



VIHTAL



Maestría en Diseño
para la Innovación Social
Universidad de Nariño

MAESTRIA EN DISEÑO PARA LA INNOVACIÓN SOCIAL

JULIÁN ORTIZ CORDERO

OCTUBRE DE 2019



Maestria en Diseño
para la Innovación Social
Universidad de Nariño

AGRADECIMIENTOS:

A todas las personas con VIH y a sus familiares, esto es un homenaje a su lucha constante, a su fuerza, gracias por enseñarme, por moldearme, por permitirme ser y estar.

A la Doctora María Elsa Beltrán, asesora del proyecto quien estuvo constantemente acompañando, corrigiendo y aportando al proyecto con especial cariño.

Al Doctor Carlos Córdoba Cely, director de la Maestría y Jurado del proyecto, por los aportes teóricos y metodológicos en su tiempo personal.

A todos los colaboradores del proyecto, DannyDeBruce, Rene Montes, Andrés Insuasty, Willmer Zambrano y Martin Alejandro por sus aportes desde sus disciplinas. A los estudiantes de diferentes semestres y semilleros de Investigación del Programa de Diseño Industrial de la Universidad de Nariño, gracias por su constante curiosidad.

A los jurados del proyecto Mg. Elizabeth Polo Villota y Mg. Ingrid Legarda Martínez por dedicarle tiempo y sensibilidad a la propuesta.

A la Universidad Cesmag y en su representación el Señor Decano Mg. Ramón Ortega por prestarnos desinteresadamente el Laboratorio de Innovción y convertirlo en el Headquarter del proyecto.

A mis Padres, esposa e hijas, por su amor y compañía.

VIHTAL



CARTOGRAFIA

INTRODUCCIÓN

El Diseño, se ha ramificado a tal punto que parece haber generado algunas micro-especialidades disciplinares, cada una tiene diferentes potencialidades y posibilidades, cada una parece responder a diversos retos humanos y contextuales, la presente investigación se concentra en el Diseño Emocional, que permea un gran abanico de situaciones positivas cuando se desarrollan proyectos alrededor de sus lógicas. Así las cosas, la capacidad retórica, especulativa y emotiva de los artefactos del Diseño Emocional encontraron tierra firme en la medicina, sobre todo cuando se entiende que los afanes de ésta última es el bienestar, la estabilidad y la recuperación psicoafectiva de los pacientes. Alrededor del mundo se han desarrollado un sin número de proyectos que pretenden a través de métodos creativos generar algún tipo de *felicidad*, mejorar la calidad de vida o simplemente agilizar procesos y tratamientos médicos, todo esto, teniendo como centro siempre al ser humano. Gran parte de estos proyectos son el resultado de estudios anatómicos, psicológicos y emocionales de los pacientes que han permitido impactar de forma positiva a las personas ocupándose de alguna característica de sus padecimientos, los resultados son variados: prótesis, re-diseño de artefactos hospitalarios para niños con cáncer, interfaces de usuario para personas con discapacidad, etc., sin embargo, en el caso del VIH los proyectos de Diseño y comunicación se han concentrado en el pre-evento, es decir en la prevención del Virus del VIH, puntualmente en grupos de personas no infectadas, existe un número extremadamente reducido de proyectos a nivel mundial que se han enfocado en el *post*, es decir en la persona contagiada, por tanto es posible preguntar ¿Cómo se puede mejorar la percepción de la *felicidad* (cómo determinante de la calidad de vida) en los pacientes con VIH a través de una estrategia de diseño emocional?, este agujero en las investigaciones y proyectos de Diseño-Medicina, presenta una gran oportunidad para avanzar sobre la investigación, toda vez que el presente estudio se enfoca directamente en las personas seropositivo y en sus contextos inmediatos.

Con lo anterior, el proyecto permitió encontrar una novedosa visión sobre las respuestas emocionales de los pacientes extra-hospitalarios, que han resultado de gran interés para esbozar

cualquier proyecto de diseño que tenga como interés el bienestar y la salud de las personas. Es clave anotar que el acercamiento con la comunidad resultó ser un gran reto emocional y epistemológico, donde fue necesario evaluar las técnicas y las herramientas de empatía y recolección de información para obtener de forma fidedigna los resultados esperados y que sirvieran como condicionantes de diseño.

El proyecto, aquí presente, realizado bajo el enfoque de *Investigación Creación* se lo dividió en dos partes: *cartografía* y *prototipo*, en el primer aparte se puede encontrar el desarrollo y soporte epistemológico del proyecto, todo lo relacionado al problema, a su comprensión desde una base teórica y a la propuesta de los objetivos, en la segunda parte se encuentra el desarrollo proyectual del proyecto que a lo largo de su desarrollo se vio influenciado constantemente por la teoría de la parte inicial, en esta sección se podrá visualizar las intervenciones, las actividades desarrolladas, los resultados y por supuesto, el impacto del proyecto en la comunidad.

