\_\_ 4 \_\_\_\_\_ 5 \_\_\_\_\_ 6 \_\_\_\_\_
6. Nivel educativo:  
Primaria \_\_\_\_\_ Ninguno: \_\_\_\_\_  
Secundaria \_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_ Cual: \_\_\_\_\_  
Técnico \_\_\_\_\_  
Universitario \_\_\_\_\_

#### II En relación con la Calidad de Vida

1. Ocupación:  
 Empleado \_\_\_\_\_ Pensionado: \_\_\_\_  
 Independiente \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_ Cual? \_\_\_\_\_  
 Desempleado \_\_\_\_\_  
 Hogar: \_\_\_\_\_
2. Grupos sociales a los que pertenece actualmente: \_\_\_\_\_
3. Cuáles de los siguientes servicios públicos tiene su vivienda?  
 Agua \_\_\_\_\_  
 Alcantarillado \_\_\_\_\_  
 Luz \_\_\_\_\_  
 Gas \_\_\_\_\_
4. Comparte su habitación?  
 Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
5. Cuenta con un lugar específico para la disposición de basuras y residuos?  
 Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

### III. En relación con la enfermedad

1. Con cuáles de los siguientes síntomas consulta al médico:
- Pérdida de peso \_\_\_\_\_
  - Diarrea \_\_\_\_\_
  - Náuseas y vomito \_\_\_\_\_
  - Fiebre \_\_\_\_\_
  - Tos \_\_\_\_\_
  - Cefalea \_\_\_\_\_
  - Otros \_\_\_\_\_
- Cuáles? \_\_\_\_\_

### IV En relación con el Autocuidado

1. ¿Qué tipo de pruebas de laboratorio se realiza actualmente?
- CD4 \_\_\_\_\_  
 Carga viral o PCR \_\_\_\_\_  
 Otros \_\_\_\_\_  
 En caso de indicar otros, especifique \_\_\_\_\_  
 Ninguna: \_\_\_\_\_
2. Cuales de estas vías de transmisión del VIH usted conoce?  
 Sexual \_\_\_\_\_ Madre e hijo: \_\_\_\_  
 Sanguínea \_\_\_\_\_ Otra \_\_\_\_\_ Cual: \_\_\_\_
3. Cual de las siguientes prácticas usted realiza?

- No compartir máquinas de afeitar \_\_\_\_\_
- No reutilizar la misma aguja y jeringa que fue usada por otra persona \_\_\_\_\_
- No Utilizar agujas no esterilizadas para hacerse tatuajes o piercing \_\_\_\_\_
- Usar preservativo \_\_\_\_\_
- Evitar la promiscuidad (mas de dos compañeros sexuales al año) \_\_\_\_\_

5. Es sincero con su pareja al tener relaciones sexuales?

SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_

6. Tiene usted hábitos alimenticios saludables?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Su dieta habitual esta conformada por (describa): \_\_\_\_\_

7. Cuántas veces a la semana realiza alguna actividad física? \_\_\_\_\_

8. Cuantas Horas diarias Duerme? \_\_\_\_\_

9. Se lava las manos antes y después de comer e ir al baño?

SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

11. Se realiza citologías vaginales?

SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Con que frecuencia?

Siempre \_\_\_\_\_ Rara vez \_\_\_\_ Casi nunca \_\_\_\_  
 Algunas veces \_\_\_\_\_ Nunca \_\_\_\_\_

12. Se realiza autoexamen de Seno o testículos?

SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Con que frecuencia?

Anualmente? \_\_\_\_

2-.3 años? \_\_\_\_

O mas? \_\_\_\_

13. Cuenta con elementos de aseo personal para uso propio?

SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

14. Se toma usted todos los medicamentos ordenados por el medico?

SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

15. conoce usted el nombre y la dosis del medicamento que recibe?

SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

16. Se autoadministra los medicamentos?

SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Si la respuesta es negativa, especifique quien (y parentesco): \_\_\_\_\_

17. Asiste a los controles preescritos?

SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

18. ¿De quien obtuvo información acerca del autocuidado de su enfermedad en los últimos 2 años?

Infectologo \_\_\_\_\_  
Internistas \_\_\_\_\_  
Medico con entrenamiento en VIH \_\_\_\_\_  
Médicos generales \_\_\_\_\_  
Enfermería \_\_\_\_\_  
Trabajadores sociales \_\_\_\_\_  
Ninguno \_\_\_\_\_  
Otros, especifique \_\_\_\_\_

### V. En relación con el aspecto biosicosocial de la persona

1. Ha mejorado su estado de salud con el tratamiento?

SI\_\_ NO\_\_

2. Como ha sido su situación emocional después de conocido el diagnostico?

Triste \_\_\_ Deprimido \_\_\_ Ansioso \_\_\_ Indiferente \_\_\_

3. Consume sustancias psicoactivas?

SI\_\_ NO\_\_ Cuales:

Alcohol \_\_\_

Marihuana \_\_\_

Basuco \_\_\_

Cocaína \_\_\_

Heroína \_\_\_

Extasis \_\_\_

Crash \_\_\_

Otra: \_\_\_ Cual? \_\_\_\_\_

Con que frecuencia?

Siempre \_\_\_ Algunas veces \_\_\_ Casi nunca \_\_\_ Nunca \_\_\_

Rara vez \_\_\_

### VI En relación con La familia

1. Con Quien vive Actualmente: Sólo \_\_\_\_\_

Esposa \_\_\_\_\_

Esposa e Hijos \_\_\_\_\_

Hijos \_\_\_\_\_

Otro \_\_\_\_\_

Cuál? \_\_\_\_\_

2. Las relaciones familiares son:

Excelentes \_\_\_

Buenas \_\_\_

Regulares \_\_\_

Malas \_\_\_

3. Cuales de estos recursos utilizan para la resolución de conflictos?

Apoyo Emocional \_\_\_\_ Apoyo de la Familia extensa \_\_\_\_ Dialogo\_\_\_\_  
Ninguno \_\_\_\_

4. Después de recibido su Diagnostico cuenta con un cuidador principal?

SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_ ¿Cuál? \_\_\_\_\_

### **VII En relación con el equipo de Salud**

1. ¿Su EPS le enseña acerca de:

\_\_\_\_ VIH/SIDA?

\_\_\_\_ Sexo seguro?

\_\_\_\_ Enfermedades de transmisión sexual?

\_\_\_\_ Uso de drogas?

\_\_\_\_ Otros temas relevantes al VIH/SIDA? (Por favor describa)

2. La información brindada es clara?

SI\_\_ NO\_\_

3. La información brindada es continua?

SI\_\_ NO\_\_

4. Cuando usted requiere de atención en salud, esta es oportuna?

SI\_\_ NO\_\_

5. Como le parece la atención en salud?



Excelente \_\_\_\_

Buena \_\_\_\_

Regular \_\_\_\_

Mala \_\_\_\_

**6.** El suministro de los medicamentos es oportuno?

SI\_\_

NO\_\_

### **Anexo C. Entrevista Semiestructurada**

- ▶ Que conocimientos tenía acerca del VIH antes de su diagnóstico?
- ▶ Que conocía usted acerca de la prevención del VIH-SIDA antes de conocer su Diagnóstico?
- ▶ Que sintió cuando le diagnosticaron VIH?
- ▶ Como afecta este diagnóstico (VIH) en sus actividades de vida cotidiana?
- ▶ Como influye el diagnóstico (VIH) en sus relaciones interpersonales?
- ▶ Como ha sido el proceso de adaptación en los cambios que genera el VIH y que recursos ha utilizado?
- ▶ Quien le informo su diagnóstico (VIH) y de que manera se lo comunicaron?
- ▶ Como fue su reacción al conocer esta información?
- ▶ Cual fue la actitud de su familia al conocer el diagnóstico?
- ▶ Que tratamiento para el VIH conocía antes de conocer el Diagnóstico?
- ▶ Fue tomado en cuenta su opinión para el inicio de su tratamiento?
- ▶ Después de conocido su diagnóstico, inició inmediatamente su tratamiento o cuanto tiempo tardó y por qué?

**Anexo D. Manual de Autocuidado para la Persona con VIH/SIDA**



# VIHVO POSITIVO



# VIHVO POSITIVO



ANDREA CAMPUZANO CONDE  
BETSY PAOLA RIVERA FRANCO  
CLAUDIA LORENA MOTTA ROBAYO  
INGRID YOLERCY TROCHE GUTIERREZ  
WILLIAM GONZALEZ SANCHEZ

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA  
FACULTAD DE SALUD  
PROGRAMA DE ENFERMERIA  
NEIVA  
2007

# PROLOGO

El VIH/SIDA es una enfermedad compleja, debido a su largo período de evolución y a las diferentes situaciones sociales, clínicas y anímicas que tiene que afrontar la persona con este diagnostico, así como las complicaciones sociales y las características de determinados grupos de población, especialmente afectados.

