

Trabajo Social y VIH-SIDA: análisis de prácticas de intervención

Oscar Labra, Ph.D. (C)*

Resumen

El presente artículo da cuenta de la participación del Trabajo Social con personas que viven con VIH-SIDA (PVVIH-SIDA). En él se muestran la aparición y el desarrollo del Trabajo Social dentro del campo de la salud y al mismo tiempo la intervención psicosocial frente a las personas viviendo con VIH-SIDA. Los trabajadores sociales han desempeñado un papel importante en materia de intervención en VIH y su intervención los ha enfrentado a sus propios prejuicios y valores. Hoy, la pandemia confronta al Trabajo Social a un cambio demográfico importante: una población que aumenta su esperanza de vida resultado de las terapias «antirretrovirales» (TARV), y a un crecimiento potencial de la proporción de esta población en condiciones de pobreza, lo que significará una pesada carga de trabajo para los trabajadores sociales. Las prácticas de intervención de los trabajadores sociales con énfasis en la interdisciplinariedad los distinguen como una profesión de apertura y adecuación a los nuevos problemas sociales.

Palabras clave: Trabajo Social, VIH-SIDA, Intervención psicosocial, Desarrollo de prácticas, Política de salud.

Introducción

La pandemia de VIH-SIDA demanda de forma muy particular a la profesión de Trabajo Social y esto, en razón de la historia que la ha caracterizado desde sus orígenes. Es así que en sus primeros ocho años de expansión en el mundo sólo había una tipología, de enfermos aquéllos que se morían rápidamente, con los años esto cambia a una segunda tipología aquellos que con tratamiento es posible prolongárseles la vida. Además esta pandemia era poco conocida y las personas que la contraían eran víctimas de un estigma social. Situación esta última que se mantiene hasta la actualidad, en razón de las representaciones sociales construidas sobre ella. Por otro lado, la práctica médica en este campo ha sido confrontada a la imposibilidad de «curar» una infección no esperada en estos tiempos.

La confirmación del VIH-SIDA en la vida de un paciente, viene a poner de relieve la triste realidad de una idea de muerte que puede ocurrir en un plazo desconocido, situación que produce en las PVVIH-SIDA un sentimiento de desesperanza y de sentirse sobrepasados con respecto al futuro. Este sentimiento se gatilla desde que son notificados de su estado serológico positivo. Destaquemos además, que, en general, cuando la muerte llega, ésta suele ocurrir en un contexto de aislamiento y rechazo social de la víctima (Beauger y otros, 1989). Es este contexto, el acompañamiento de los profesionales a personas en etapa terminal de sida y en sus cercanos/familiares, se constituye en un rol privilegiado, y acá el Trabajo Social ha contribuido de forma significativa. Así, la intervención psicosocial se ha transformado en un apoyo frente a la desesperanza que vivencia la PVVIH-SIDA, lo que le otorga un valor y reconocimiento a la intervención de los trabajadores sociales

¹ Universidad Laval, Quebec, Canadá, olabra67@hotmail.com

(Boland y otros, 1996; Villeneuve, 1989, p. 47).

El presente artículo se propone abordar la existencia del VIH-SIDA como uno de los problemas sociales más importantes por hoy día. Sin el ánimo de querer presentar una revisión exhaustiva de la literatura que hay disponible sobre esta materia, tomando como experiencia las intervenciones desarrolladas en Canadá, se propone, en un segundo momento, prestar atención a ciertos tipos de prácticas de intervenciones desarrolladas desde el Trabajo Social con presencia importante en la literatura. Por otro lado, un análisis contemporáneo de tales prácticas del Trabajo Social sugiere un tipo de intervención interdisciplinaria.

El VIH-SIDA como problema social

La existencia del VIH-SIDA no constituye únicamente un problema epidemiológico, político o económico sino también social. Por ello su intervención debe ser interdisciplinaria. Es más, se trata de un problema que produce repercusiones sociales no tan sólo en la vida de quienes contraen la infección sino también en su entorno familiar. Desde esta perspectiva, el VIH-SIDA es reconocido como un problema macro social por la toda la comunidad internacional.

Para ilustrar la participación de los trabajadores sociales con PVVIH-SIDA será necesario, en primer lugar, demostrar que esta pandemia constituye efectivamente un «problema social» y que ello ha constituido un escenario de intervención real para los trabajadores sociales. En este sentido, mencionemos que “el Trabajo Social es una disciplina práctica que tiene por objeto los problemas sociales de individuos, grupos y colectividades, en una perspectiva de intervención colectiva o individual basada en el

cambio social” (RUFUTS¹, 1980 en Lecomte, 2003, p. 28). Es interesante observar en esta definición que los «problemas sociales» constituyen el objetivo de acción para el Trabajo Social en vista de un «cambio social», lo que implica una reflexión analítica y crítica de la realidad.

Mencionemos que nuestro interés no es solamente presentar las consecuencias sociales que produce el VIH-SIDA sino, además, conocer la implicación de los trabajadores sociales en esta materia. Para abordar la pertinencia del Trabajo Social es necesario, en primer término, mostrar que la pandemia de VIH-SIDA es un problema social. Por ello se propone en las siguientes líneas una definición de problema social a partir de diferentes autores (Spector y Kitsuse, 1977; Ritzer, 1986; De Robertis y Pascal, 1987; Mayer y Laforest, 1990; Kendall y otros, 2004; Redjeb y otros, 2001).

Haciendo un poco de historia sobre los orígenes de la intervención en Trabajo Social, los problemas sociales constituyeron su principal objetivo de intervención (Mayer y Laforest, 1990, p. 13). En este sentido, es relevante destacar que un «problema social» se centra en el proceso por el cual los miembros de una sociedad definen una condición dada como tal, es decir, como «problema» (Spector y Kitsuse, 1977, p.76). Esto implica la existencia de grupos que definen una situación como problemática. Esta definición responde a una «acción colectiva», es decir, la necesidad de un grupo en movimiento capaz de producir un cambio, debido a los efectos «negativos» que produce el problema social (Kendall y otros, 2004, p. 15).