PROBLEMA

El problema principal lo constituye el deterioro de la estructura básica de la salud emocional de personas portadoras de VIH a partir de la percepción de felicidad.

La salud mental, en cualquier tipo de persona, es tan importante como la salud física, el cuidado de las estructuras psico-afectivas tienen gran relevancia en el desarrollo integral de las personas, el deterioro de las estructuras básicas de la salud mental en una persona tiene consecuencias graves en las diferentes dimensiones que componen al ser humano, así pues, se ven afectados diferentes estadios de actuación, lo laboral, lo cognitivo, la salud física, las relaciones afectivas, etc.

En el caso de las personas portadoras de VIH, el deterioro de la estructura básica de la salud mental es una cuestión vital, en términos generales los cuidados de una persona reactiva está basado en tres pilares importantes (Margulies, 2006): 1.Tratamiento médico 2.Hábitos saludables de

alimentación y ejercicio y 3. La salud emocional, estos tres cimientos promueven al organismo de los elementos biológicos necesarios para **reducir la carga viral y aumentar el conteo de células Cd4** (anticuerpos) que son finalmente la gran batalla de los portadores de VIH.

Por su lado, la sociedad en general no accede a la información disponible por diferentes causas, la principal es por falta de empatía con la enfermedad y por extensión con las personas portadoras, esta desconexión emocional tiene que ver con el perfil aislado de las gentes que es propio de nuestros pueblos, de pensamientos individualistas y de los ritmos acelerados de vida en los contextos sociales y laborales. Así también, la carga histórica que tiene el VIH-SIDA, ha provocado que se conciba una especie de barrera social con las personas reactivas, principalmente por los inicios de la enfermedad y por una avalancha de mitos mediáticos que acercaron el discurso de la enfermedad, hacia los linderos de la prostitución, la homosexualidad, las drogas, la promiscuidad, etc.

Por parte de las personas reactivas, el asunto es aún más complicado, pues ellas padecen inicialmente la incertidumbre de la enfermedad y la carga del permanente fantasma de la muerte, sumado a eso tienen a sus espaldas la estigmatización de la epidemia y todos los problemas sociales, familiares, laborales, etc., que esto conlleva, todo esto a pesar de que las personas que tienen este síndrome son altamente resguardadas por la leyes de protección y discreción en Colombia. El aislamiento social por el que ellos pasan, es una respuesta psicológica natural, generalmente presente en las primeras etapas de la enfermedad.

Como se observa, el problema sobre el aislamiento social se presenta por vía doble, por una parte la desinformación de los contextos sociales y por otra parte como respuesta natural de las personas reactivas. Sin embargo, el verdadero problema de la ruptura de estos lazos emocionales entre los diferentes actores, es el deterioro de la estructura básica de la salud emocional y la percepción de felicidad de los portadores, que en esencia tiene como consecuencia directa el bienestar integral, impacta el estilo de vida y puede generar que los portadores con VIH desarrollen la fase final de la enfermedad que es el SIDA.

ANTECEDENTES.

A nivel global, quien lidera todos los esfuerzos para combatir la epidemia del SIDA es la ONUSIDA, un apéndice de la ONU que vela y unifica las intenciones de las naciones por combatir la epidemia, todos los organismos especializados en prevenir y combatir el virus centran su interés en el programa denominado 90.90.90 que es un ambicioso plan para exterminar completamente el virus en el planeta y que tiene como plazo el 2030, para tal propósito las diferentes acciones, que conforma el marco de antecedentes de proyectos de impacto social, son atendidos a partir la siguiente política de la ONUSIDA:

- Que en 2020 el 90% de las personas que viven con el VIH conozcan su estado serológico respecto al VIH.
- Que en 2020 el 90% de las personas diagnosticadas con el VIH reciban terapia antirretrovirica continuada
- Que en el 2020 el 90% de las personas que reciben terapia antirretrovirica tengan supresión viral.

CESIDA es una organización que cuenta con la aprobación y veeduría de la ONUSIDA y que promueve diferentes proyectos de impacto médico, psicológico, social y laboral de portadores, puntualmente tienen en marcha un programa denominado ***Programa súper-territorial para la inserción laboral de las personas con VIH***, los objetivos de este programa son, por un lado, facilitar un servicio de orientación para personas con VIH adaptado a las circunstancias profesionales y personales que posibiliten su ocupación en diferentes mercados, y por otro lado generar una red de oficinas virtuales que les permita ser, y sentirse ellos mismos, como individuos útiles dentro de una sociedad.

Existen muchas iniciativas desde las diferentes oficinas y ministerios de salud de todos los países, sin embargo la gran mayoría de ellos está enfocado en combatir la enfermedad, es decir se encuentra ubicado en la pre-infección, pero existen pocos proyectos que estén orientados al post, y los que existen tienen más preocupaciones sobre el esquema médico y el tratamiento que sobre lo psico-afectivo, normalmente, y como es el caso de Colombia, el acompañamiento propuesto por el Ministerio de Salud tiene como énfasis la compañía psicológica a pacientes y familiares. Pero carece de programas de impacto con la sociedad en general.