El propósito de este manual es orientar a las personas con VIH/SIDA mediante un lenguaje claro y sencillo a comprender el proceso relacionado con la enfermedad, su tratamiento físico, social y psicológico, manejar y/o prevenir adecuadamente las posibles complicaciones, y brindar conocimientos de autocuidado motivando a la práctica de dicha información, con el fin de mejorar y mantener una calidad de vida apropiada.

Al tiempo que sirve de guía, puede constituirse en un elemento educativo para la familia del usuario y otras personas de la comunidad que deseen consultarlo.

# INTRODUCCIÓN

Este manual es una herramienta fundamental para aclarar, y entender aspectos fundamentales sobre el proceso del VIH/SIDA.

La temática abarcara la información básica sobre la infección por VIH y su diferenciación con el SIDA, comprender la importancia y la necesidad del cumplimiento de los controles, las pruebas de laboratorio, las recomendaciones y el tratamiento individual dadas por el equipo de salud, que ayudaran a controlar de mejor manera la infección, el manejo de las emociones ante el diagnóstico, además conocer el Autocuidado integral de la salud para vivir mejor y reconocer los derechos y deberes para que sean respetados.

Se espera que al consultar el manual se tenga una orientación oportuna que enfoque los aspectos biosicosociales del ser humano, reafirmando la autoestima, y se valore los derechos que ayudaran al afrontamiento eficaz y responsable de la enfermedad, disminuyendo el rechazo social y propio del individuo.

# OBJETIVOS

- Mejorar la calidad de vida del usuario a través de la realización oportuna de prácticas de Autocuidado.
- Entregar a los usuarios un apoyo técnico-científico adecuado que permita entender el proceso de la enfermedad, su tratamiento y posibles complicaciones.
- Disminuir la presencia de complicaciones durante el proceso patológico.
- Concientizar a los usuarios de la importancia de evitar la transmisión del VIH.
- Identificar el manejo adecuado de las emociones que con lleva el diagnóstico de VIH.
- Fomentar en los usuarios el conocimiento y respeto por los derechos y deberes correspondientes a su diagnóstico.



# TEMA I

INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE  
LA INFECCIÓN POR VIH

CON ESTO NO SE JUEGA

# INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE LA INFECCIÓN POR VIH

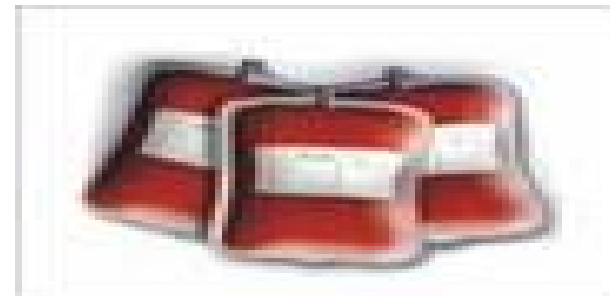
## Que es el VIH?

Es una infección vírica causada por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) perteneciente a la familia de los RETROVI RUS que destruye en forma gradual el sistema inmune (el VIH prefiere usar células CD4, que son llamadas células T.), causando infecciones difíciles de combatir para el cuerpo.



# Como Se Transmite el VIH?

- A través de las relaciones sexuales no protegidas (vía vaginal, anal).
- Durante el embarazo o parto (la gestante se lo puede transmitir al bebe).
- La Lactancia Materna
- Por utilizar la misma aguja, jeringa, máquina de afeitar u otro objeto que haya estado en contacto con el virus.
- Transfusiones Sanguíneas con el Virus De Inmunodeficiencia Humana



## **Vías por las cuales no se Transmite el VIH?**

No se transmite al tocar, abrazar o darle la mano a una persona infectada, al toser, estornudar, dar besos, compartir vasos y platos, o tocar inodoros o picaportes. Los animales domésticos y los insectos que pican, como los mosquitos, no transmiten el virus, ni al donar sangre. Ya que para cada donante se usa una aguja nueva.

## **Quienes pueden contraer el VIH?**

Cualquier persona puede contraer la infección por VIH, ya que este virus no respeta edad, sexo, religión ni condición socio-económica. Pero hay quienes están en mayor riesgo de infectarse, como:

- Los que mantienen contacto sexual sin usar preservativo (a veces basta con una sola relación sexual sin protección para infectarse).
- Los consumidores de drogas y alcohol, ya que en estado de embriaguez y/o intoxicación por drogas, no piensan en protegerse con preservativos comparten sus jeringas y agujas con otras personas que pueden tener el VIH.
- Los bebés pueden nacer con el virus si su madre está infectada.
- Es posible infectarse al recibir una transfusión de sangre infectada, pero el riesgo de esto es muy bajo, ya que a toda la sangre donada se le hacen pruebas para ver si contiene VIH.

- Aquellas personas que comparten agujas o maquinillas de afeitarse con sangre.

## Como se Diagnostica el VIH?

Mediante un simple análisis de sangre, llamado ELISA, se puede determinar si está infectado con VIH. El cuerpo reacciona al VIH produciendo anticuerpos dentro de un período de 2 a 8 semanas después de la exposición. La prueba muestra si tiene estos anticuerpos en la sangre. Si los tiene, quiere decir que está infectado. Es posible que se obtenga un resultado negativo a pesar de estar infectado con el VIH porque los anticuerpos contra el VIH pueden tardar 12 semanas o más en aparecer lo que se conoce como ventana inmunológica. Por consiguiente, si se obtiene un resultado negativo de la prueba, se tendrá que volver a realizar una prueba de seguimiento. Por el contrario los resultados positivos de Elisa se confirman con la prueba de Western Blot que detecta la presencia de anticuerpos antiVIH de manera más específica.

# Como Evolucionan el VIH en el Organismo?

Se presentan diferentes etapas:

- \* PRIMERA ETAPA: Llamada también periodo ventana. Cuando el VIH ingresa a nuestro organismo podemos presentar algunas molestias que duran de 1 a 2 semanas, como por ejemplo: fiebre, dolores musculares y de huesos, inflamación de los ganglios, faringitis, úlceras en la boca, manchitas en la piel, diarrea, entre otros.
- \* SEGUNDA ETAPA: Llamada también asintomática. No se presentan molestias y puede durar muchos años.
- \* TERCERA ETAPA: Es aquella en la que aparecen las primeras infecciones oportunistas.
- \* CUARTA ETAPA: Es la que se define como SIDA. El SIDA es una etapa avanzada de la infección, donde las infecciones oportunistas son más frecuentes; pudiendo aparecer cánceres como Sarcoma de Kaposi, linfomas, etc.

# Qué es el SIDA?

La palabra SIDA significa:

- \* SÍNDROME: Conjunto de manifestaciones (signos y síntomas) que caracterizan a una enfermedad.
- \*\* INMUNO: Se refiere al Sistema Inmunológico encargado de defender nuestro cuerpo de las enfermedades.
- \*\* DEFICIENCIA: Indica que el sistema de defensas no funciona o funciona incorrectamente.
- \*\* ADQUIRIDA: No se hereda, es transmitida de una persona a otra a través de las vías antes mencionadas.

# Cuándo se convierte en SIDA?

Nadie puede saberlo, pueden pasar muchos años para que lleguemos a este estado. Todo depende de la agresividad del virus, de cuán resistente y preparado esté nuestro cuerpo y de los cuidados que tengamos; y ahora que se cuenta con los medicamentos antirretrovirales (ARV), este plazo puede alargarse aún más.



# TEMA II

PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO

CON ESTO NO SE JUEGA



## ¿Qué es el autocuidado?

El autocuidado es una actividad aprendida con los individuos, orientada hacia un objetivo, es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigidas por las personas sobre si mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afecten a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud y bienestar.

Es importante ya que permite al ser humano responsabilizarse de si mismo, lo que favorece el mantenimiento de la salud.

## **Prácticas de Autocuidado necesarias en la persona con VIH?**

Fundamentalmente se debe tener en cuenta la salud sexual y reproductiva, alimentación, higiene personal, sueño y descanso físico y mental.

# **SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA**

Much@s diagnosticad@s con el VIH/SIDA creen no poder continuar con su vida sexual, pero se debe tener en cuenta que la sexualidad es un derecho de todo ser humano, y que junto con este derecho viene un deber, una responsabilidad, que es vivirla de una manera segura, para así disminuir el riesgo de reinfectarse (es decir que entre más virus a la sangre), reinfectar a la pareja (si también es seropositiva) o transmitir el virus a la pareja sexual (si no tiene el VIH).