Para Ritzer (1986), un problema social puede ser definido como tal a partir de dos requisitos fundamentales: el primero, que el problema afecte a una gran parte de la población y segundo, que de soluciones

¹ Agrupación de unidades de formación universitaria en Trabajo Social de Quebec.

pueden implementarse para resolver la situación que origina el problema. Es interesante constatar que para que una situación sea considerada como problemática, ésta debe ser percibida como tal por un número importante de personas. A partir de ese momento se puede considerar como un verdadero problema social. Por su parte, De Robertis y Pascal (1987), indican que la comprensión colectiva de un problema social es insuficiente como punto de partida de la acción. En este sentido, estos autores señalan tres condiciones preexistentes: la primera, es necesario que el problema sea percibido como vital e importante; la segunda, el problema debe causar una frustración y un descontento intenso; la tercera, debe movilizar las personas o grupos afectados hacia la búsqueda de soluciones y de poder introducir cambios. La existencia de un problema social depende, entonces, de la percepción de grupos que consideren una situación como problema y deseen intervenir para cambiar esta situación (Redjeb y otros, 2001, p. 39).

Los problemas sociales se distinguen de otros problemas según el criterio de estrecha relación con los contextos institucionales y normativos. Son sociales en el sentido que se refieren a interacciones humanas. Finalmente los problemas sociales producen consecuencias negativas a nivel individual, psicosocial o social.

Una vez delimitada la noción de problema social, se hace útil y complementario dar algunos ejemplos de las consecuencias del VIH-SIDA sobre la vida de quienes han contraído esta infección. Esto permitirá justificar la existencia de esta pandemia como problema social.

El VIH-SIDA afecta a un número considerable de seres humanos en la sociedad actual y sus consecuencias en las personas infectadas no son sólo de tipo psicosocial sino también físico (Hall, 2007, p. 55). En el ámbito de lo psicosocial, esta pandemia hace sentir sus consecuencias de distintas

formas, como por ejemplo: una de ellas, y tal vez las más repetida en la literatura, es la estigmatización, la discriminación, la exclusión y la opresión hacia las PVVIH-SIDA. (Herek, 2004, p. 14; Déchaux, 2002, p. 24; Wood, 2008, p.108; Herek y Glunt, 1988, p.887; Brown y otros, 2003, 51). Esta estigmatización cobra «vida» a través del abandono familiar y social que enfrentan las PVVIH-SIDA (Elford y otros, 2008, p. 255), resultado de falsas creencias atribuidas a la pandemia (Lekas y Siegel, 2006, p. 1184), aparición de problemas psicológicos, tal como: sensaciones de frustración profunda, de depresión, intento de suicidio (Kipp y otros, 2006, p. 695).

Estas consecuencias, observadas en la literatura, muestran que las PVVIH-SIDA deben enfrentar situaciones estresantes en torno a su medio ambiente, lo que produce una especie de «muerte social» que ellos experimentan en su andar cotidiano (Labra y Neira, 2008). A lo anterior agreguemos un crecimiento de la epidemia en poblaciones pobres (ONUSIDA, 2004, p. 8; Rowe, 2007, p. 51), desfavorecidas y marginalizadas (Rowe y Ryan, 2001, p. 6). Para Farmer (1996, p.369), la pobreza ubica a los jóvenes adultos en situación de riesgo de contraer el VIH. En los países de ingresos altos así como en aquéllos en vías de desarrollo, el VIH-SIDA ha afectado las clases sociales las más ricas y las más influyentes. Lo que muestra así la naturaleza universal de la amenaza que produce la pandemia en la sociedad. No obstante lo anterior, el VIH-SIDA se ha hecho sentir con mayor crudeza en los países con menos recursos económicos y sociales (United Nations, 2005, p. 13).

Lo anterior constituye un escenario social complejo que permite caracterizar la pandemia de VIH-SIDA como uno de los problemas sociales más importantes que enfrenta la humanidad actualmente. Por ello, que intervenciones en materia de VIH-SIDA son necesarias, tanto para mitigar el sufrimiento interno de quienes viven con

la enfermedad, como para ofrecerles, en lo cotidiano, una vida más humana.

Tal como fuera indicado en los párrafos precedentes los problemas sociales tienen consecuencias negativas a distintos niveles: individual y social. Así, el VIH-SIDA puede considerarse como un problema social que produce consecuencias importantes a nivel macroeconómico y macro-social que causa otros problemas microsociales. Este es el caso de problemas de orden psicosocial, (mencionados precedentemente), donde las poblaciones vulnerables y marginales son aún más afectadas. Es también el caso de los huérfanos, de las mujeres y madres infectadas del África subsahariana, de algunas regiones de Asia y de países en vías de desarrollo donde la pandemia afecta con mayor fuerza (ONUSIDA, 2008, p. 5). Dentro de este escenario catastrófico que ha producido el VIH emerge el problema de la feminización de la pandemia (ONUSIDA, 2008, p. 56). Así, las mujeres «dueñas de casa», casadas o en convivencia, que pasan en su hogar la mayor parte del tiempo, se han constituido en el mayor blanco de infección en los últimos diez años, situación dentro de la cual se puede observar la desigualdad de género y vulnerabilidad en la cual se encuentra la mujer frente al VIH.