En Colombia, el Ministerio de salud creó el Consejo Nacional de Seguridad Social, que es el organismo encargado de gestionar los recursos destinados a la atención de enfermedades de alto costo, que son el caso del SIDA y la enfermedad renal crónica y que está enfocado en el tratamiento post infección, dentro de los procesos sistémicos que adelanta este organismo, tiene un estudio global de epidemia en el caso Colombia, y ha desarrollado una metodología para su estudio y una serie de guías prácticas para el tratamiento de la infección considerando diversos casos y variables socio-culturales. Sin embargo, aunque todos los casos tienen el aparte psico-social, hacen principal énfasis en lo clínico y en el tratamiento técnico como ya se ha mencionado, así también en el estudio científico de la enfermedad al cual se le otorgan importantes recursos.

En Pasto, el Instituto Departamental de la Salud es quien regula todos procesos para prevención y tratamiento del SIDA, como en la descripción de los contextos globales y nacionales, la mayoría de ellos se enfocan en lo médico, y aunque existen programas de desarrollo para el post en Nariño, estos se limitan a generar material de naturaleza impresa. En Pasto, existe una iniciativa independiente, la Fundación María Fortaleza, es una organización con 22 años de experiencia, de carácter social, sin ánimo de lucro, que contribuye con el desarrollo humano y bienestar de grupos poblacionales vulnerables con VIH, la fundación es un organismo oficial certificado por ICONTEC en atención integral a la salud (ISO 9001), sus principales programas son:

- Servicio en salud.
- Acompañamiento
- Inmunología
- Charlas y talleres
- Participación
- Ayudas sociales
- Psicología
- Proyectos
- Trabajo social
- Enfermería
- Servicio farmacéutico

Esta fundación, es uno de los aliados estratégicos con los que se va a trabajar, y son quienes apadrinarán parte del proyecto, puntualmente el contacto con las personas con VIH.

MÉTODO

El enfoque de la Investigación, para la comprensión del fenómeno, fue el Crítico Social, pues se establece una necesidad inicial de reconocer una realidad y sobre ella realizar un ejercicio de reflexión y análisis para poder intervenirla y cambiar algunas prácticas sociales o comunes en segmentos de población definidos a través de la inmersión del diseño, Colas Bravo (1994) encuentra que bajo este enfoque, el saber práctico sirve para comprender y clarificar las condiciones para la comunicación y el diálogo significativo entre investigador y comunidades, generando por lo tanto, un conocimiento interpretativo capaz de informar y guiar el juicio práctico, conciliando teoría y práctica e investigación y acción. Asume además, que la misión de las ciencias críticas es disolver las limitaciones sociales estructuralmente impuestas,

haciendo que los mecanismos causales subyacentes sean visibles para aquellos a quienes afectan a fin de permitir les una superación de los problemas sociales. Con todo, el proyecto se soportó también en el enfoque de Investigación –Creación, que no es anulante de las ciencias críticas, permitió generar una perspectiva proyectual sobre el ejercicio investigativo y promover la creación de artefactos plástico-sensoriales desde etapas iniciales de aproximación conceptual; de forma paralela, se ejecutaron experimentaciones de artefactos de diseño al interior del Aula de Clases de diferentes semestres en el Programa de Diseño Industrial de la Universidad de Nariño apelando al sentido sensible, creativo, de innovación e intuitivo propio de la disciplina.

Para el abordaje, se seleccionó inicialmente a un StakeHolder principal, una persona seropositiva con diagnóstico de un mes al momento de empezar la investigación, de quien se recogió gran parte de la información seleccionada y con quien se tenía contacto afectivo previamente a la investigación, eventualmente se sumaron tres personas más a partir del contacto del primer stakeholder, cada una de estas personas seropositivas con diagnósticos de tiempo diferentes, para finalizar con una muestra de siete personas que llegaron de forma relacional formando una muestra por *bola de nieve* (Patton 2002).

A este grupo de personas, se le aplicaron diferentes técnicas de recolección de información. Estas son: entrevista no estructurada, Un día en la vida de, Shadowing y Escalas de Emociones (talleres). La información recolectada sirvió para fortalecer la comprensión del fenómeno y realizar ajustes constantes al prototipo final. El siguiente cuadro, muestra las características de la muestra:

Técnica	Edad	Estrat o- Socio Econó mico	Nivel de Formación	Ocupación en el momento de la entrevista	Seroestatus y tiempo de diagnostico
*Entrevista *Shdowing *Un día en la	36	4	Maestría	Ejecutiva sector Bancario / Economista	Positivo 1 mes

vida de. *Escala de emociones					
*Entrevista * Escala de emociones	34	5	Especialización	Abogado independiente	Positivo 5 años
*Entrevista * Escala de emociones	42	4	Maestría	Docente Universitario	Positivo 8 años
*Entrevista * Escala de emociones	32	2	Primaria	Vendedor productos de aseo independiente	Positivo 5 años
*Entrevista * Escala de emociones	23	3	Pregrado- Universidad (en curso)	Estudiante	Positivo 7 meses
*Entrevista * Escala de emociones	57	4	Profesional (pre-grado)	Empresario Conferencista	Positivo 23 años
*Entrevista * Escala de emociones	19	3	Pregrado- Universidad (en curso)	Estudiante	Positivo 1 año

Tabla No.1: Características Socioeconómicas de la muestra.

