

# **TERAPIA OCUPACIONAL EN CENTROS RESIDENCIALES PARA PERSONAS CON VIH/SIDA.**

## **Occupational Therapy in residential centers for people with HIV/AIDS**

Dúnia Flores Mollà

Terapeuta ocupacional del Centre Acollida Convent dels Franciscans

La Bisbal d'Empordà, Girona.

[to.sm@hotmail.com](mailto:to.sm@hotmail.com)

Junio 2014

## **Resumen**

Desde la propia experiencia que a lo largo del tiempo he adquirido trabajando en el ámbito de terapia ocupacional con personas afectadas del VIH, explicaré la aplicación de nuestra profesión a éste colectivo que durante años ha sido motivo de exclusión.

La historia de la enfermedad en España surge en los años 80, cuando todavía era muy desconocida y etiquetada como enfermedad terminal. A lo largo del tiempo han ido surgiendo nuevos medicamentos que mejoran la calidad de vida de las personas afectadas, lo que ha supuesto una cronificación de la enfermedad, modificando la especificidad de la atención a una más general.

Aún así, desde una visión holística de la persona, la enfermedad crea una gran disfunción ocupacional de la que nos hace partícipes como terapeutas ocupacionales y miembros de un equipo interdisciplinar con el que, a través de nuestros valores, acompañamos a estas personas a encontrar en sus potencialidades la fuerza para salir de la exclusión social y encontrar su lugar dentro de la comunidad.

En este artículo lo que pretendo es dar a conocer como desde la terapia ocupacional podemos acompañar a personas que conviven con el VIH/SIDA en centros residenciales y la importancia de la inclusión en la comunidad.

**PALABRAS CLAVE:** Terapia Ocupacional, integración a la comunidad, VIH/SIDA

**DeCS:** Terapia Ocupacional, integración a la comunidad, VIH-1

## **Summary**

From my own experience that I have acquired as an occupational therapist working with HIV infected patients, I hope to show how our work can be applied to help these people who have been excluded for many years.

HIV first appeared in Spain during the 1980s. It was labeled as a terminal illness and much about the disease was unknown. Since then, new medications have been developed that have improved the quality of life for infected patients, changing the disease from a terminal illness to a chronic one. This fact has changed treatment from a more specific to a more general response.

Nevertheless, from the holistic point of view of the person, the disease has created an occupational dysfunction of the type that allows Occupational Therapists to participate along with members of an interdisciplinary team to combine skills to help HIV infected patients to reach their full potential, and find the strength to overcome social exclusion and a place in society.

In this article I want to explain how occupational therapy can help patients coexist with HIV/AIDS in residential centers and the importance of communal incorporation.

**KEY WORDS:** Occupational Therapy, community integration, HIV/AIDS

**MeSH:** Occupational Therapy, community integration, HIV-1

## 1 Introducción

El VIH-SIDA aparece en España en 1981 como una enfermedad mortal y estigmatizante para aquellos que la padecían. Las personas afectadas fueron concretadas en distintos colectivos, echo que provocó todavía más su exclusión social.

En España la primera vía de contagio por VIH se ha debido a la práctica de intercambio de jeringuillas entre los consumidores de drogas parenterales, el segundo lugar está ocupado por la transmisión a través de relaciones sexuales entre homosexuales y el tercer lugar por transmisión heterosexual. También hay otros factores causantes del contagio, como transfusiones sanguíneas realizadas por intervenciones quirúrgicas, aunque actualmente es prácticamente imposible que se de este echo, debido al riguroso protocolo que se sigue en la sanidad.

Según el Instituto Nacional Estadístico <sup>(1)</sup>, en 1981 se diagnosticó el primer caso de SIDA en España. Para hacernos una idea, en 1994 se contabilizaron 7.481 diagnósticos de VIH, 924 por transmisión homosexual, de los cuales 5.087 eran usuarios de drogas inyectadas y 1.037 por relaciones heterosexuales. En 2010, 1.162 personas fueron diagnosticadas, 307 por transmisión homosexual, 328 por drogas inyectadas y 385 por transmisión heterosexual. Des de 1981 hasta el año 2010 se registran en España un total de 64.494 varones y 16.333 mujeres diagnosticados de VIH. En el caso de los varones, 39.571 son contagiados a través de drogas inyectadas (UDI), 8.531 por transmisión heterosexual y 11.659 por transmisión homosexual. Esta información implica que hay una reducción del número de casos de SIDA y como consecuencia hay un índice de mortalidad más bajo que hace que el colectivo de enfermos sea mayor y con un envejecimiento colectivo.