A esto, se agregan las condiciones de pobreza en las cuales vivirán las PVVIH-SIDA en edad avanzada resultado del aumento de la esperanza de vida (Vance y otros, 2008, p. 260) o de la esperanza de vida «casi normal» (Peterson y otros, 2009, p. 449) producto del desarrollo de la biomedicina (Ashton y otros, 2005, p. 587; Quinn, 2008, p. 8). El rápido progreso de las terapias antiretrovirales ha transformado el sida de una enfermedad de tipo mortal a una enfermedad tipo crónica (Boyer y Indyk, 2006; Santoro y otros, 2008). Es importante mencionar que este desarrollo de la medicina, por positivo que sea en la vida de las PVVIH-SIDA, se transformará en el mediano plazo en un aumento de la

población en edad adulta viviendo con VIH-SIDA lo que exigirá el desarrollo de medidas de intervención para insertarlos social y laboralmente.

Intervenciones en PVVIH-SIDA

Una revisión de la literatura permite enmarcar la historia de las intervenciones más recurrentes en PVVIH-SIDA en dos grandes categorías, que son presentadas en las páginas siguientes. Antes de ello es menester hacer hincapié en que los trabajadores sociales canadienses han sido influenciados por la tradición americana y británica. De esta forma, las prácticas pedagógicas, la literatura, la intervención propiamente tal ha recibido el influjo de estas culturas. Para Hurtubise y Deslauriers, (2003, p. 8) los trabajadores sociales del Quebec no han ignorado la influencia de autores franceses, de hecho una gran cantidad de profesores de universidades quebequenses han frecuentado universidades galas en su formación de postgrado, así como trabajadores sociales que han realizado pasantías en ese país. A pesar de esto último la mayor influencia para el Trabajo Social proviene de los Estados Unidos, tradición que se remonta al siglo XIX.

Remarquemos que la inmigración masiva proveniente de Europa, la urbanización acelerada, la crisis económica de los años 30 y la integración de la población negra a la sociedad americana que ha venido a marcar la década de los años 60, han sido fenómenos que han facilitado que el Trabajo Social se desarrolle como profesión en un primer tiempo y después como disciplina. Este ha sido el escenario que ha forjado la «utilización» de modelos, enfoques, teorías que el Trabajo Social ha utilizado en sus tres ejes tradicionales de práctica: intervención individual, intervención de grupo e intervención colectiva.

La intervención individual

La historia de intervención en PVVIH-SIDA tanto en Canadá como en América del Norte es más bien de tipo médico, basado en una primera evaluación del cliente (Ouellet et Lindsay, 1991, p.15). Las primeras experiencias de intervención médico-sociales nacieron en los hospitales. Intervenciones que corresponden más bien al modelo de Trabajo Social llamado de «caso» de Richmond: modelo de intervención individual “caring” con una importante influencia del psicoanálisis, “counselling” en PVVIH-SIDA que presentan problemas de estigmatización, discriminación, ansiedades asociados al diagnóstico de seropositividad. Así, la literatura sobre la intervención en materia de VIH-SIDA aborda una gran cantidad de experiencias desarrolladas sobre una base individual. No obstante lo anterior, si las necesidades de las PVVIH-SIDA son relativamente las mismas, el tipo de intervención individual es el reflejo de la formación profesional de cada uno de los trabajadores sociales, lo que permite abordar una misma problemática desde diversos enfoques o modelos teóricos.

En este sentido, las etapas más importantes que han llamado la atención de los autores en la intervención individual, son: la ventilación, la información, el apoyo y la referencia. La fase de «ventilación» da a la persona la ocasión de examinar sus ansiedades asociadas al diagnóstico, de expresar sus sentimientos y permite el ajuste especialmente en situaciones en las cuales las personas son socialmente aisladas o donde su diagnóstico es disimulado en su medio social o profesional. La segunda fase de «información» está destinada a satisfacer las necesidades de información sobre la infección del VIH y sobre la evolución de la enfermedad, sobre los tratamientos disponibles y los tipos de instituciones que pueden existir en la comunidad para ofrecer ayuda a corto y largo plazo (Miller, 1988, p. 139). Durante éste periodo se trabaja la

comunicación en la persona infectada de su estado de salud. La tercera fase de «Apoyo y de referencia», tiene por objeto asistir a la PVVIH-SIDA en la movilización de sus recursos internos y externos con el fin de facilitar su integración (Ouellet et Lindsay, 1991, p.15). Una última fase, llamada de intervención, es descrita por algunos autores, donde se hace referencia a los «servicios en VIH-SIDA» (Miller, 1988, p. 144). En ella se pone a la PVVIH-SIDA en contacto con los servicios que ofrece su comunidad, de modo que ella pueda recibir algún tipo de ayuda terapéutica. La persona es ayudada para su integración en la comunidad. Éstos son generalmente servicios que ofrecen voluntarios de instituciones comprometidas en la problemática del VIH-SIDA. Añadamos que acá, se tiene por objetivo ofrecer información práctica sobre los cambios de higiene de vida, de nutrición, etc. (Ouellet et Lindsay, 1991, p.15). En esta última etapa de la intervención, numerosos autores hacen hincapié en la importancia de la colaboración, la coordinación y el trabajo multidisciplinario como estrategias necesarias para una intervención eficaz.

La importancia de la intervención del Trabajo Social en el espacio de lo clínico es altamente valiosa si se tiene en cuenta que las consecuencias psicosociales del VIH-SIDA, tanto en las personas infectadas como en sus cercanos, la presentan como una pandemia única en nuestros tiempos. Así, su valor reside en la mejora de los mecanismos de ayuda psicológica a la PVVIH-SIDA para permitir a ésta convivir con la infección en las mejores condiciones que sean posibles. Algunos autores hablan del concepto de “case management”² en intervenciones con PVVIH-SIDA (Chapa, 2003, p. 305; Thompson, 1998, p. 75) que

² Este concepto se desarrolló particularmente en Estados Unidos en el curso de los años 1970-1980 en el campo de la salud mental para personas que presentan deficiencias físicas o intelectuales o problemas psicológicos importantes.

residen en sectores rurales (Olivier, 2001). Remarquemos que el concepto “case management” hace referencia a la disposición de servicios para el cliente, según sean sus necesidades.