## **SEXO SEGURO Y PLACENTERO**

1. A través de la masturbación lo cual traerá placer, esto no provocara ningún trastorno.
2. Caricias con la pareja (besos, abrazos, caricias, juegos sexuales, masturbación mutua).
3. Teniendo relaciones sexuales con preservativo. Los preservativos tienen una seguridad de protección de alrededor del 90% si son correctamente utilizados y en todas las relaciones sexuales, representan el medio mas eficaz para evitar la transmisión del VIH por la vía sexual (OMS).

## USO CORRECTO DEL PRESERVATIVO

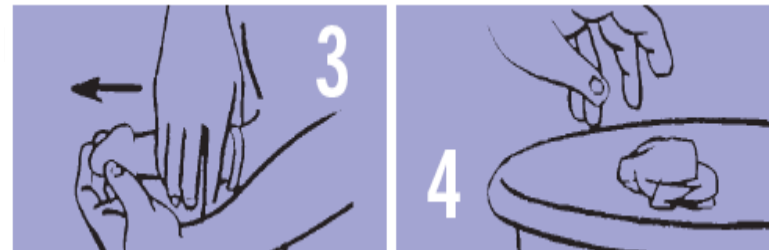
1. Verificar fecha de vencimiento y estado del preservativo (empaquete integro). Extraer el preservativo con cuidado de no dañarlo con uñas, dientes u objetos corto-punzantes.

2. Colocar el preservativo sobre la punta del pene erecto sin desenrollarlo. Sujetar la punta del preservativo para que cuando se comience a desenrollar no quede aire dentro de él. Luego de expulsar el aire comenzar a desenrollarlo hasta que cubra todo el pene. No retirar el preservativo si la relación va a continuar.



3. Luego de la eyaculación, antes que el pene pierda erección retirar el preservativo de la vagina o del ano.

4. Una vez retirado desecharlo a la



### **RECOMENDACIONES:**

- 1. Comprar el preservativo o condón en un lugar de garantía (farmacia) ya que en otros lugares puede estar en malas condiciones (roto, vencido, seco, etc.).*
- 2. Usar un nuevo preservativo en cada relación sexual, ya sea oral, vaginal o anal.*
- 3. Al terminar la relación sexual, es recomendable retirar el preservativo, y no amarrarlo; es mejor envolverlo con papel higiénico y arrojarlo al cesto de basura para evitar tener contacto con las secreciones (semen o secreción vaginal).*
- 4. No guardar los preservativos en la billetera, por que se altera su conservación.*

## **Decisión de ser padres:**

La maternidad y paternidad para cualquier persona es un derecho y conlleva a una gran responsabilidad, y siendo seropositivo para VIH se debe tener en cuenta que existe el riesgo de transmitir el VIH al bebé durante el embarazo, en el momento del parto, o durante la lactancia, la posibilidad de que el niño o niña nazca con complicaciones o presente efectos secundarios producto de los medicamentos tomados durante el embarazo, la probabilidad de que ese niño o niña quede solo(a) y desprotegido(a) tras el fallecimiento de sus padres.

## DERECHOS Y DEBERES DE LA MADRE CON VIH

### DERECHOS:

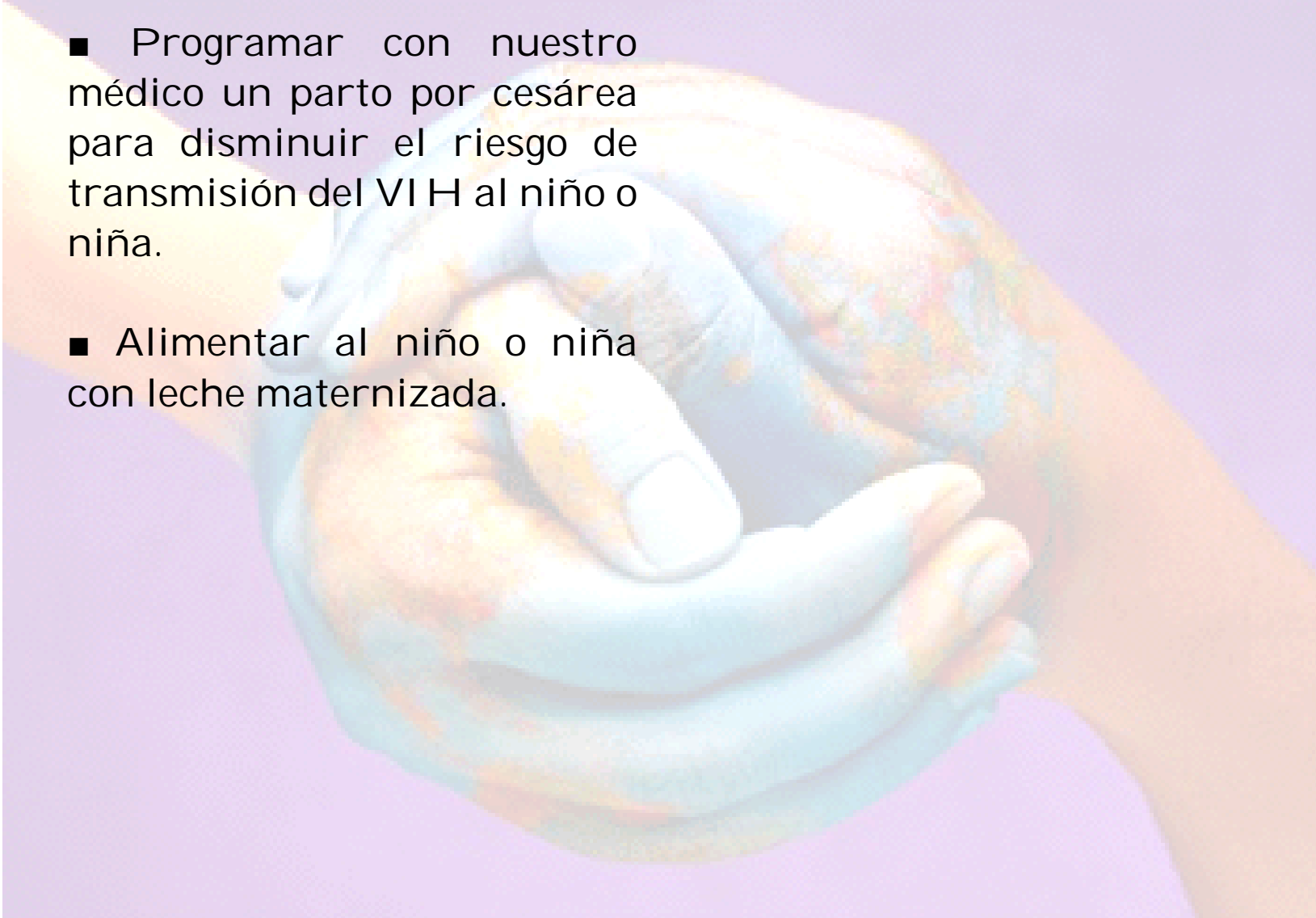
- Brindar atención integral a la mujer gestante, que comprende los controles pre y post natales, orientación e información, y tratamiento antirretroviral gratuito a la madre y al niño por igual.
- Entregar leche maternizada para alimentar al niño o niña.

- Hacerle la prueba de ELISA al niño o niña gratuitamente, hasta cuando éste cumpla los 18 meses de edad para descartar que sea seropositivo para VIH.

### DEBERES:

- Acudir a los controles prenatales en forma regular y cumpliendo con el tratamiento con medicamentos para el VIH que indique el médico.

- Programar con nuestro médico un parto por cesárea para disminuir el riesgo de transmisión del VIH al niño o niña.
- Alimentar al niño o niña con leche maternizada.



# ALIMENTACIÓN

## ¿Por qué es importante la alimentación?

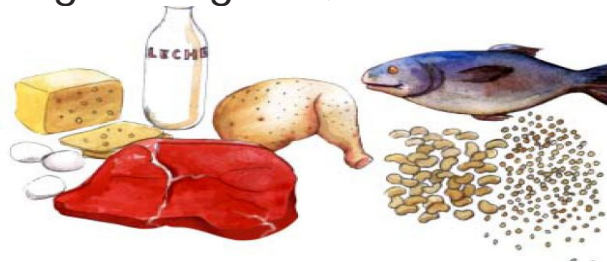
Permite mejorar las defensas, tolerar y responder mejor a los tratamientos médicos, y conservar energía y peso.

## ¿En qué consiste una buena alimentación?

Consiste en comer todos los alimentos que el cuerpo necesita, pero de forma balanceada.