Las personas con el VIH y SIDA tienen un factor común que viene relacionado con la estigmatización por parte de la sociedad. Goffman definía el estigma como aquel atributo que desacredita socialmente a quien lo soporta, sometiénolo a reacciones adversas, de hostilidad y de rechazo que favorecen la soledad y el aislamiento social. Gran parte de la sociedad sigue pensando que quien la padece es debido a sus malos hábitos o conductas, etiquetándolos de esta manera como drogadictos o promiscuos e interfiriendo así en su realización como personas <sup>(2)</sup>.

En los inicios, aparecieron las primeras "casas de acogida" cuya función principal era la de acoger y acompañar a las personas afectadas, a través del proceso de la enfermedad, ofreciéndoles una muerte digna. Hoy en día, gracias a los nuevos fármacos se ha conseguido estabilizar la enfermedad y cronificarla.

En los próximos apartados me centraré en mi experiencia como terapeuta ocupacional en el acompañamiento a personas con VIH que llevo realizando desde el año 1997 en el centre d'Acollida Convent dels Franciscans de la Fundació Acollida i Esperança en la provincia de Girona, Cataluña.

## **2 Contexto**

Desde el año 1981 hasta 2010, en Cataluña se han registrado un total de 13.304 hombres diagnosticados de VIH/SIDA y 3.259 mujeres <sup>(1)</sup>.

El Centre d'Acollida del Convent dels Franciscans, es una casa de acogida para personas con VIH y que pertenece a la Fundació Acollida i Esperança. La

Fundación emerge en Cataluña para dar un hogar a aquellas personas con VIH y que han sido "abandonadas" por la sociedad. Actualmente acoge solo a varones.

El centro está ubicado en una localidad cercana a Girona y se inauguró hace diez años. Desde sus inicios hasta la actualidad, ha ido evolucionando y creciendo, tanto en metodologías como en recursos humanos. Actualmente su gestión es mayoritariamente privada y parte con fondos públicos. Pertenece a la red de recursos para personas con VIH. Esta red de recursos para personas con VIH está formada por 13 centros distribuidos por toda Cataluña, aunque en ninguno de ellos existe la presencia de un Terapeuta Ocupacional.

Una de las posibles razones por las cuales no aparece la presencia de un terapeuta ocupacional podría ser la del desconocimiento de nuestra profesión. La mayoría de estos centros surgen de la necesidad de proporcionar una muerte digna a personas con Sida y en el inicio no había conocimiento de lo que los terapeutas ocupacionales podían ofrecer en este contexto.

### **3 Perfil actual de personas que se acogen en centros residenciales**

Actualmente, nos encontramos con personas con fuertes situaciones de desestructuración personal y social. Los motivos para que una persona llegue a una casa de acogida pueden ser varios, pero todas tienen un punto en común, la soledad en la que se encuentran. Encontramos personas, en este caso hombres, que tienen o tuvieron una trayectoria dentro del consumo de drogas y como ya se sabe, la drogadicción tiene muchas implicaciones, la primera es que hace a la persona suya, se adueña de todo lo que más aprecia, haciendo que el consumo sea su principal motivación. Cuando llegan a una casa de acogida, ya

están en Programas de Mantenimiento con Metadona o han decidido dejar de consumir, lo que es un punto a favor para el tratamiento. También nos encontramos que un gran porcentaje de personas tienen diagnosticada alguna enfermedad mental, con manifestaciones psiquiátricas asociadas al VIH y al consumo de sustancias o al tratamiento anti-retroviral. A esto se le añade que se encuentran en una situación muy precaria, con pocos recursos económicos o ninguno. No tienen ingresos suficientes para costearse una vivienda o mantener la que tienen y poder llegar a final de mes.