«La intervención individual, es un proceso de varias fases que asegura la coordinación y acceso conveniente a una gama de servicios médicos y sociales apropiados para el cliente, su familia y el sistema de apoyo. El objetivo de la intervención individual es promover y apoyar el funcionamiento independiente del cliente y de la familia. La intervención individual, es un método que asigna la responsabilidad de planeamiento, de la adquisición, de suministro y de la coordinación de los sistemas sobre una persona o un equipo. Es un servicio centrado en el cliente al cual se liga y asegura el acceso coordinado y oportuno a los niveles médicamente apropiados y a los servicios de asistencia.»

A fines de la década de los 80’, el Trabajo Social de “case management” se establece formalmente como una técnica para tratar las distintas y variadas necesidades de la PVVIH-SIDA (Carlson, 2003, p. 214). Este tipo de intervención incluye aspectos en los cuales se abordaba la toma de medicamentos, la salud mental, la pobreza, las dinámicas de la familia, de la progresión de la infección, de la estigmatización y de la mayoría de los aspectos no médicos en el tratamiento de cada paciente VIH.

La intervención de grupo

A nivel de la intervención de grupo la práctica de social en PVVIH-SIDA, en el caso de Canadá, ha sido fuertemente influida por la psicoterapia de grupo y el enfoque de grupo estructurado (Pappel y Rothman, 1983, p. 13). Los trabajadores sociales se han implicado con ciertos grupos (por ejemplo la comunidad gay) en temas como la salud y la sexualidad masculina, pero ha sido necesario esperar hasta mediados de

los años 80’ para que la pandemia del VIH-SIDA encuentre su significado en el léxico de la práctica del Trabajo Social. De esta forma, los trabajadores sociales son implicados, en el medio hospitalario, no sólo con la PVVIH-SIDA sino también con todos los que la rodean.

La intervención de grupo es la que más encuentra unanimidad en la literatura en distintos ámbitos de intervención en PVVIH-SIDA, como por ejemplo: en el caso de prácticas de riesgo y expresión de emociones, en medio hospitalario, en el caso del apoyo psicosocial y educativo.

Esta intervención, en tanto que método de intervención de largo alcance, ha servido como un medio de ayuda hacia la resolución de problemas en PVVIH-SIDA. De él sobresalen los modelos de intervención de grupo de «ayuda mutua» y el grupo a «objetivos terapéuticos» o «educativos». En el modelo de grupo de «ayudada mutua» el trabajador social es invitado a utilizar el poder potencial que procede de las acciones realizadas por los miembros. El profesional, en este modelo de intervención, ocupa una posición periférica según los principios teóricos del “self-help”, sin embargo, el trabajador social a menudo es llamado a tomar una posición central en algunos momentos estratégicos.

Por su parte, el modelo a «objetivos terapéuticos» y «educativos» combina a la vez elementos de la intervención en situación de crisis y resolución de problemas. Los objetivos de este modelo son: desarrollar una red de apoyo con el fin de romper el aislamiento de las personas; reducir el nivel de ansiedad y tensión, expresión de emociones y sentimientos en un clima de aceptación; y ofrecer un modelo de adaptación eficaz. Para Ouellet y Lindsay (1991, p. 26) este modelo de intervención grupal comporta en términos generales en cada sesión un espacio para la entrega de informaciones, seguido o precedido por espacios que son

dedicados al intercambio de vivencias experimentadas, a la expresión de sentimientos.

Dentro de la intervención de grupo, destaca la intervención particular en «familiares y/o personas cercanas a la PVVIH-SIDA». En lo que se refiere a este tipo de intervención, se ha demostrado que el apoyo social, principalmente familiar, es esencial para enfrentar positivamente toda enfermedad de carácter crónico. El apoyo a la PVVIH-SIDA es otorgado bajo distintas formas, por ejemplo: el respeto a las limitaciones de la persona y la necesidad de apoyo activo como en el caso de reuniones donde se tratan y se comparten experiencias difíciles entre la familia y la persona enferma (Bourgon, 2001, p. 248). Es por ello que la contribución del Trabajo Social para una comprensión dinámica de los problemas sociales y familiares, viene de la terapia familiar llamada «estructural» de la segunda mitad del siglo veinte. Enfoque que considera al individuo en interacción con el contexto social. Acá la intervención, en primer lugar, está orientada hacia el individuo, se trabaja posteriormente con la familia, luego la familia ampliada. Los objetivos de la intervención son: combatir las ideas de negación, cólera, culpabilización, depresión y aceptación de sí mismo que experimenta la PVVIH-SIDA.

Los principios básicos de la intervención terapéutica familiar en esta materia son: a) la familia biológica y funcional es la unidad básica en los cuidados del tratamiento de la psicoterapia de las personas, b) los cuidados son definidos con un equipamiento multidisciplinario y c) el acceso universal al tratamiento es disponible para todas las personas afectadas directa o indirectamente (Tiblier y otros, 1989, p. 82). Para los autores que abordan la intervención en familiares y/o personas cercanas a la PVVIH-SIDA, privilegian de forma mayoritaria un tipo de intervención de apoyo y orientación individual, mientras que otros

enfatan la intervención de grupo (Ouellet y Lindsay, 1991, p.31).

Una última práctica que se observa en la literatura revisada es «la provisión de servicios comunitarios y/o locales». Esta práctica comparte en cierta forma los principios de la intervención de grupo y de la intervención colectiva. Ella se inscribe en una concepción dinámica de los problemas sociales, donde se ha considerado de alto valor la ayuda familiar y/o de personas significativas de la PVVIH-SIDA así como los conceptos de red y recurso. Intervención que en sus principios fue de tipo voluntaria en PVVIH-SIDA, a fines de los años 80' cambia hacia un modelo más sólido y más diversificado con el tiempo, a raíz de los aportes del enfoque de «acción multidisciplinaria». Este enfoque de intervención se basó en la teoría de la Promoción de la salud y en la práctica de «desarrollo comunitario» (Bowlby, 2001, p. 204). Este tipo de intervención ha permitido identificar los obstáculos y las posibilidades que se presentan a las PVVIH-SIDA y a aquellas que corren riesgo de infectarse en el medio comunitario. Agreguemos que la utilización de redes forma parte de este tipo de intervención. Esta estrategia metodológica ha permitido además organizar y difundir las informaciones y las actividades de distintos grupos en el plano comunitario.