Para mantenernos saludables se debe consumir diariamente alimentos de los diferentes grupos que se presentan a continuación:

- 1. Alimentos ricos en proteínas:** Ayudan a mantener los músculos, huesos y órganos en buen estado. Pueden ser de origen animal o de origen vegetal; como: leche, yogurt, queso, cuajada, huevo, carne, pescado, legumbres, lentejas, soya, arvejas.





**2. Alimentos ricos en carbohidratos:** Proporcionan energía para realizar nuestras actividades. En este grupo se encuentran tubérculos (papa, yuca, plátano), cereales (arroz, cebada, pan, harinas, fideos) y azúcares (miel, azúcar, mermelada).



**3. Alimentos ricos en grasas:** También proporcionan energía. Como manteca, margarina, aceite y oleaginosas (maní, nueces, etc.).



**4 Alimentos ricos en vitaminas y minerales:** Aumentan las defensas, protegiendo al cuerpo de las enfermedades. Son todas las frutas y verduras.



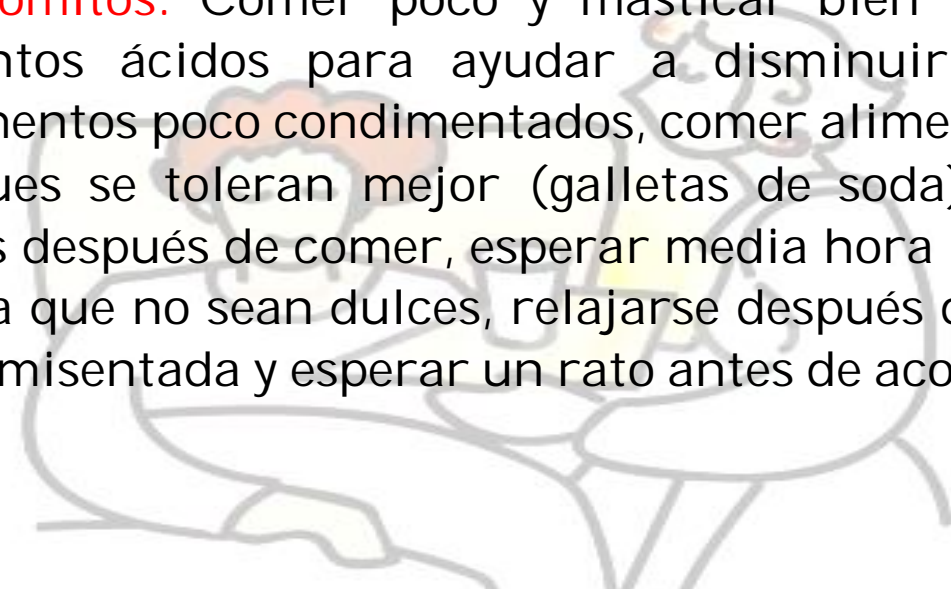
## Cuidados para preparar los alimentos:

- Lavar bien las manos cuando se preparan los alimentos y cuando se vayan a consumir.
- Lavar bien las verduras y frutas, preferentemente pelarlas o cocinarlas.
- Cocinar bien las carnes.
- Hervir el agua.
- Guardar los alimentos preparados en la refrigeradora y por un tiempo máximo de 2 días, luego del cual es mejor no comerlos y eliminarlos.
- Si no se tiene refrigerador, consumir los alimentos ese mismo día.
- Cuando se consuma un alimento preparado con anterioridad, es mejor hacerlo hervir nuevamente antes de ingerirlo, para eliminar los microbios que han podido crecer.
- Evitar ingerir alimentos que provoquen alergia.
- Al consumir huevo, este debe estar preferentemente cocido.

Qué situaciones pueden interferir con la alimentación y qué se debe hacer si ocurrieran?

- **Disminución del apetito:** Comer pequeñas cantidades varias veces al día, preparar lo más agradable, comer siempre que se tenga apetito, consumir frutas y verduras, utilizar complementos dietéticos (vitaminas) según recomiende el equipo de salud, comer en un ambiente agradable y de preferencia acompañados.
- **Diarrea:** Continuar con la alimentación, **NO SUSPENDERLA**, pero que las comidas sean más frecuentes y de poca cantidad, reducir el consumo de leche y derivados hasta una semana después del cese de la diarrea, evitar consumir alimentos ricos en fibra (frutas, verduras, pan, cereales), porque aumentan la diarrea, disminuir la grasa en las comidas, evitar comer embutidos y productos enlatados, evitar comer frutas o guisos muy condimentados, beber abundante líquido para reponer la pérdida de líquido, también beber las sales de rehidratación oral.

- **Dificultad para pasar alimentos:** Consumir alimentos de consistencia blanda o tipo puré, si existen ampollas o heridas en la boca, consumir las preparaciones licuadas, ya sea con sorbete o con cuchara. No consumir alimentos ni muy calientes ni muy fríos.
- **Nauseas y vómitos:** Comer poco y masticar bien los alimentos, comer alimentos ácidos para ayudar a disminuir las náuseas, consumir alimentos poco condimentados, comer alimentos “secos” al levantarse, pues se toleran mejor (galletas de soda). Si se desea beber líquidos después de comer, esperar media hora para hacerlo y de preferencia que no sean dulces, relajarse después de las comidas en posición semisentada y esperar un rato antes de acostarse.



Recomendación:  
Si los síntomas persisten, dirigirse  
al centro de salud.

# HIGIENE

La higiene personal es importante por que protege al cuerpo de posibles infecciones y hace sentir a la persona más cómodos

## **Como debe ser la Higiene Personal?**

Es recomendable bañarse diariamente, si esto no es posible, es indispensable lavarse por lo menos la cara y los genitales, cambiarse frecuentemente de ropa, cepillarse los dientes antes y después de cada comida al levantarnos y antes de acostarnos.

En el caso de las mujeres, cuando menstrúen envolver la toalla higiénica usada en una bolsita de plástico, hacerle un nudo y arrojarla a la basura.

La higiene vaginal debe ser más frecuente en estos días. Es importante recordar que no se debe compartir máquinas y hojas de afeitar o cepillos de dientes, pues pueden ser una vía de transmisión del VIH en el caso que estos procedimientos produzcan cortaduras o sangrado de las encías y piel.

# ACTIVIDAD FÍSICA

La actividad física es importante debido a que tiene efectos relajantes y estimulantes (abre el apetito, aumenta las defensas) y en términos generales mejora la salud y calidad de vida.

## **Actividades que se pueden realizar:**

Es importante que se continúe con la actividad laboral y se realice algún tipo de ejercicio que ayude a mantener un buen estado físico, siempre y cuando no cause fatiga, debilidad o mareo. En general son más recomendables los deportes o actividades como caminar (30 a 60 minutos), andar deprisa, correr, nadar, manejar bicicleta, bailar e incluso levantar pesas, para desarrollar los músculos.



# SUEÑO Y DESCANSO

El descansar y dormir bien es esencial para mantener un adecuado nivel de actividad durante el día y para tener un mejor estado de salud.

## Cómo mejorar el sueño y descanso?

- Evitar ingerir licores o comer antes de dormir.
- Utilizar ropa cómoda.
- Dormir ocho horas diarias y hacer una siesta de no más de 30 minutos después del almuerzo.
- Disminuir algunos factores ambientales que alteren el sueño como el ruido excesivo o la luz.
- Si es difícil dormir, leer algún libro o escuchar música suave.
- Ventilar la habitación durante el día.
- Aprender a manejar situaciones de estrés.

## OTRAS RECOMENDACIONES A TOMAR EN CUENTA PARA EL AUTOCUIDADO

- Tener en cuenta que el alcohol puede interferir en la acción de los medicamentos antirretrovirales. Puede además disminuir la capacidad de juicio y de decisión en el seguimiento de actitudes y medidas preventivas.
- Fumar, además de ser un factor de riesgo para padecer enfermedades (como cáncer), disminuye el apetito, la resistencia pulmonar frente a infecciones y perjudica la higiene bucal.



# TEMA III

MANEJANDO LA INFECCIÓN

CON ESTO NO SE JUEGA

# MANEJANDO LA INFECCIÓN

Para mantener la calidad de vida y la salud, es necesario que además del autocuidado, se acuda a los controles médicos, realizarse análisis de laboratorio y cumplir con el régimen terapéutico.