Fuente: Elaboración propia.

Las personas seropositivas con las que se trabajó hicieron conexión con algunos de sus familiares (con quienes se realizó una sesión con la técnica de WorldCafe), este tipo de contacto

se realizó de forma causal, de tal modo, la muestra de las personas seropositivas, así como de sus familiares cercanos, fue no probabilístico y no buscaron representatividad. Sin embargo, se hicieron dos entrevistas y un taller con dos profesionales en el transcurso de la investigación que sirvieron para ajustar detalles finales del prototipo final. Estos profesionales fueron buscados de acuerdo a su perfil profesional y a su experiencia de trabajo con personas seropositivas. Ellos son el Doctor, especialista en Oncología y Hematología y Director del Instituto Cancerológico Colombiano: Humberto Martínez Cordero y la Psicóloga Nathaly Enríquez de CEPAIN (Centro de Expertos para la Atención Integral) que es una de los entes privados de atención especializada a personas con VIH.

Los instrumentos de recolección de información fueron diseñados a fin de establecer un puente comunicacional con el estado emocional de las personas seropositivas y que permitan a su vez entender las condiciones y variables de los elementos plástico-sensoriales. Toda la información recolectada fue analizada mediante el método de Teoría Fundamentada (con características puntuales que se explicaran más adelante) que consintió, por medio del programa AtlasTi (V.8), generar conexiones con elementos teóricos y visuales (videos-entrevistas), estas conexiones generaron dos categorías: El VIH anclado al concepto de felicidad y calidad de vida, y el Diseño entendido desde la perspectiva emocional y como fundamento genérico de comunicación, este último concepto que se lo desarrolló como un sinónimo de las disciplinas creativas, lo que permitió argumentar el trabajo proyectual, conectando comunicación (diseño) y VIH (felicidad). Cabe resaltar que el método de recolección fue seleccionado de forma aleatoria por pertinencia temática y bajo la supervisión y sugerencia de la asesora del proyecto: Dra. Elsa Beltrán.

Finalmente, el prototipo fue una tarea colectiva desarrollada por medio de talleres creativos llevados a cabo en el Laboratorio de Innovación de la Universidad Cesmag, y con la presencia de dos personas con VIH, un Realizador Audiovisual (Andrés Insuasty), Un Animador Digital (Willmer Zambrano), un Activista Social (Renne Montes) de la Alcaldía de Pasto, una Ilustradora Profesional (Dani Debruce), y nueve estudiantes de Semilleros de Investigación de la Universidad de Nariño. La metodología, de los tres encuentros sostenidos con el grupo social

y creativo, empezó con la socialización de los ejes temáticos del proyecto, intervenciones de las personas seropositivas, lluvia de ideas, ideación y definición de elementos de diseño.

El proyecto, como prototipado, arrojó tres tipos de intervenciones, cada una apuntando a diferentes elementos emocionales de las personas seropositivas, estos son: un audiovisual informativo, un flashmob y un sistema digital de control de CD4, más adelante se explicará en detalle cada uno de ellos, y donde cada elemento tiene a su vez el planteamiento de indicadores de impacto social.

Es importante aclarar que tanto la comprensión de los elementos teóricos (felicidad y calidad de vida en personas con VIH) el planteamiento de los objetivos de la investigación, la propuesta del prototipado y los indicadores, fueron generados cuidadosamente siguiendo la misma línea, para ello se estableció como norte el *paradigma interpretativo* que permite comprender una realidad dinámica y diversa dirigida al significado de las acciones humanas, lo anterior resguardó al proyecto y a sus diversas etapas de cometer errores epistemológicos.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL.

Contribuir, a partir del diseño emocional, a mejorar la percepción de felicidad (entorno emocional) de las personas con VIH.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Comprender el entorno emocional y afectivo que determina el concepto de felicidad en las personas con VIH.
- Estudiar las potencialidades comunicacionales, lúdicas y de interacción, que posee el diseño emocional como plataforma de generación de entornos afectivos.
- Generar el conjunto de elementos plástico-sensoriales que permitan conectar a las personas seropositivas con una noción emocional positiva.

MARCO TEÓRICO

“Si el prejuicio es la enfermedad, la cura es la información”

Grupo de incentivo de vida

VIH – SIDA

El Virus de inmunodeficiencia Humana VIH , es un retrovirus que ataca directamente el sistema inmunitario de las personas que es, en concreto, el encargado de combatir los microorganismos infecciosos, bacterias, virus, hongos, etc., que tienen la capacidad de ingresar al cuerpo humano y desarrollarse en el mismo. El VIH ataca y destruye a los linfocitos CD4 que son las células encargadas de la producción de anticuerpos para batallar las enfermedades (Vargas Jaime 2019).