La investigación social

La investigación social, aparece como una práctica de intervención ampliamente utilizada en Trabajo Social con PVVIH-SIDA. Agreguemos que ésta práctica ha sido herramienta de intervención en diversos dominios del Trabajo Social, lo cual ha permitido una mayor comprensión del impacto y de la evolución del VIH-SIDA.

El contexto social del VIH-SIDA ha implicado en el tiempo una implicación creciente del Trabajo Social como disciplina en la investigación social de esta problemá-

tica. Práctica que podemos ver en los veinte últimos años en Canadá, en los Estados Unidos y en algunos países de Europa.

Un elemento que se destaca en la tradición canadiense en materia de intervención en PVVIH-SIDA ha sido el llevar esta problemática a un discurso país como fue el caso de una «defensa»³ en materia de atención, tratamiento y prevención de la pandemia. Esta «defensa» se ha materializado en un documento titulado «Manifeste des travailleurs sociaux 2000»⁴. En él se reconocen los derechos fundamentales de la PVVIH-SIDA, desde el punto de vista de los principios de ética del Trabajo Social en cuanto a los derechos humanos, a las políticas sociales, en materia de salud, de enseñanza del Trabajo Social, de asociación e investigación social. Esta iniciativa ha sido pensada con el objetivo de colocar la problemática del VIH-SIDA como emergente en nuestra sociedad actual y que afecta todos los estratos sociales, tanto en los países desarrollados como en vías de desarrollo y sub-desarrollados. La defensa canadiense en cuestión incita a la acción en tanto que trabajadores sociales en el ámbito del VIH-SIDA al mismo tiempo que a una revisión de las prácticas de intervención. Ella invita además, a multiplicar las expe-

³ Documento transcrito a raíz de un simposio llevado a cabo el 29 de julio de 2000 en la ciudad de Montreal, Canadá. Organizado por la Asociación Canadiense de Trabajadores Sociales, en el marco de la conferencia conjunta de la Federación Internacional de Trabajadores Sociales y de la Asociación Internacional de Escuelas de Trabajo Social.

⁴ Addams, desde muy temprano en la historia Trabajo Social destaca la necesidad de la intervención comunitaria para enfrentar los problemas sociales. En este sentido se ofrece una visión global de intervención de los problemas y de la implicación de la comunidad con la persona enferma, por lo que podemos leer subyacente a su filosofía la imperiosa necesidad de utilizar los recursos existentes en la comunidad y dar a esta un rol de decidor, de participante activo en la solución de los problemas. Este enfoque además reposa sobre una concepción profunda de la población y un acercamiento directo a sus formas de vida.

riencias en este ámbito, a un debate sobre la sexualidad y sus prácticas de riesgo, a informarse sobre la infección y su contexto general de intervención y a estar atentos a la evolución de la pandemia así como a su impacto en la comunidad.

Hacia una visión de intervención interdisciplinaria

La diversidad y la complejidad de los problemas sociales demandan cada día más la experticia de diferentes profesiones de la salud y de lo social (Lindsay y otros, 1999). Denominada interdisciplinaria, esta práctica de trabajo aparece como un tipo de respuesta a la realidad que confronta la infección por VIH-SIDA, favoreciendo un enfoque global en torno a distintas situaciones y necesidades complejas manifestadas por los individuos. Así, se puede observar que el VIH-SIDA no está ajeno a esta forma de hacer y ver las cosas y los equipos de trabajo implican en la mayoría de los casos la presencia de personas de diversas disciplinas.

Los trabajadores sociales, en razón de su formación, tienen una tendencia natural de observar y analizar la realidad desde una óptica sistémica, donde el individuo es visto en tanto que persona que forma parte de un entorno (familia, cercanos, etc.). Por ello, los trabajadores sociales ocupan un lugar especial en la intervención en PVVIH-SIDA, ofreciendo una mirada multidisciplinaria a la intervención. Según Lindsay y otros, (1999), el Trabajo Social es la profesional que más está presente en la composición de equipos multidisciplinarios cuando se trata de intervenciones en problemáticas humanas.

Se desea remarcar que el valor de la interdisciplinaria reside en el hecho que aborda los problemas desde un enfoque colectivo y que permite tratar los problemas en forma holística. Además, la interdisciplinaria facilitaría la coherencia, la conti-

nuidad y la eficacia de los servicios ofrecidos. (Lindsay y otros, 1999).

La realidad de la interdisciplinariedad pareciera existir en todos los dominios de intervención en Trabajo Social. El aporte del Trabajo Social en equipos de trabajo multidisciplinarios ha progresado de forma constante en el tiempo (Dumont, 1996). Las intervenciones de Trabajo Social en VIH-SIDA lo muestran bien, los trabajadores sociales están cada vez más presentes en el plano de la composición de equipos. El rol del trabajador social se sitúa en diversas esferas de la problemática social, tal como lo muestran los niveles de intervención en VIH-SIDA presentadas precedentemente. Su rol puede ser de consultante, negociador, de persona de apoyo, de acompañador, de consejero o de terapeuta. El trabajador social en VIH-SIDA está en forma habitual ubicado en una posición de acompañador-terapeuta en el sentido de apoyar social y psicológicamente a la persona enferma y su familia, y apoyar a los demás miembros del equipo que intervienen para una mayor comprensión de la persona enferma y su familia.