La mayoría tienen poca formación escolar y laboral, habiendo abandonado los estudios muy jóvenes y laboralmente no tienen mucha experiencia, debido a las adicciones o continuas entradas y salidas de prisión. La mediana de edad se sitúa en los 42 años. Son personas cuyas familias ya claudicaron, no mantienen contacto con ellos y no saben cómo afrontar la situación, por eso necesitan un sitio donde poder vivir.

Algunos han estado ingresados en centros penitenciarios o todavía tienen condenas judiciales pendientes de cumplimiento. Se detectan casos de fuerte institucionalización. Muchas de estas personas, des de la adolescencia, han residido o han sido usuarios de diferentes instituciones y una vez salen de un centro siguen sin tener recursos personales suficientes para afrontar las distintas situaciones a las que se enfrenta, lo que origina que estén inmersos en la misma espiral que les hizo ingresar en un centro, ya sea albergue, residencia, penitenciaría...

Debido a secuelas de enfermedades oportunistas o a patologías asociadas como demencia-Sida, neuropatías, leishmaniosis...tiene problemas para realizar las actividades de la vida diaria con total independencia.

En los últimos años hay algunos usuarios inmigrantes que conocieron su enfermedad antes de venir a nuestro país y la falta de recursos económicos hace que acaben viviendo en una situación precaria, siendo los servicios sociales los encargados de buscarles recursos.

## **4 Análisis desde la Terapia ocupacional**

El Modelo Canadiense del Desempeño Ocupacional (C.M.O.P) utiliza como concepto central el rendimiento ocupacional, el terapeuta ocupacional analiza la interacción dinámica entre la persona, su entorno y la ocupación. <sup>(4)</sup>

De la persona podemos decir que después de un tiempo de ser portador del VIH, pueden aparecer diferentes enfermedades asociadas debido a que el sistema inmunológico está debilitado, como por ejemplo, candidiasis oral, hepatitis C, tuberculosis, tumores, neumonía. También la medicación antirretroviral produce efectos secundarios como son las diarreas, la lipodistrofia y patologías asociadas como leucoencefalopatías, complejo demencia-SIDA, herpes zoster...Y si anteriormente a la infección tenían algún tipo de patología mental como esquizofrenia, trastornos esquizoides u otros, la enfermedad mental se agrava<sup>(3)</sup>.

A nivel afectivo, desde el primer momento que se diagnostica el VIH implica un proceso de duelo, debido a la pérdida de salud que esto conlleva, surgen miedos, dudas, soledad, culpabilidad y aparece el sentimiento de miedo al rechazo por la sociedad. El VIH-SIDA es una enfermedad excluyente, socialmente es una etiqueta que se asocia directamente a conductas evitables y que son juzgadas por la sociedad, como afirma Susan Sontag: Una enfermedad con un significado que se ha convertido en descalificador social <sup>(2)</sup>. El proceso de la aceptación de la enfermedad o de enfermedades oportunistas puede ser largo y duro. La empatía con la persona que trabajamos es muy importante, ya que si no podemos ponernos en su lugar no podremos acompañarlo.

Claramente la ocupación es otra área que está en desequilibrio. La ocupación hace referencia al conjunto de actividades y tareas de la vida cotidiana, Kielhofner (1992) dijo que los individuos son ocupacionalmente funcionales cuando satisfacen sus propias necesidades de exploración y dominio y cumplen con las necesidades sociales de participación productiva y de ocio. Las



disfunciones ocupacionales resultan cuando alguna de estas necesidades no se satisface <sup>(4)</sup>. El rol primario de la Terapia Ocupacional es el de posibilitar la ocupación en las áreas de autocuidado, ocio y productividad. Implica un proceso de colaboración. La ocupación es nuestra herramienta para el cambio.