Sobre el origen del VIH se han levantado varias versiones, sin embargo, últimos estudios de un equipo internacional de científicos de la European Society for Translational Antiviral Research (ESAR) han dado pistas sobre su presencia en el ser humano y la ruta que tomó para su propagación. La versión que tiene más consistencia, da cuenta de que los primeros seres que desarrollaron VIH fueron los simios, en realidad se trata de un patógeno similar denominado SIV, síndrome de inmunodeficiencia en simios, que genera el mismo ataque a las células que protegen el cuerpo del animal. Se creó que a inicios del siglo XX, en la selva tropical de África un cazador tuvo contacto con la sangre de un simio y ésta a su vez tuvo contacto con la sangre del cazador, este desafortunado incidente hizo que esta persona sea la primera portadora en la historia de la humanidad, se logró llegar a esta conclusión gracias a las pruebas de permeabilidad que se hicieron entre la sangre de simios y humanos y la capacidad de supervivencia de diferentes virus transmitidos de animales a personas. En adelante, lo que se piensa, es que este cazador tuvo relaciones sexuales con nativas de África, y gracias a la promiscuidad en zonas

porteñas y selváticas y a la adaptabilidad del virus en el cuerpo humano la epidemia se expandió rápidamente por todo el continente. Una de los principales factores que favorecieron la propagación del virus, según un artículo publicado en la *Journal of Molecular Epidemiology and Evolutionary Genetics of Infectious Diseases* (2009) tiene que ver con las políticas de comercio internacional entre diferentes naciones de Europa y África, la mejora de vías terrestres y marítimas entre países y la mezcla y prostitución en los puertos de desembarco. La ruta del SIDA se ha dibujado también teniendo en cuenta factores geopolíticos, la *cortina de hierro especialmente*, que es como se denominó a las nuevas relaciones entre estados, posterior a la segunda guerra mundial. Sin embargo, hasta los 80 y a pesar de que ya se había propagado y generado una cantidad astronómica de muertes, no se la había descubierto ni denominado.

Su primera aparición registrada fue el 05 de Junio de 1981, cuando los CDC *Centers for Disease Control and Prevention* (Centros para el control y la prevención de enfermedades) convocaron a una conferencia de prensa para anunciar cinco casos de neumonía crónica en los Ángeles, al mes siguiente se presentaron casos de sarcoma de Kaposi en los mismos pacientes. El Doctor Michael Gottlieb fue el primero en relacionar estas enfermedades y dar pistas del mismo, la aparición de estos síntomas tenían en común algunos rasgos en los enfermos, todos eran personas homosexuales con una vida sexual activa y que sufrían además de otros padecimientos, descubrieron finalmente que todas las enfermedades tenían la misma causa: la disminución de células CD4. En aquel entonces, el total de los pacientes murieron a los pocos meses de haber sido registrados. En los ochentas, y con la herencia aun presente que dejaron los sesenta con su arremetida libertina, la prensa decidió llamar a la enfermedad: *la peste rosa*, por su presencia principalmente en homosexuales y prostitutas, en el campo médico se barajaron varias opciones para el apelativo, algunas muy crueles como GRID Gay-related immune deficiency, desde aquel entonces, el mito de la relación de la enfermedad con tejidos sociales oscuros y condenados por la sociedad aparecieron, de esta forma se erigió el estigma permanente aun en la colectividad. Finalmente la epidemia fue oficialmente bautizada como Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS), SIDA en español.

El resto le pertenece a la historia, después de concluir en 1984 que es una enfermedad epidemiológica, por su propagación en una muestra de cuatro pacientes homosexuales, la enfermedad empezó una increíble escalada hasta hoy, en poco más de 30 años, según la Organización Mundial de la Salud OMS, el SIDA ha matado la alarmante cantidad que supera los 35 millones de personas en todo el mundo.

GENERALIDADES.

Actualmente, en cifras de la OMS en el mundo son más de 37 millones de personas que viven con el VIH (Teva Inmaculada, 2012) de ellas solo un poco más de la mitad tiene acceso a tratamiento y acompañamiento, aunque la cifra es alarmante, es bastante baja en comparación con los últimos diez años, con todo, desde el 2014 la tasa de mortalidad ha descendido al 26%. El principal problema de la epidemia, es que se estima que el 40% de la población infectada desconoce que son reactivos, de hecho el 60 % de las transmisiones están dadas por personas que desconocen que están infectada, por tanto una de las principales luchas que enfrentan los programas de prevención, es la información y sensibilización con la comunidad en general.