Conclusión y perspectivas de intervención

En primer término, se desea aclarar que no ha sido la intención de este trabajo el establecer una tipología de intervenciones del Trabajo Social en PVVIH-SIDA, en el sentido puro del término, sino, no obstante los elementos que han surgido de este documento, alimentar la práctica social en el terreno de las enfermedades crónicas como el VIH-SIDA.

Sólo un cuarto de siglo ha pasado desde el diagnóstico del primer caso de sida en el mundo y la obtención de un reconocimiento sobre la importancia y la complejidad de aspectos psicosocial del VIH-SIDA. De una infección del estigma en sus inicios (Herek y Glunt, 1988) a una feminización en el tie-

mpo (ONUSIDA, 2008: 10) esta pandemia se ha transformado en un verdadero problema social en el más amplio sentido del término. La profesión del Trabajo Social, no ha estado ausente en esta problemática y desde sus intervenciones en los medios hospitalarios pasando por la intervención individual, de grupo a la intervención colectiva y la investigación social, ha colocado al Trabajo Social en una de las primeras profesiones en interesarse en las personas que han contraído la infección del VIH. En sus inicios el Trabajo Social se interesa en la intervención individual y en las personas cercanas y/o familiares. Con el tiempo un nuevo cuerpo de conocimientos basados en aspectos médicos, psicológicos y sociales de las personas infectadas de VIH aparece.

En los últimos dieciséis años, una gran cantidad de investigaciones orientadas hacia los factores psicosociales del VIH-SIDA han sido dirigidas por trabajadores sociales. La investigación en PVVIH-SIDA se sitúa en tres grandes ejes o temáticas de interés: estigmatización, conductas de riesgo y efectos de las TARV; en menor proporción se encuentran aquellas investigaciones que abordan aspectos diversos de la pandemia en la vida de la persona infectada y/o de su entorno.

El Trabajo Social ha vivido de manera progresiva un cambio en cuanto a intervención en PVVIH-SIDA. Lo que en sus principios se limitaba al medio hospitalario con modelos de intervención de naturaleza predominantemente individual, con una concepción médica de la intervención, cambia durante las dos últimas décadas a medida que crece la pandemia. Esta transformación ha implicado en el tiempo modelos interdisciplinarios de intervención, con una diversificación de modelos y teorías que ponen el acento sobre lo que es social, familiar y comunitario. De esta forma la práctica en PVVIH-SIDA se orienta aún más hacia un modelo de análisis próximo a la concepción

de Trabajo Social de Addams⁵. Enfoque desde el cual se concluye que el modelo médico de ayuda “caring” muy aplicado en los principios de la crisis del VIH-SIDA no basta, por lo que la realidad debe ser vista desde una perspectiva global para poder comprenderla mejor. De esta forma se le otorga un rol más preponderante a lo comunitario.

El reconocimiento para el Trabajo Social de la complejidad de la infección del VIH, desde un punto de vista bio-sico-social, obliga a desarrollar mayores conocimientos y habilidades que son necesarias para intervenir sobre ella, lo que ha exigido un trabajo multidisciplinario. Es aquí donde lo social y la salud se juntan, ya sea desde una perspectiva terapéutica o preventiva para abordar un problema que tiene consecuencias diversas sobre la vida de las personas infectadas y de su entorno. En este sentido, las prácticas sociales ejercidas en PVVIH-SIDA han movilizadas las competencias generales del trabajador social así como aquéllas vinculadas a la especificidad de su campo de intervención, como por ejemplo: comprensión de la persona, su ambiente y la infección; conocimiento de los equipamientos, de los dispositivos legislativos o reglamentarios, de los grupos sociales de apoyo, de las redes asociativas y comunitarias, etc. La literatura muestra así, que los trabajadores sociales han constituido un aporte valioso en este sentido, reforzando el capital social, individual y la suma de recursos para el funcionamiento de los individuos y

organizaciones vinculadas al VIH-SIDA; lo que viene a reforzar el concepto de «misión de justicia social» en la profesión. Principio que es retomado en el «Manifiesto de trabajadores sociales» anteriormente referido.

En resumen, los trabajadores sociales han aportado una contribución valiosa en el ámbito del VIH-SIDA. Su aporte se extiende también a la intervención propiamente dicha: por la instauración de grupos de ayuda mutua a los padres y cercanos de las personas infectadas, con el fin de ofrecer un apoyo durante los momentos difíciles así como trabajar el duelo con la familia frente a un deceso. Lo anterior nos muestra la diversidad de prácticas sociales que son distintas de la profesión de Trabajo Social y que no han estado ajenas en la intervención tanto en PVVIH-SIDA como en su entorno. Desde el «casework» a la intervención individual, pasando por la intervención familiar y de grupo y la intervención colectiva y la investigación social. Así la evolución del Trabajo Social se distingue por sus «múltiples rostros» y su evolución hacia una intervención multidisciplinaria en materia de VIH-SIDA.

Lo que nos queda por plantear es lo que concierne a las perspectivas de intervención en esta materia. Es así que un primer elemento emerge en este sentido y dice relación con la colaboración internacional. Ello alimentaría enormemente las prácticas de intervención desarrolladas en sus distintos niveles de intervención en PVVIH-SIDA, de modo que diferentes países puedan aprender los uno de los otros y recuperar aquellas prácticas exitosas así como aprender de los errores de otros. Las prácticas pueden conducir perfectamente a la elaboración de políticas públicas globales en esta población y a enfrentar el potencial envejecimiento de la PVVIH-SIDA. En este sentido caben las preguntas: ¿Qué están haciendo los gobiernos para enfrentar la prolongación de la vida que ha permitido la biomedicina en las PVIH-SIDA? ¿Sus políticas incluyen

⁵Addams, desde muy temprano en la historia Trabajo Social destaca la necesidad de la intervención comunitaria para enfrentar los problemas sociales. En este sentido se ofrece una visión global de intervención de los problemas y de la implicación de la comunidad con la persona enferma, por lo que podemos leer subyacente a su filosofía la imperiosa necesidad de utilizar los recursos existentes en la comunidad y dar a esta un rol de decidor, de participante activo en la solución de los problemas. Este enfoque además reposa sobre una concepción profunda de la población y un acercamiento directo a sus formas de vida.

una real integración a la sociedad civil de la PVVIH-SIDA? ¿De qué subsistirán ellos? ¿De la ayuda social que les otorgue su país de origen? Ayuda que en países del tercer mundo casi no existe y en otros si esta existe no alcanza para vivir dignamente.