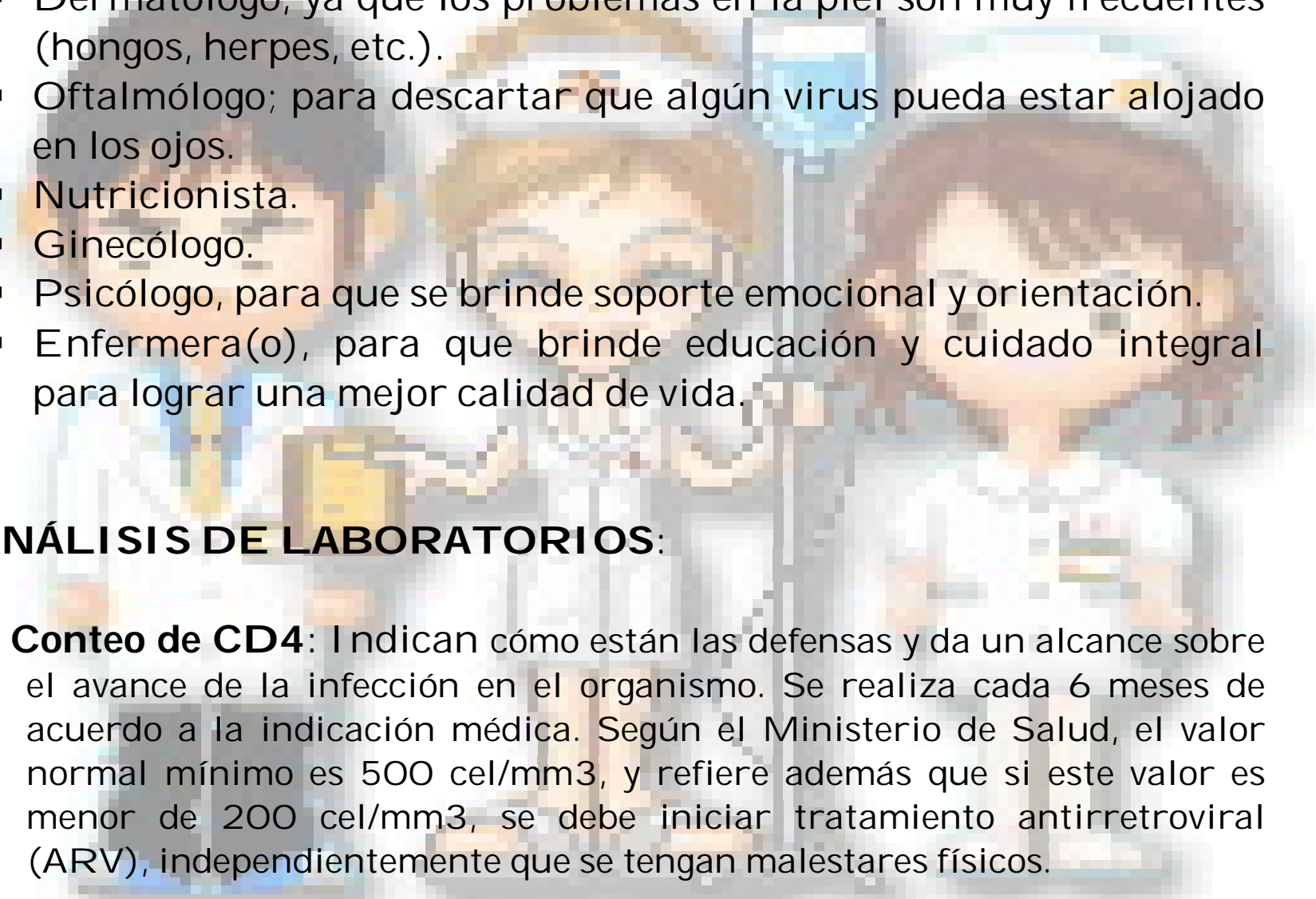
## **CONTROLES MÉDICOS:**

Son las consultas que se realizan cada cierto tiempo, dependiendo de lo indicado por el médico o de los síntomas que se presenten.

Así mismo, estas consultas ayudan a despejar dudas e inquietudes que se tenga sobre la infección o el tratamiento.

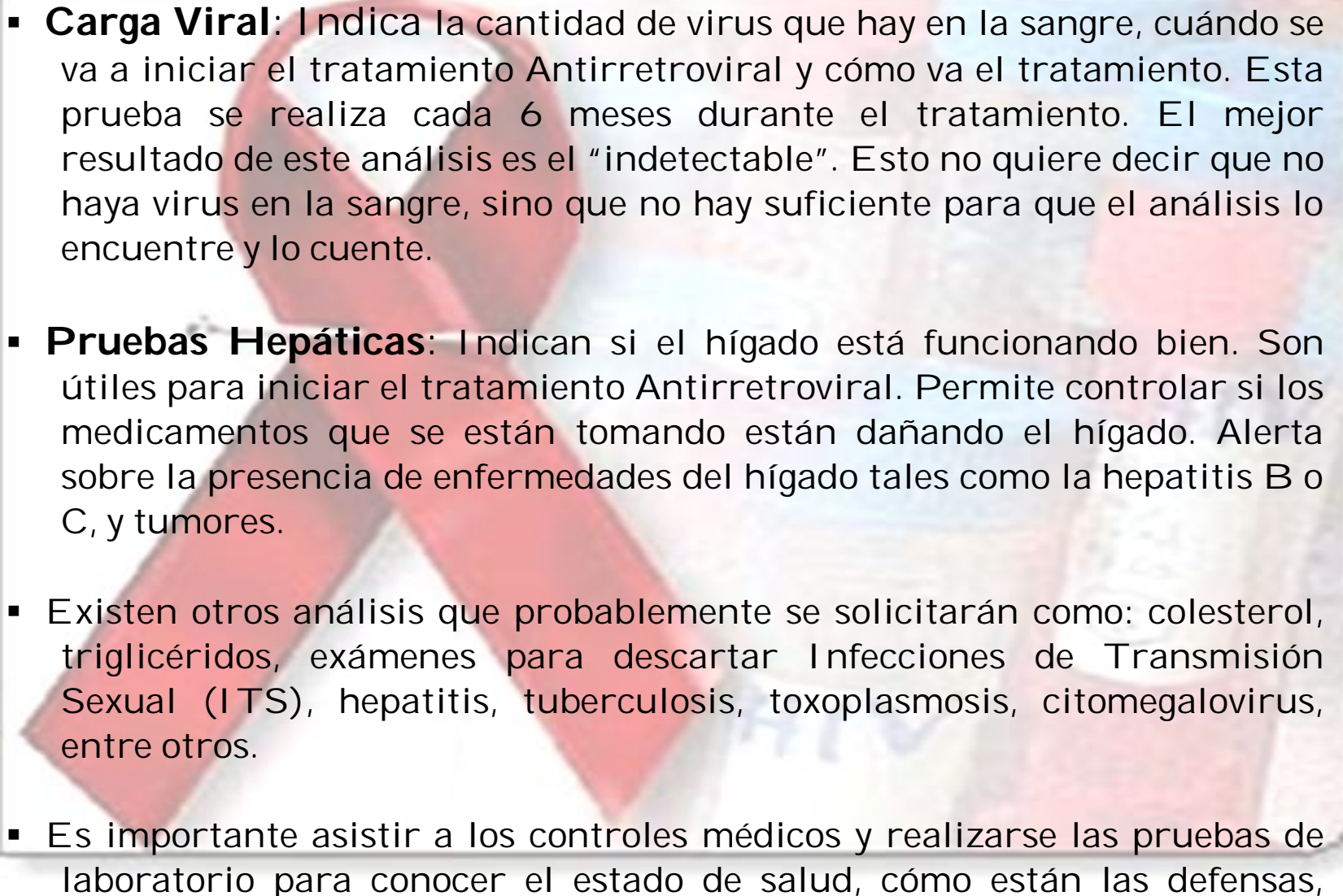
## **Equipo de Salud que Interviene en la atención:**

- Médico con experiencia en VIH/SIDA. Lo ideal sería ser evaluado por un médico infectólogo.
- Odontólogo por lo menos una vez al año o cuando se tenga caries o molestias bucales.

- 
- Dermatólogo, ya que los problemas en la piel son muy frecuentes (hongos, herpes, etc.).
  - Oftalmólogo; para descartar que algún virus pueda estar alojado en los ojos.
  - Nutricionista.
  - Ginecólogo.
  - Psicólogo, para que se brinde soporte emocional y orientación.
  - Enfermera(o), para que brinde educación y cuidado integral para lograr una mejor calidad de vida.

## **ANÁLISIS DE LABORATORIOS:**

- **Conteo de CD4:** Indican cómo están las defensas y da un alcance sobre el avance de la infección en el organismo. Se realiza cada 6 meses de acuerdo a la indicación médica. Según el Ministerio de Salud, el valor normal mínimo es 500 cel/mm<sup>3</sup>, y refiere además que si este valor es menor de 200 cel/mm<sup>3</sup>, se debe iniciar tratamiento antirretroviral (ARV), independientemente que se tengan malestares físicos.