Referente al autocuidado, en una casa de acogida nos encontramos que las personas que acuden a ella tienen esta área afectada principalmente debido a secuelas de enfermedades motrices o psicológicas o a la situación de vivir en la calle. Muchas de las personas que atendemos, antes de llegar al centro, han descuidado su cuidado personal y hábitos tanto de higiene como de alimentación, además de no seguir las pautas médicas recomendadas. Es muy importante, desde un principio, tener una rutina bien organizada en cuanto a hábitos de higiene, cuidado personal e importancia de la toma de medicación. Cuando una persona llega a una casa de acogida se le garantiza la cobertura de sus necesidades básicas. A partir de aquí, dentro del área de autocuidado, desde la terapia ocupacional podemos ir trabajando con la persona otros aspectos importantes para ella. Nos encontramos con personas que nunca se preocuparon de cuidarse, tienen que adquirir unos hábitos que nunca tuvieron, lo cual será más fácil si en un pasado ya tuvieron una rutina de higiene y cuya pérdida fue circunstancial. El terapeuta ocupacional juntamente con el equipo de enfermería dará énfasis en tener cuidado de su enfermedad, seguir las visitas médicas, conocer la medicación que toma y las dosis. También hay que valorar las actividades de la vida diaria que se deberán de adaptar a la persona para que pueda realizarlas con normalidad.

En el área de productividad, hay pocos que tengan estudios o experiencia laboral. Les ha costado seguir hábitos y rutinas laborales, en muchos casos debido a la dependencia de sustancias tóxicas o por dificultad para seguir el ritmo de un trabajo normalizado, al repercutir su estado de salud. Al principio la mayoría de personas que ingresa en un centro llegan con las defensas bajas y débiles debido a la enfermedad, cuando recuperan su estado de salud surgen los problemas iniciales por los cuales muchos perdieron el trabajo que habían realizado o las dificultades por las cuales no pudieron acceder a un trabajo.

También nos encontramos con gente muy motivada para recuperarse a nivel físico y poder integrarse en el mundo laboral, otros se menosprecian pensando que nunca podrán trabajar y que su condición de enfermo les perseguirá. Hay que ser realista con la situación que está viviendo la persona y no crear falsas expectativas. Desde un principio, en una casa de acogida, las personas que residen en ella pueden reforzar su autoestima trabajando en un taller, por ejemplo, donde puedan ir acostumbrándose a unos hábitos laborales como son la puntualidad, responsabilidad y eficiencia, para luego hacer algún curso subvencionado y así poder acceder al mundo laboral, aunque todo dependerá de cada situación.

El ocio es otro punto a trabajar con la persona, ya que existen dificultades para gestionarlo. Si exploramos en el recorrido de ocio de la persona, podremos encontrar que el tipo de ocio es disfuncional ya que conduce a malos hábitos y también que la enfermedad les implica dificultades a la hora de encontrar un ocio adecuado o satisfactorio debido a las secuelas físicas que puedan padecer. Muchas de sus amistades anteriores murieron por la misma enfermedad que ellos mismos padecen, sobre todo los que vivieron en un entorno de drogadicción. Se puede decir que los que quedaron y ellos mismos son unos supervivientes. También las actividades de ocio que realizaron de manera satisfactoria en el pasado quedaron muy atrás y les cuesta pensar que pueden volver a realizarlas por las posibles secuelas de tipo físico y el posterior sentimiento de "ya no puedo volver a hacerlo". Explorar nuevas formas de ocio, será algo indispensable para llegar a conseguirlo.

El Modelo Canadiense del Desempeño Ocupacional (C.O.P.M) parte de la visión de las personas como seres espirituales, que son agentes activos con el potencial para identificar, escoger e involucrarse en ocupaciones y en su medio ambiente (CAOT, 1997) La espiritualidad es vista como la esencia verdadera del ser humano. Todas las personas tenemos unas necesidades espirituales que no tienen porque ser religiosas. Es una parte muy importante en todo ser humano ya que nos guía en nuestras elecciones, en la manera de hacer. La

espiritualidad puede ser un gran punto de apoyo para personas que tienen una enfermedad. Hay muchas actividades que nutren la espiritualidad, como asistir a cultos religiosos, hacer retiros, practicar yoga, actividades en la naturaleza.... La ocupación suministra significado en los niveles superiores del sistema humano. Lo que la persona elige hacer con su tiempo libre tiene un significado social, simbólico, cultural y espiritual (Yerxa et al. 1990). La dimensión de espiritualidad hace referencia a la experiencia de sentido del ser humano (Egan y Delaat, 1994) <sup>(4)</sup>.