En Canadá, Chile y en todo el mundo la mujer presenta un riesgo de infección importante, lo que se traduce en inequidad de los sexos, ello ya exige la necesidad de planificar y poner en práctica políticas para enfrentar este problema «sexoespecifico» del VIH (ONUSIDA, 2008, p. 10), otorgando una especial atención a las políticas dirigidas a la población adolescente masculina y a los hombres. A ello se suma el hecho que existe un número cada vez más creciente de PVVIH-SIDA que se acerca a los cincuenta años, así estrategias para facilitar y mejorar su envejecimiento son esenciales. Ya es tiempo de pensar a elaborar políticas sociales en un nuevo contexto de la pandemia que producirá el envejecimiento paulatino de la PVVIH-SIDA.

En este sentido los trabajadores sociales pueden desarrollar iniciativas en favor de un mayor desarrollo de la investigación de punta en esta área, así como de las prácticas de intervención en PVVIH-SIDA.

Ello es posible desarrollando iniciativas o alianzas estratégicas de investigación con otros servicios, universidades nacionales o extranjeras desde los propios centros de investigación social universitarios. Ello exige, sin lugar a dudas, un gran compromiso en la investigación social del cuerpo académico en términos de la búsqueda de recursos para el financiamiento de proyectos. La educación de «excelencia» o dicho de otra manera en lenguaje de mercadotecnia «competitiva» no se concibe sin ir a la par con la investigación, ello confronta a nuevos desafíos y permite al mismo tiempo adquirir conocimientos y madurez para transmitir a las nuevas generaciones de trabajadores sociales, quienes tendrán la tarea de continuar con los desafíos de la profesión.

Una otra instancia a tener presente en vista al desarrollo de estrategias de intervención es aquella de las propias asociaciones de profesionales tanto en el nivel nacional a partir de sus colegios regionales y nacionales así como en un espacio más amplio como es el caso de la Federación Internacional de Trabajadores Sociales (IFSW).

Bibliografía

- Addams, J. (1926), How Much Social Work Can a Community Afford? Survey (November 15), 199-201.
- Ashton, E., Vosvick, M., Chesney, M., Gore-Felton C., Koopman, C., O'Shea, K., Maldonado, J., Bachmann, M., Israelski D., Flamm, J. & Spiegel, D. (2005). Social Support and Maladaptive Coping as Predictors of the Change in Physical Health Symptoms among Persons Living with HIV/AIDS, AIDS Patient Care and STDs, September, 19, 9, 587-598.
- Association canadienne de travailleurs sociaux (2001). VIH-SIDA: Manifeste des travailleurs sociaux, Le travailleur social canadien, 3, 1, 7-12.
- Beauger, M., Godim, M. & Jumelle, Y. (1989). Sida Approche clinique, Le travailleur social, 57, 1, 17-22.
- Boland, B., Murphy H. & Ennis, F. (1996). L'accompagnement. Savoir guider et accepter d'être guidé, Le travailleur social, 64, 4, 46-52.
- Bourgon, M. (2001). Integrating the Personal, the Professional, and the Political in HIV/AIDS, En Social Work and HIV. The Canadian Experience, (dir) W. Rowe & B. Ryan, Ont.: Oxford University Press.
- Boyer, A. & Indyk, D. (2006). Shaping Garments of Care: Tools for Maximizing Adherence Potential, Social Work in Health Care (The Haworth Press, Inc.), 42, 3/4, 151-166.
- Bowlby, A. (2001). Care and the Context of Injection Drug Use, En Social Work and HIV. The Canadian Experience, (dir) W. Rowe & B. Ryan, Ont.: Oxford University Press.
- Brown, L., Macintyre, K. & Trujillo, L. (2003). Interventions to reduce HIV/AIDS stigma: What have we learned? AIDS Education and Prevention, 15, 49-69.
- Carlson, C. (2003). Hospital Social Work with HIV/AIDS Patients to 1995 : Death, Dying, Layoffs. And Managed Care, En A History of AIDS Social Work in Hospitals, (dir) B. Willinger and A. Rice, New York.
- Chapa, L. (2003). HIV/AIDS Case management in the ER : A Link to Continuity of Care, En A History of AIDS Social Work in Hospitals, (dir) B. Willinger and A. Rice, New York.
- Déchaux, J-H. (2002). Mourir à l'aube du XXIe siècle, Gérontologie et société, 102, septembre, 253-268.
- De Robertis C. & H. Pascal (1987) L'intervention collective en travail social, groupes et territoires, Paris, Bayard Éditions, 303 p.
- Dumont, S. (1996). Avant-propos, revue Service social, 45, 3, 3-4.
- Elford, J., Ibrahim, F., Bukutu C. & Anderson, J. (2008). HIV-Related Discrimination Reported by People Living with HIV in London, UK, Aids and Behavior, 12, 2, 255-264.
- Farmer p. (1996). Sida en Haïti. La vitime accusée, Éditions Karthala, Paris.