- 
- **Carga Viral:** Indica la cantidad de virus que hay en la sangre, cuándo se va a iniciar el tratamiento Antirretroviral y cómo va el tratamiento. Esta prueba se realiza cada 6 meses durante el tratamiento. El mejor resultado de este análisis es el “indetectable”. Esto no quiere decir que no haya virus en la sangre, sino que no hay suficiente para que el análisis lo encuentre y lo cuente.
  - **Pruebas Hepáticas:** Indican si el hígado está funcionando bien. Son útiles para iniciar el tratamiento Antirretroviral. Permite controlar si los medicamentos que se están tomando están dañando el hígado. Alerta sobre la presencia de enfermedades del hígado tales como la hepatitis B o C, y tumores.
  - Existen otros análisis que probablemente se solicitarán como: colesterol, triglicéridos, exámenes para descartar Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), hepatitis, tuberculosis, toxoplasmosis, citomegalovirus, entre otros.
  - Es importante asistir a los controles médicos y realizarse las pruebas de laboratorio para conocer el estado de salud, cómo están las defensas,

determinar el inicio del tratamiento profiláctico y/o antirretroviral, ver la eficiencia del tratamiento, evitar la aparición de enfermedades oportunistas.

## **ENFERMEDADES OPORTUNISTAS:**

Son aquellas que pueden aparecer cuando las defensas están muy bajas. Las más frecuentes son:

- **Tuberculosis**, que puede afectar los pulmones, cerebro y ganglios.
- **Neumonía**, que afecta los pulmones.
- **Toxoplasmosis**, que afecta el cerebro.
- **Criptococosis**, que también afecta el cerebro.
- **Citomegalovirus**, que afecta ojos, esófago e intestinos.

- **Candidiasis**, que afecta la cavidad oral y esófago.
- **Diarreas por Cryptosporidium**, un tipo de hongo que afecta al estómago.

## **PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES OPORTUNISTAS:**

Se previenen por medio de las prácticas adecuada de autocuidado (alimentación, higiene, etc.), cumpliendo con los controles médicos y tomando los medicamentos llamados PROFILÁCTICOS.

## **TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL**

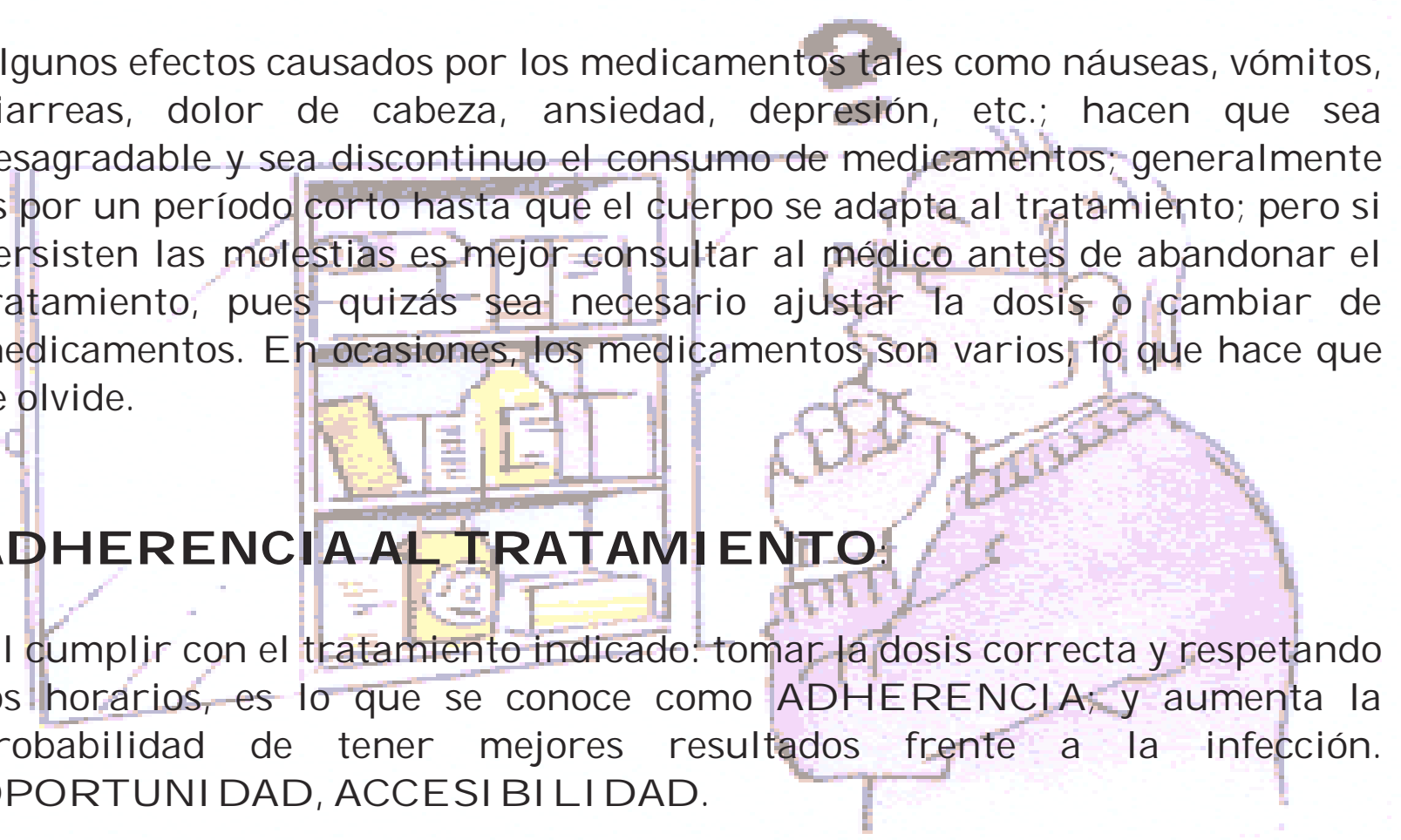
Ayudan a controlar la infección por VIH, disminuyendo la cantidad de virus en la sangre y contribuyendo a aumentar las defensas, se inician según los resultados de laboratorio e indicación médica. Se deben tomar de por vida, y continuamente ya que si no se cumple el régimen, el virus se hará resistente, impidiendo el control de la enfermedad.

## Situaciones pueden interferir con el Cumplimiento del Tratamiento:

Algunos efectos causados por los medicamentos tales como náuseas, vómitos, diarreas, dolor de cabeza, ansiedad, depresión, etc.; hacen que sea desagradable y sea discontinuo el consumo de medicamentos; generalmente es por un período corto hasta que el cuerpo se adapta al tratamiento; pero si persisten las molestias es mejor consultar al médico antes de abandonar el tratamiento, pues quizás sea necesario ajustar la dosis o cambiar de medicamentos. En ocasiones, los medicamentos son varios, lo que hace que se olvide.

## ADHERENCIA AL TRATAMIENTO:

El cumplir con el tratamiento indicado: tomar la dosis correcta y respetando los horarios, es lo que se conoce como ADHERENCIA; y aumenta la probabilidad de tener mejores resultados frente a la infección. OPORTUNIDAD, ACCESIBILIDAD.



# COMO MEJORAR LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO:

- Tomar los medicamento a la misma hora todos los días
- Usar despertadores o alarmas que recuerden tomar los medicamentos.
- Escribir el nombre de los medicamentos se deben tomar todos los días e ir marcando cada uno a medida que se toman.
- Desarrollar una red de apoyo con familiares, amigos o compañeros de trabajo que recuerden tomar el medicamento.
- Controlar la cantidad de medicamentos que se tienen, viendo si alcanzará hasta la próxima consulta.
- Al viajar llevar la cantidad suficiente de medicamentos.
- No Automedicarse
- Exigir a la EPS el suministro oportuno de los medicamentos.