Dentro del entorno distinguimos el entorno físico, cultural, institucional y social. El medio institucional en el que se encuentran es la casa de acogida, con unas normas de convivencia, responsabilidades, horarios y actividades. El entorno físico es muy importante analizarlo para tener en cuenta las barreras arquitectónicas que se pueden encontrar. Referente al entorno cultural es importante tenerlo en cuenta sobre todo en personas inmigrantes que proceden de culturas diferentes a la nuestra, si bien en nuestra cultura siguen habiendo prejuicios sobre el VIH/SIDA, en otras culturas siguen teniendo una visión de esta enfermedad muy excluyente. El medio social es también muy importante, VIH y exclusión son dos términos que están relacionados de alguna manera. La situación de exclusión puede terminar en enfermedad: no tener acceso a campañas, medios de prevención, dificultad para encontrar más motivaciones que la calle puede conducir al VIH y el VIH puede producir rechazo en la familia, en el trabajo, amistad<sup>(1)</sup>. Por esto es tan importante trabajar con la comunidad.

La terapia ocupacional tiene una visión holística de la persona y nuestra actuación debe ser consecuente teniendo en cuenta todas las dimensiones de la persona para poder ofrecerle un mayor apoyo.

## **5 La comunidad como herramienta terapéutica**

La mayoría de gente que reside en un centro de acogida, muestra para el resto de la comunidad su condición de enfermo, en muchos casos hace que la misma persona se sienta diferente a los demás y que la comunidad tenga prejuicios a la hora de ofrecer cualquier servicio a las personas que residan en estas casas.

La labor central que ocupa o que debiera ocupar en este tipo de centros desde el punto de vista terapéutico ocupacional es la de potenciar las habilidades, reforzar la autoestima de las personas que residan en ellas para poder realizar actividades que les incluyan dentro de la comunidad y así poder normalizar su situación. El objetivo final siempre será que, dentro de las posibilidades de cada uno, encuentre su lugar dentro de la sociedad sin ser discriminado ni juzgado por la enfermedad o su situación personal. Programas para la integración comunitaria podrían ser acogidos por los residentes muy positivamente.

Podemos intentar potenciar y aprovechar las capacidades de los residentes ofreciéndoles la posibilidad de poder compartir sus habilidades en centros de día para mayores, escuelas de adolescentes o colegios para niños, por ejemplo: que los residentes pudieran participar como "monitores" enseñando conocimientos como cestería o bisutería , aprendidos previamente en los talleres del recurso, ejerciendo de voluntarios acompañando a personas mayores de la residencia geriátrica de la ciudad o a los adolescentes de unidades educativas o también actividades conjuntas con los niños de una escuela que estén relacionadas con los talleres que se realizan en la casa de acogida. Aquí partimos de sus capacidades que, previamente reforzadas en el trabajo diario personal, tienen la oportunidad de compartir con diferentes personas de diferentes generaciones, reforzando mucho la autoestima y ayudándoles a explorar sus intereses. Este trabajo es muy importante. Debemos valorar que el impacto de un recurso de este tipo es muy diferente si está situado en un pueblo o en una ciudad, depende del tamaño de la comunidad donde se ubique, el impacto social será mayor o menor, me explico: en una ciudad es más fácil pasar desapercibido, hay tal número de personas que difícilmente puedas conocerlas a todas , por lo tanto la desconfianza que pueda generar una persona a otra no viene determinada de dónde viene, en

cambio en un pueblo o ciudad de pocos habitantes es más fácil conocer de donde viene cada uno; los comercios, escuelas, bancos... son puntos de encuentro social para las personas y como consecuencia se conocen más entre ellas. En muchas ocasiones el estigma de la enfermedad puede llevar a situaciones como acusaciones de hurto en comercios o trato diferencial en distintos organismos públicos. Estas actividades conjuntas con diferentes entidades son importantes ya que rompen con los prejuicios y los miedos, y nos acercan cada vez más a una igualdad. Para la comunidad se deja de ser un elemento de especulación dónde las personas que la componen nombran y comentan sin conocimiento los usuarios del recurso. Para la gente que reside en un centro y que participa en estas actividades, les ayuda a mejorar su autoestima, a comprometerse, a sentirse útil y parte de la sociedad.