- Freedman, J. (2003). The New York State Response: Case Management for Persons Living with HIV and AIDS, En A History of AIDS Social Work in Hospitals, (dir) B. Willinger and A. Rice, New York, 59-69.
- Hall, N. (2007). We Care Don't We? Social Workers, the Profession and HIV/AIDS, Social work, health, and international development, 55-72.
- Herek, G.M. (2004). Beyond "homophobia": Thinking about sexual prejudice and stigma in the twenty-first century, *Sexuality Research and Social Policy*, 1, 2, 6-24.
- _____ & Glunt E. (1988) An Epidemic of Stigma. Public Reactions to AIDS, *American Psychologist*, 43, 11, 886-891.
- Hurtubise & Deslauriers J.P. (2003). Introduction au travail social. Méthodologies et pratiques nord-américaines, Canada, Les Press de l'Université Laval.
- Kendall, D., Nygaard V. & Thompson, E. (2004). Social problems in A diverse society, Toronto, Edited by Pearson, Allyn and Bacon.
- Kipp, W., Matukala, T., Laing L. & Jhangri ,G. (2006). Care burden and self-reported health status of informal women caregivers of HIV/AIDS patients in Kinshasa, Democratic Republic of Congo, *AIDS Care*, October 2006; 18, 7, 694-697.
- Labra, O. & Neira, C. (2008) Percepción de las personas sintomáticas de VIH-SIDA de la Política de Salud Chilena. Caso de la Región del Maule », *Revista de Trabajo Social, Un espacio critico para la reflexión en Trabajo Social, Universidad Central, Santiago, Chile, ISSN 0718-4182. Año N° 3, 39-48.*
- Lecomte R. (2003) La nature du travail social, en Introduction au travail social. Méthodologies et pratiques, (dir) Hurtubise & Deslauriers J.P. travail social. Méthodologies et pratiques nord-américaines, Canada.
- Lekas, H-M. & Siegel, K. (2006). Continuities and Discontinuities in the Experiences of Felt and Enacted Stigma Among Women With HIV/AIDS, *Qualitative Health Research*, 16, 1165-1190.
- Lindsay, J., Dumont, S. & Auger F. (1999) Le travail interdisciplinaire dans la formation en service social. Série : État de la question, École de service social, Université Laval, Canada.
- Mayer, R. & Laforets, M. (1990). Les problèmes sociaux, *Service social*, 39, 2, 13-43.
- Miller, D. (1988). HIV and social psychiatry, *British Medical Bulletin*, 44, 1, 130-148.
- Nations Unies (2005). Population, développement et VIH-SIDA et leur rapport avec la pauvreté, Division de la population, p.3-15.
- ONUSIDA (2008) Rapport sur l'épidémie mondiale de sida. Résumé d'orientation, 3-31; 30-62.
- _____ (2004). Rapport sur l'épidémie mondiale de sida. Résumé d'orientations », 4ème rapport mondial, p.1-18.

- Olivier, C. (2001). AIDS-Specific Social Work Practice in Rural Areas, En *Social Work and HIV. The Canadian Experience*, (dir) W. Rowe & B. Ryan, Ont.: Oxford University Press.
- Ouellet, F. & Lindsay, J. (1991). *L'intervention psychosociale et sida; Rapport de recherche*, Éditeur Laboratoire de recherche, École de Service social, Université Laval.
- Pappel, C. & Rothman, B. (1983). Le modèle du courant central du service social des groupes en parallèle avec la psychothérapie et l'approche de groupe structuré, revue *Service social*, 32, 1-2, 11-31.
- Peterson, S., Martins C. & Cofrancesco, J. (2009). Lipodystrophy in the patient with HIV: social, psychological, and treatment considerations, *Aesthetic surgery quarterly*, 28, 4, 443-451.
- Quinn T. (2008). HIV epidemiology and the effects of antiviral therapy on long-term consequences, *AIDS, Sep.* 22, 3, 7-12.
- Redjeb, B., Mayer R. & Laforest, M. (2001). Problème social. Concept, classification et perspective d'analyse, En *Problèmes sociaux. Théories et méthodologies*, (dir) Henri Dorvil et Robert Mayer, Éditeur Presses de l'Université du Québec.
- Ritzer, G. (1986). *Social Problems*, New York, Random House, 632 p.
- Rowe, W. (2007). Cultural Competence in HIV Prevention and Care: Different Histories, Shared Future, *Social Work in Health Care*, 44, 1/2, 45-54.
- _____ & Ryan, B. (2001). Travail social canadien VIH-SIDA, Éditorial, *Le travailleur social canadien*, 3, 1, 1-6.
- Santoro, M., Bertoli A., Lorenzini, P., Lazzarin, A., Esposito R., Carosi, G., Di Perri, G. Filice, G., Moroni, M., Rizzardini, G., Caramello, P., Maserati R., Barcisco P. & Antironi, A. (2008). Viro-immunologic response to ritonavir-boosted or unboosted atazanavir in a large cohort of multiply treated patients: The CARE study, *AIDS patient care and STDs*, 22, 1, Jan. 7-16.
- Spector, M. & Kitsuse, I. (1977). *Constructing Social Problems*, Edited by Menlo Park, California: Cummings.
- Tiblier, K., Walker, B. & Rolland, J. (1989). Therapeutic Issues When Working with Families of Persons with AIDS, *Marriage and Family Review*, 13, 1/2, 81-128.
- Thompson, B. (1998). Case Management in AIDS Service Setting, in *HIV and Social Work. A Practitioner's Guide*, (dir) D. Aronstein and B. Thompson, Edited by New York : Haworth Press, 75-88.
- Vance, D., Struzick, T. & Masten, J. (2008). Hardiness, Successful Aging, and HIV: Implications for Social Work, *Journal of gerontological social work*, 5, 3/4, 260-283.
- Villeneuve, T. (1989). L'intervention psychosociale au Centre maternel et infantile sur le sida de l'hôpital Sainte-Justine, revue *Service social*, 38, 1, 44-60.
- Wood, S. (2008). Health Care Services for HIV-Positive Substance Abusers in a Rural Setting: An Innovative Program, *Social Work in Health Care*, 47, 2, 108-121.