# TEMA IV

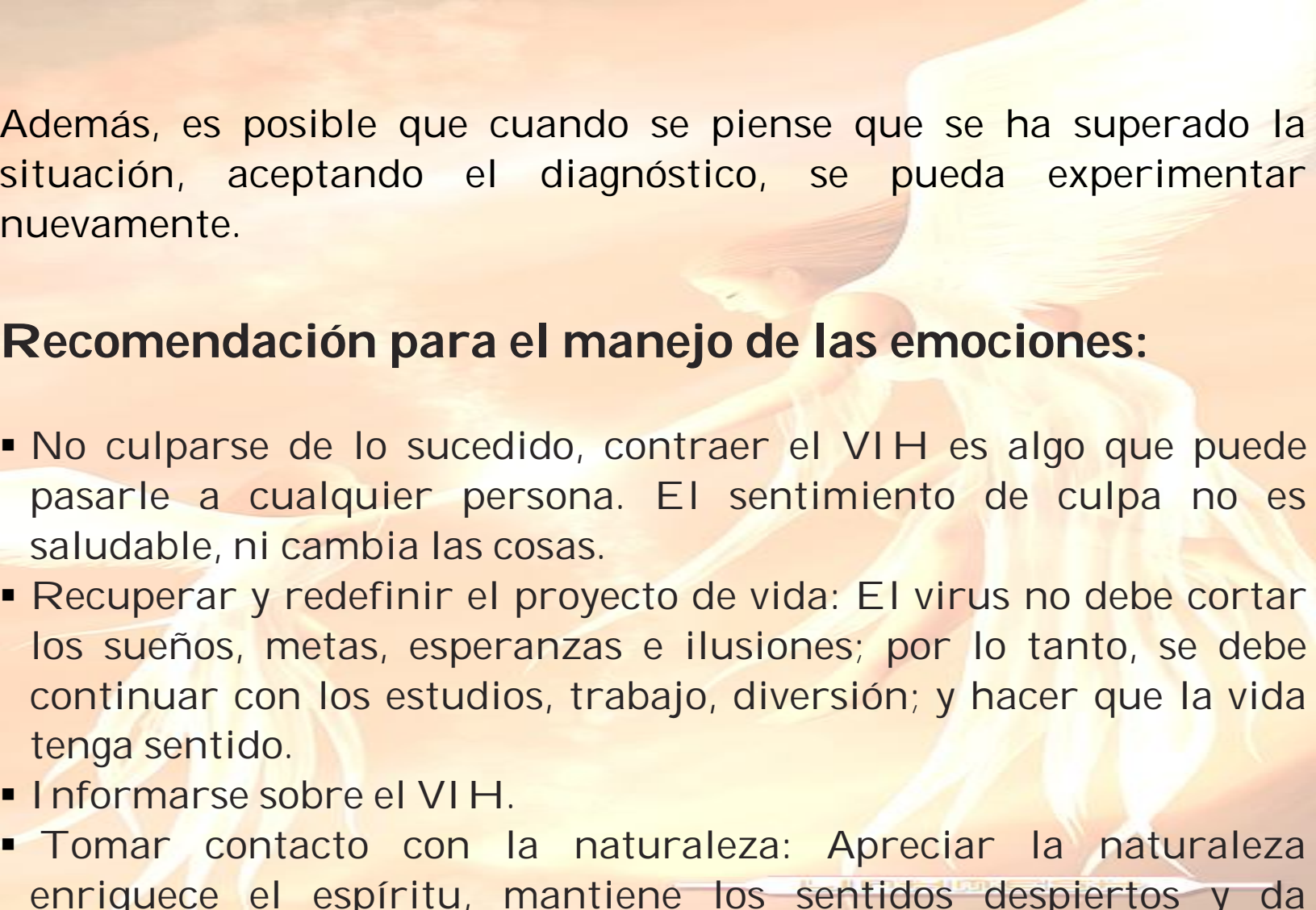
**DIMENSIÓN  
AFECTIVA  
DEL VIH/SIDA**

**CON ESTO NO SE JUEGA**

## ETAPAS EMOCIONALES GENERADAS POR EL DIAGNOSTICO:

- **SHOCK:** Constituye el momento inicial en el cual informan sobre el diagnóstico, existe incertidumbre y desconcierto.
- **NEGACIÓN:** Momento en el cual no se acepta el diagnóstico.
- **IRA:** Sentimiento de rabia y cólera contra si mismos o contra la persona causante de la infección.
- **NEGOCIACIÓN:** Se busca una alternativa que ayude a sanar y curar la infección.
- **DEPRESIÓN:** Sentimientos de tristeza, dolor, impotencia ante la infección, no se halla sentido a la vida.
- **ACEPTACIÓN:** Se logra tranquilidad y paz con si mismos, asumiendo la realidad y viviendo de acuerdo a ella.

Estas reacciones son muy particulares y dependen de las características de personalidad de cada persona; no necesariamente se presentan todas en forma secuencial (una a continuación de la otra); ni tampoco tienen que darse todas.

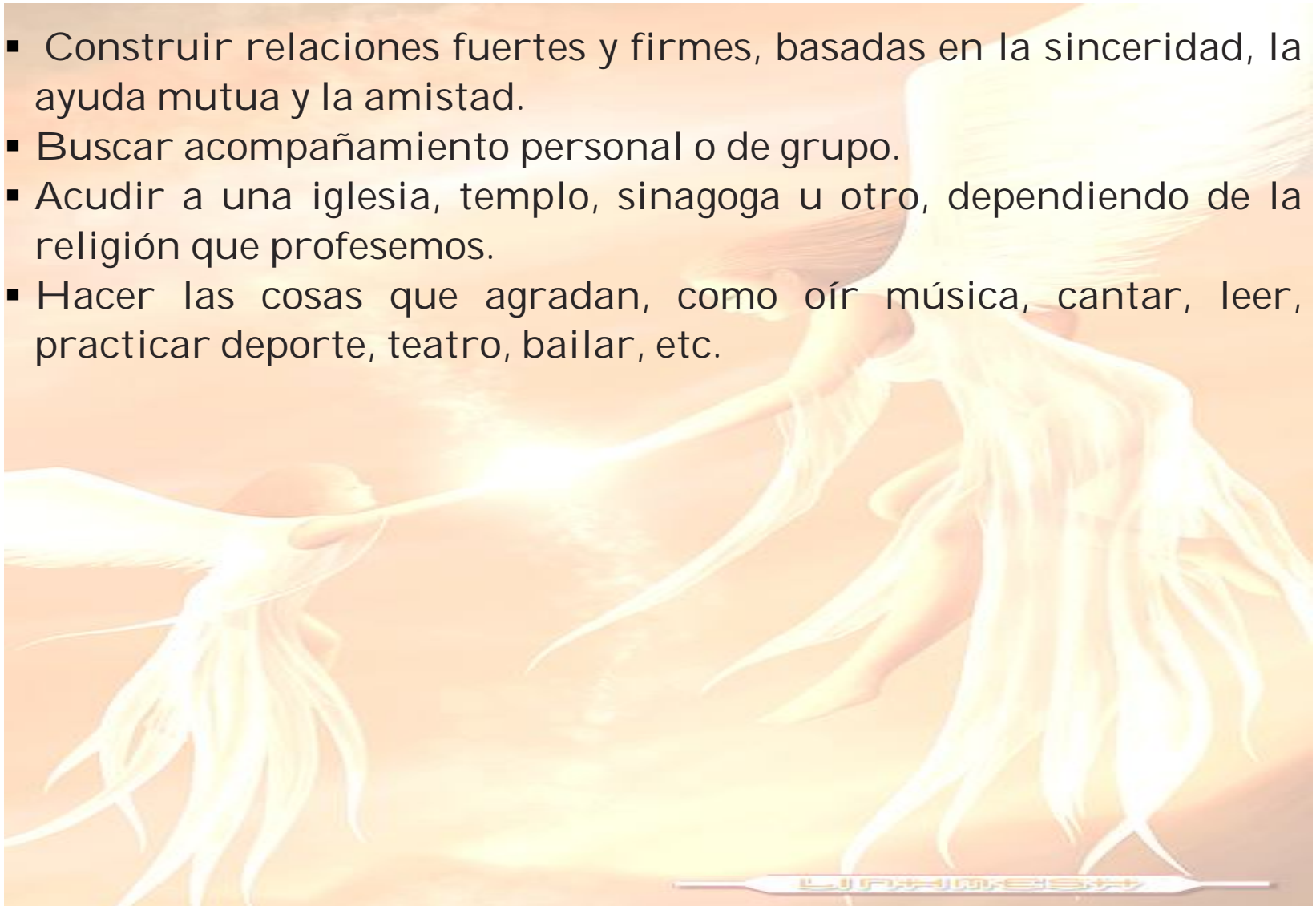


Además, es posible que cuando se piense que se ha superado la situación, aceptando el diagnóstico, se pueda experimentar nuevamente.

### **Recomendación para el manejo de las emociones:**

- No culparse de lo sucedido, contraer el VIH es algo que puede pasarle a cualquier persona. El sentimiento de culpa no es saludable, ni cambia las cosas.
- Recuperar y redefinir el proyecto de vida: El virus no debe cortar los sueños, metas, esperanzas e ilusiones; por lo tanto, se debe continuar con los estudios, trabajo, diversión; y hacer que la vida tenga sentido.
- Informarse sobre el VIH.
- Tomar contacto con la naturaleza: Apreciar la naturaleza enriquece el espíritu, mantiene los sentidos despiertos y da tranquilidad.

- Construir relaciones fuertes y firmes, basadas en la sinceridad, la ayuda mutua y la amistad.
- Buscar acompañamiento personal o de grupo.
- Acudir a una iglesia, templo, sinagoga u otro, dependiendo de la religión que profesemos.
- Hacer las cosas que agradan, como oír música, cantar, leer, practicar deporte, teatro, bailar, etc.