En muchas ocasiones, para los residentes, participar en estas actividades puede ser difícil, la salud, la motivación o el interés que puedan tener, debido a diferentes causas son factores que pueden ser impedimentos para realizar este tipo de programas, ahora bien, hay que analizar el porqué abandonan este tipo de actividad, si realmente es la salud o la falta de confianza, si la falta de motivación o interés es real o es porque nunca se comprometieron con nada y lo dejaron a medias. Es por eso que el terapeuta ocupacional tiene el deber de conocer a la persona a la que está acompañando para mostrarle de la manera más próxima posible sus posibilidades, sus potencialidades, siendo a la vez realistas con su situación personal. También puede ser un golpe duro para el profesional, nosotros sabemos que las actividades que hacemos con la comunidad son importantes, o así lo vemos por qué tenemos el convencimiento de que les ayudará en un futuro para poder reforzar o adquirir habilidades que les serán útiles el día que no estén con nosotros, pero tenemos que ser conscientes de que hay personas que por sus preferencias puede que no sea de su interés y también saber reconocer si éste es el caso o si es por qué no lo hicieron nunca y mantenerse al margen es más cómodo para ellos.

Desde un centro, se cubren las necesidades básicas, ayudan en la rutina diaria e intentan escuchar y acompañar a que hagan su camino. Un centro

residencial, ayuda a que vayan adquiriendo roles, el de compañero, amigo, amo de casa... al igual que debido a sus roles hace que surjan relaciones de distinta índole y aparezcan conflictos, acuerdos, peticiones o emociones. Aunque no es comparable en toda su magnitud a lo que referimos sociedad, es un principio. La convivencia hace que puedan surgir muchas situaciones extrapolables a lo que se encontraran el día que marchen del recurso, en estas situaciones muchas de las personas que residen, con un buen acompañamiento utilizan sus propias habilidades encubiertas o descubiertas, en un entorno más o menos protegido. Saben que cuentan con una serie de profesionales a los cuales pueden acudir o pedir consejo si lo necesitan y que pueden ayudarlos a manejar sus emociones de la manera más óptima. Muchos nunca tuvieron la oportunidad de consultar o compartir aquello que les pasaba o sentían y también esto les ayuda a crecer, hacerse más fuertes, mejorar la autoestima y contar con un apoyo con el que antes no contaban. La labor de apoyarlos para creer en ellos mismos y poder hacer frente a estas mismas situaciones en otros contextos es un proceso a veces largo y complicado que puede hacerse incluso eterno si no sabemos cambiar el vínculo o evitar una dependencia. Aquí entran muchos casos de institucionalización, personas que llevan durante años residiendo en distintos centros porque les cuesta salir de este círculo vicioso donde no encontraron todavía todo el potencial que reside en ellos.

Los programas con la comunidad nos llevan a un, por así decirlo, segundo nivel, donde pueden utilizar sus habilidades para manejarse de manera más autónoma.

Estos programas no se realizan de manera separada o independiente, también hay que contar con un programa de familia, donde a elección de la persona y la familia se intenta conciliar las relaciones para volver a desempeñar aquellos roles de hijo, padre, hermano...que se perdieron, haciendo a la familia participe de su propio proceso. La familia es muy importante, ya que en muchas de las personas que atendemos es un apoyo más y un sentido a todo lo que están haciendo.

Las relaciones con la comunidad se amplían a actividades tan normalizadas como hacer cursos que ofrece el ayuntamiento, ir a comprar o ir al médico.