Es importante aclarar que el VIH no es lo mismo que el SIDA, el SIDA es la fase terminal del VIH, para entender esto, es necesario que primero se razone sobre la presencia de células CD4 en el cuerpo. El conteo normal de las células CD4 en el organismo es de alrededor de 500 en una persona sana, algunos deportistas y personas con hábitos de vida saludables pueden subir el conteo a 800 CD4, cuando el conteo de estas células es inferior a 400 algunas enfermedades empiezan a aparecer y merecen de mucho cuidado y atención, en un conteo de 300 aparecen enfermedades crónicas que requieren de tratamientos agresivos, en 200 son enfermos con hospitalización y aislamiento, y menor a 200 son personas críticas con un sistema inmune totalmente defectuoso y vulnerable, en este momento aparecen algunas enfermedades denominadas oportunistas que atacan al sistema cuando este se encuentra sensible. Si el paciente tiene un conteo de Cd4 menor a 200 y presenta una o más enfermedades oportunistas, se

declara que el paciente ha desarrollado SIDA, que es la fase terminal de la enfermedad. En total son tres etapas, la primera etapa (infección aguda por VIH) es cuando se la adquiere, las siguientes semanas y alrededor de un par de meses la persona experimenta síntomas muy parecidos a una gripa común. La segunda etapa (infección crónica por VIH) es la etapa donde el VIH se expande por la sangre de todo el organismo, esta etapa varía de acuerdo a cada persona y puede durar hasta diez años siendo totalmente asintomática. En la fase SIDA, y aunque no es imposible, es demasiado complicado recuperar a una persona, el proceso de reproducción del virus (carga viral) o conteo de presencia de virus en la sangre es extremadamente alto y el conteo de CD4 baja vertiginosamente ocasionando la muerte, en el mundo, la causa principal de muerte por VIH es la tuberculosis, las principales enfermedades oportunistas son las asociadas al aparato respiratorio, así también tienen presencia el linfoma no de Hodking, el sarcoma de Kaposi, la candidiasis, infecciones intestinales y cáncer de útero (Morales, 2012). En Colombia, el caso de recuperación de un paciente de CD4 con conteo por debajo de 200 y que haya sobrevivido es de 5 CD4. En el departamento de Nariño, actualmente se infectan en promedio 290 personas, de las cuales aproximadamente 95 se registran en Pasto.

Como se mencionó al principio, la gran batalla, que se convierte en la meta médica de los pacientes con VIH es: ***volver indetectable la carga viral y aumentar el conteo de células Cd4***, con esto queda en evidencia que las personas con VIH por su condición de vulnerabilidad inmunológica deben tener un extremo cuidado con sus entornos.

Pese a todo, una persona con VIH, que tiene una carga viral indetectable gracias al tratamiento, con un estilo de vida saludable y un conteo normal (500) de células cd4 puede llevar una vida completamente normal, y con algunos cuidados extras puede tener la longevidad de una persona en condiciones normales. Así pues, es una persona con todas las capacidades motoras, psicológicas, motrices y laborales. Pese a todo, el estigma social sigue vivo, este problema, como se lo ha explicado con anterioridad, tiene diversas causas: las producciones cinematográficas, los Mass Medias irresponsables, la falta de información y el origen mismo de la enfermedad. A su aparición, en los años ochenta, los niños portadores eran expulsados de las escuelas y

obligados a ser reclusos de barrios y sectores de la ciudad en Norteamérica, así también los adultos infectados eran despedidos de sus empleos y atacados de forma física y psicológica en las calles, Estados Unidos entró en una especie de paranoia colectiva al desconocer las formas de contagio y propagación, todo esto ha llevado a que esta enfermedad sea altamente condenada y que haya tenido gran protagonismo en sectores legales donde se han ganado importantes batallas.

Después de decenas de estudios y muchos años de dedicación de la comunidad científica a este tema, se ha demostrado fehacientemente que las únicas formas de contagio es a través de relaciones sexuales (vaginal, anal, oral) o por compartición de jeringas y elementos quirúrgicos que hayan tenido contacto con el virus, en New York, en los años noventa, una de las principales causas de la expansión de la epidemia era la adicción a la heroína, dado que las personas compartían jeringas para su uso.

Una persona portadora de VIH, puede tener interacción normal con otras personas, puede ser abrazada, besada, puede compartir lecho, compartir implementos de cocina, inodoros, duchas y ropa, incluso ni siquiera la tos, o la saliva directa es motivo de contagio. Incluso, una persona reactiva, con los cuidados necesarios puede tener relaciones sexuales con otras personas, quedar en embarazo sin ningún tipo de riesgo para el bebé y mantener estrechos lazos afectivos con familiares, parejas y amigos

TRATAMIENTO

En el objetivo trazado por la OMS, con el programa 90.90.90, se espera que para el 2020, 30 millones de personas reciban un tratamiento integral (retroantiviral, psicológico, hábitos saludables) con este tipo de tratamientos el 90% de las personas convierten el VIH en indetectable, esto quiere decir que el conteo de la carga viral es casi nulo en la sangre. Sin

embargo, llegar hasta este punto que suena aparentemente fácil, es todo un reto tanto para el sistema de salud, como para el paciente, y para su familia, pues el medicamento retroantiviral (pastas) es denominado de alto costo y su orden es expedida por el Ministerio de Salud Nacional, de éste modo, toda la burocracia alrededor de esto hace que el acceso al medicamento (de por vida) sea en ocasiones complicado. Para que el tratamiento funcione plenamente, se debe garantizar que los tres pilares estén totalmente cubiertos, medicina, alimentación y ejercicio diario, y que la persona tenga un entorno psico-social estable y saludable.