# TEMA V

**DERECHOS Y DEBERES  
DE LA PERSONA CON VIH  
DECRETO 1543 DE 1997**

**CON ESTO NO SE JUEGA**

## **DERECHOS DE LAS PERSONAS CON VIH:**

a) **Derecho al consentimiento informado:** La práctica de pruebas de laboratorio para detectar la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) en el orden individual o encuestas de prevalencia, sólo podrá efectuarse previo consentimiento de la persona encuestada o cuando la autoridad sanitaria competente lo determine, de acuerdo con las previsiones del presente decreto.

b) **Personas privadas de la libertad:** Las personas privadas de la libertad no podrán ser obligadas a someterse a pruebas de laboratorio para detectar infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH).

c) **La no discriminación:** A las personas infectadas por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), a sus hijos y demás familiares, no podrá negárseles por tal causa su ingreso o permanencia a los centros educativos, públicos o privados, asistenciales o de rehabilitación, ni el acceso a cualquier actividad laboral o su permanencia en la misma, ni serán discriminados por ningún motivo.

d) **Prohibición de pruebas diagnósticas para la cobertura de servicios.** Por ser la salud un bien de interés público y un derecho fundamental, las entidades de medicina prepagada, aseguradoras, promotoras o prestadoras de servicios de salud, sean públicas o privadas, no podrán exigir pruebas diagnósticas de laboratorio para el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) como requisito para acceder a la cobertura respectiva de protección. La condición de persona infectada por no corresponder a la noción de enferma, no podrá considerarse como una condición patológica preexistente, tampoco se podrán incluir cláusulas de exclusión.

e) **Deber de no infectar:** La persona informada de su condición de portadora del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) deberá abstenerse de donar sangre, semen, órganos o en general cualquier componente anatómico, así como de realizar actividades que conlleven riesgo de infectar a otras personas.

f) **Derecho a la promoción, prevención y educación en salud:** Toda persona tiene derecho a obtener de los funcionarios competentes la debida información y las instrucciones adecuadas sobre asuntos, acciones y



prácticas conducentes a la promoción, prevención y conservación de su salud personal y la de los miembros de su hogar, particularmente sobre higiene, dieta adecuada, orientación psicológica, salud mental, educación sexual, enfermedades transmisibles, especialmente las Enfermedades de Transmisión Sexual y el SIDA, planificación familiar, diagnóstico precoz de enfermedades y sobre prácticas y el uso de elementos técnicos especiales.

g) **Derecho a la información sobre el estado de salud:** Toda persona tiene derecho a disfrutar de una comunicación plena y clara con el equipo de salud, apropiada a sus condiciones psicológicas y culturales, que le permita obtener toda la información necesaria respecto a la enfermedad que padece, así como a los procedimientos y tratamientos que se le vayan a practicar, al pronóstico y riesgos que dicho tratamiento conlleve; y a que por sí misma, sus familiares o representantes, en caso de inconsciencia o disminución de la capacidad, acepten o rechacen estos procedimientos, dejando expresa constancia por escrito de su decisión.

h) **Derecho a morir dignamente:** Toda persona tiene derecho a morir con dignidad y a que se le respete su voluntad de permitir que el proceso de la muerte siga su curso natural, en la fase terminal de la enfermedad, por lo tanto si



paciente lo permite el equipo de salud deberá otorgarle los cuidados paliativos que sean posibles hasta el último momento.

i) **Inhumación o cremación.** Las personas infectadas por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), en cualquier momento de su infección, o los responsables de ésta después de su muerte, podrán decidir libremente la inhumación o cremación del cadáver, por no existir riesgo de orden sanitario que comporte situaciones de peligro para la salud comunitaria, en cualquiera de tales eventos.

## **DEBERES DEL PACIENTE CON VIH**

a) **Deberes De La Comunidad.** Todas las personas de la comunidad tienen el deber de velar por la conservación de la salud personal, familiar y comunitaria a fin de evitar la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y las otras Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), poniendo en práctica las medidas de autocuidado y prevención.

**b) Deberes De Las IPS Y Personas Del Equipo De Salud.** Las personas y entidades de carácter público y privado que promuevan o presten servicios de salud, están obligadas a dar atención integral a las personas infectadas por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y a los enfermos de SIDA, o de alto riesgo, de acuerdo con los niveles de atención grados de complejidad que les corresponda, en condiciones de respeto por su dignidad, sin discriminarlas y con sujeción a lo dispuesto en el decreto 1543 de 1997 y en las normas técnico administrativas y de vigilancia epidemiológica expedidas por el Ministerio de Salud.

**c) Deber De Confidencialidad.** Las personas integrantes del equipo de salud que conozcan o brinden atención en salud a una persona infectada por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), asintomática o sintomática, están en la obligación de guardar sigilo de la consulta, diagnóstico, evolución de la enfermedad y de toda la información que pertenezca a su intimidad.

**d) Historia Clínica.** La historia clínica es el registro obligatorio de las condiciones de salud de la persona, como tal es un documento privado sometido a reserva, por lo tanto únicamente puede ser conocido por terceros, previa autorización de su titular o en los casos previstos por la ley.

La historia pertenece a la persona y la institución cumple un deber de custodia y cuidado.

**e) Revelación Del Secreto Profesional.** Por razones de carácter sanitario, el médico tratante, teniendo en cuenta los consejos que dicta la prudencia, podrá hacer la revelación del secreto profesional a:

- a) La persona infectada en aquello que estrictamente le concierne y convenga;
- b) Los familiares de la persona infectada si la revelación es útil al tratamiento;
- c) Los responsables de la persona infectada cuando se trate de menores de edad o de personas mentalmente incapaces;
- d) Los interesados por considerar que se encuentran en peligro de infección, al cónyuge, compañero permanente, pareja sexual o a su descendencia;
- e) Las autoridades judiciales o de salud competentes en los casos previstos por la ley.

PARAGRAFO 1o. El médico tratante podrá delegar en la persona encargada de la consejería al interior del equipo de salud, la revelación del secreto profesional, la responsabilidad será solidaria.

PARAGRAFO 2o. En los casos contemplados en los literales a), b), c), y d), del presente artículo, el secreto profesional se revelará a la persona interesada previa consejería.

**f) Situación Laboral:** Los servidores públicos y trabajadores privados no están obligados a informar a sus empleadores su condición de infectados por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). En todo caso se garantizarán los derechos de los trabajadores de acuerdo con las disposiciones legales de carácter laboral correspondientes.

PARAGRAFO 1o. Quienes decidan voluntariamente comunicar su estado de infección a su empleador, éste deberá brindar las oportunidades y garantías laborales de acuerdo a su capacidad para reubicarles en caso de ser necesario, conservando su condición laboral.

PARAGRAFO 2o. El hecho de que una persona esté infectada con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) o haya desarrollado alguna enfermedad asociada al Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), no será causal de despido sin perjuicio de que conforme al vínculo laboral, se apliquen las disposiciones respectivas relacionadas al reconocimiento de la pensión de invalidez por pérdida de la capacidad laboral.

**g) Deber De Informar.** Para poder garantizar el tratamiento adecuado y evitar la propagación de la epidemia, la persona infectada con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), o que haya desarrollado el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y conozca tal situación, está obligada a informar dicho evento a su pareja sexual y al médico tratante o al equipo de salud ante el cual solicite algún servicio asistencial.

*RECUERDE:*

- 1. El vivir con VIH no hace perder los derechos ni responsabilidades.*
- 2. Se puede estudiar, trabajar, amar, vivir la sexualidad y ser atendidos en un centro de salud, como cualquier otra persona, sin discriminación.*
- 3. Existen leyes que los protegen y deben hacerlas respetar.*
- 4. El vivir con VIH no los hace sujetos de privilegios o derechos especiales.*

## BIBLIOGRAFÍA

- Aprendiendo a vivir con VIH/SIDA. PROSA. Lima, 2003.
- El SIDA y la Discriminación en [www.monografias.com](http://www.monografias.com)
- Plan de Autocuidado para la persona VIH positiva en <http://telesalud.ucaldas.edu.co/telesalud/facultad/documentos/autocuidado>
- CUIDADOS GENERALES DEL PACIENTE VIH-SIDA en <http://www.impactaperu.org/download/pdf0122.pdf>
- La familia en el cuidado del paciente vih/sida en <http://www.puc.cl/enfermeria/html/investigacion/proyectos/doc>
- Medline enciclopedia medica: infección por VIH. [www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article](http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article).



UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA  
FACULTAD DE SALUD  
PROGRAMA DE ENFERMERIA