La variedad de personas que hay en un centro al igual que sus propias capacidades hacen que cada uno vaya utilizando todos estos recursos de una manera gradual adaptada a su propio proceso.

Mostrar interés por la persona con la que trabajamos es algo importante, tanto para él como para su proceso personal, muchos de ellos no han sido reconocidos como persona que puede, ellos mismos se pueden asustar de todo lo que pueden ofrecer, de lo que pueden llegar a ser capaces. El conocimiento hace que intereses dormidos o motivaciones nuevas puedan volver a fluir para volver a formar parte de este engranaje de la sociedad.

Debemos conocer a la persona, no solo leer el historial que trae cuando ingresa en el centro, sino saber quien es ese señor en este momento. Es cierto que un informe puede dar alguna pista sobre la persona que tenemos en frente, pero eso no es lo más importante. En el día a día, a través de las actividades que podamos compartir con ellos, desde desayunar, estar en el taller, acompañarlo al médico..., son situaciones donde el profesional puede descubrir a la persona desde un entorno cotidiano, no tanto profesional. Todo lo que se explica en estas situaciones ayudan en la relación, tampoco refiriendo a una relación de amistad, que también puede surgir por nuestra condición de humanos, sino a una relación más allá de la profesional que ve en la otra persona a alguien que hay que rehabilitar o insertar en la sociedad o curar, donde se ve a la persona como tal, que acude a ese servicio porque tiene unas necesidades y unas dificultades que quizás con nuestros conocimientos y servicios en nuestro caso, como terapeutas ocupacionales, puedan ayudar a cubrir necesidades y a afrontar o superar las dificultades. Las necesidades más básicas son las más fáciles de solventar, siguiendo la pirámide de Maslow, la alimentación, el lugar para vivir, una rutina...las personas que viven en un centro, simplemente con esto, cambian la expresión de la cara, mejoran su peso y la mayoría duermen mejor, en condiciones dignas. Hay otras necesidades que son las más difíciles

pero eso no quiere decir que sean imposibles, la autorrealización, el sentirse bien con uno mismo y con lo que hace, a veces es difícil hasta para personas que no vivimos la misma situación que ellos.

Otro punto a tener en cuenta es el de la elección, todas las personas tenemos la capacidad de elegir, elegir si aprovechamos lo que nos podemos ofrecer, no debemos caer en la tentación de pensar que podemos retenerlos, que sabemos lo que es mejor o no para ellos, hemos de poder acompañarlos en sus propias elecciones, no sobreprotegerlos, podemos dar nuestra opinión, por experiencia personal o profesional, pero nunca detenerlos porque aunque eso es difícil, de nada serviría.

## **6 Conclusiones**

Es importante tener en cuenta que el VIH/SIDA se ha convertido en una enfermedad con significado para la sociedad. Los centros de acogida son un buen inicio para personas que aparte de tener la enfermedad se encuentran en situación de desamparo, pero por otro lado, es importante también fomentar una comunidad inclusiva, donde todos por igual podamos pertenecer a ella y sin aislar a las personas que viven en ellas. Desde los diferentes recursos, como terapeutas ocupacionales, podemos ofrecer programas de integración comunitaria que potencien esta labor y eliminen las etiquetas sociales que se atribuyen a personas con esta enfermedad.

## **7 Bibliografía**

1. Instituto Nacional de Estadística. Sitio web del INE [base de datos en Internet]. Madrid [actualizado el 30 de junio del 2011]; [acceso el 20 de marzo del 2012]. Disponible en: [www.ine.es](http://www.ine.es)



2. Barbero J. Afectado por el SIDA, El acompañamiento a personas con VIH/SIDA. Claves ideológicas contextuales y relacionales. Fundación CREFAT. Mayo; 1997.
  
3. Hopkins HL, Smith HL: Willard/Spackman. Terapia Ocupacional. Ed. Panamericana; 1998.
  
4. Simó S, Urbanowski R. El modelo canadiense del proceso del desempeño ocupacional. TOG (A Coruña)[revista en internet]. 2006 [consultado el 3 de abril del 2012] (3):[27p]. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num3/expertoI.htm>