Las formas normales para subir el conteo de células CD4 en cualquier persona, sea reactiva o no, es a través de una alimentación saludable, rica en nutrientes, proteínas, carbohidratos y grasas saludables, ejercicio diario que potencia significativamente el conteo de CD4 en el organismo por la estimulación de todos los aparatos y sistemas que componen el cuerpo, y finalmente tranquilidad emocional y la percepción de felicidad, es en este estadio donde se presentan las principales causas de enfermedades somatizadas en las personas, el estrés por ejemplo, según la organización Mayo Clinic, es la causante de la mayoría de enfermedades crónicas del corazón, el estómago y el sistema muscular.

Tristemente, las personas con VIH se ven expuestas a niveles de estrés y ansiedad muy elevados, muchas veces desarrollan cuadros depresivos considerablemente peligrosos y que tienen como consecuencias el abandono de la medicación, agobio, irritabilidad e ira y retraimiento social, es clave anotar que si la persona ha empezado un esquema de medicación retroantiviral (existen muchos, el médico determina la pertinencia y el uso de cada uno dependiendo de las variables medicas del paciente) es mucho más peligroso abandonarlo que no empezarlo, pues el cuerpo genera anticuerpos a casusa de los periodos cíclicos de la toma.

Con todo, las grandes propuestas de intervención médica a las personas en el mundo, son acompañamientos con la medicación, psicología y nutrición, donde las apuestas por cerrar la brecha emocional de las personas reactivas con sus contextos inmediatos son intentos débiles de información y sensibilización.

SALUD EMOCIONAL ASOCIADA AL VIH.

La sensación de bienestar, es absolutamente subjetiva, inciden en ella diferentes variables y dependen de los estilos de vida, condiciones de vida y de la caracterización de los grupos sociales, sin embargo, la sensación de bienestar y felicidad ligada a la calidad de vida de las personas tienen que ver directamente con asuntos como el acceso a servicios y productos, salud, alimentación, vivienda, ocio, etc. Si bien las condiciones sociales inciden, la percepción sobre la misma es clave para diagnosticar el estado de bienestar de una persona, pese a esto, las relaciones interpersonales con los contextos inmediatos del individuo son claves para la calidad de vida de las personas, y por extensión con la sensación de bienestar. En el caso de las personas con VIH el estado de salud prima sobre los otros factores, poniendo en crisis no solo este estadio del individuo, sino también su estabilidad emocional y física por completo (García, 2001)

Es sabido que los pacientes con enfermedades crónicas presentan una mayor satisfacción frente a la sensación de bienestar y felicidad cuando tienen acompañamiento social, y poseen además un alto grado de adaptabilidad a la enfermedad (Affleck, Tennen, Pfeiffer, Fificol & Rowc, 1988). Estudios realizados por los científicos Cohén & Herbert, citados en Gomez y Perez (1996) expresan que de acuerdo a la teoría de la amortiguación (en psicología: mecanismos de defensa que nosotros mismos creamos) tienden a disminuir los efectos patógenos de los eventos estresantes. Lo anterior confirma y valida la importancia de convertir en saludables los entornos de las personas reactivas a través de la percepción de la felicidad, no solo por un tema de percepción, sino también porque se ha comprobado que los efectos directos en la salud física son altamente positivos.

Hekman, Somlai, Sikkema, Kelly y Fran-zoi (1997) plantearon una investigación con 275 personas reactivas que tenía como finalidad identificar cuáles son los factores sociales que más inciden en las mejoras psicosociales y físicas de los pacientes, los resultados arrojaron que aspectos relacionados con la actividad física, la ocupación laboral y la aceptación de la

comunidad y la baja estigmatización son fundamentales para su progreso. Más adelante, Hekman (2003) ideó un modelo para evaluar la calidad de vida de las personas con enfermedades crónicas (CIQOL), donde destaca que dicha evaluación está dada por la ausencia de las barreras sociales, de asistencia médica, el bienestar físico, el apoyo social y la adaptabilidad a la información. Como un resultado interesante de esta investigación se detectó que las mujeres reactivas tienen una percepción menor que los hombres reactivos en cuanto a calidad de vida se refiere.

Con el grupo de stakeholders de la investigación, se desarrolló un taller donde se les pidió a cada uno realizar una evaluación sobre la percepción general de felicidad en sus vidas (alta, medio/alta, media, medio/baja, baja) otorgando un mayor o menor puntaje (escala de 0 a 10) a las variables que inciden en su valoración final, estos criterios fueron definidos en conjunto con el grupo de seropositivos. En el siguiente cuadro se puede observar el estado de linfocitos Cd4 de cada participante seropositivo, las características evaluadas y el grado de percepción sobre la felicidad. (El orden de los stakeholders es el mismo de la tabla No1. que describe el estado socio-económico de los mismos).

CONVENCIONES:

A: Compañía, B: Acceso a información, C: Tratamiento, D: Trabajo, E: Vida sexual, F: Aceptación, G: Economía.

Edad	Conteo CD4	Percepción de felicidad	A	B	C	D	E	F	G
36	178	Alta	10	07	10	08	02	05	06
34	260	Medio alta	08	05	09	05	04	05	07
42	450	Alta	09	05	10	10	06	04	08

32	375	Alta	09	06	08	08	05	04	06
23	425	Medio	10	09	10	06	07	07	04
57	430	Alta	10	04	10	10	03	10	10
19	350	Baja	10	06	10	03	08	09	04

Tabla No. 2. Valoración de variables de felicidad

Fuente: Elaboración propia.

La tabla No.2 muestra diferentes elementos interesantes sobre la percepción de felicidad, se alcanza a determinar que ésta no está sujeta al conteo de Linfocitos Cd4 en que se encuentra el seropositivo y que tiene más incidencia, en una primera mirada, asuntos como la edad y valoraciones sobre la compañía y el trabajo, que parecieran tener menor relevancia como la vida sexual y la aceptación en seropositivos de menor edad.

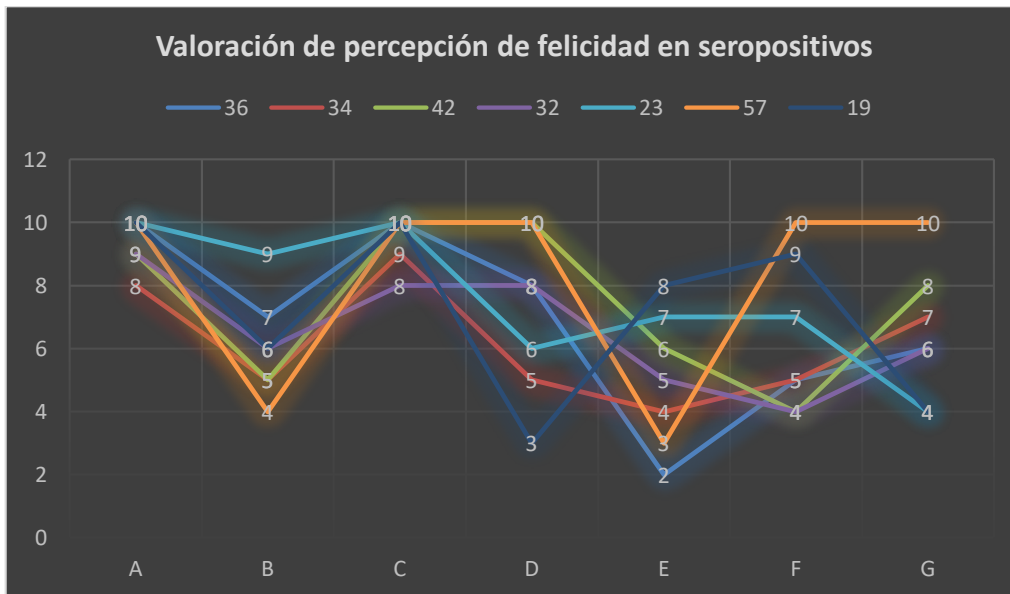


Gráfico 1. Valoración de percepción de felicidad en seropositivos.

Fuente: Elaboración propia.

Así también, se observa que la compañía (A) y el tratamiento (C) en todas las condiciones son los elementos que priman sobre otros y se muestran como constantes independientemente de la edad, las características socio-económicas o el estado de Linfocitos Cd4 de la persona reactiva, y aunque no es una constante determinante, elementos como la vida sexual y el trabajo no inciden dramáticamente en la percepción sobre la felicidad. Entonces, es posible suponer que la felicidad en este segmento poblacional, podría estar determinada por elementos y variables de origen más emotivo que racional. En línea con lo anterior, Blackman y Venn (2010) en su reconocido trabajo *Body and Society* exponen que los elementos afectivos tienen incidencia directa en el comportamiento biológico del cuerpo, de eso dan cuenta en sus primeros trabajos cuando relacionan las variaciones y velocidades en que el cuerpo envejece con el acompañamiento a personas de edad avanzada, este pensamiento innovador promueve del fortalecimiento de disciplinas como *la biopolítica, el biocapital, la biomedica, la vida creativa, las especies acompañantes, las prótesis (o complementariedad tecnológica), la animación y la intercorporalidad*, lugares conceptuales donde la comprensión misma de la vida, no se puede aislar de una reflexión totalizadora, de entender el cuerpo, la psiquis, las emociones de forma diferente que de sus entornos.

Este relacionismo, inicialmente en un sentido filosófico, asume la noción de felicidad como un concepto subjetivo del subconsciente, que está determinado por elementos espirituales como el afecto, que erige nuevas formas del pensamiento sobre el cuerpo. En términos generales, es imposible razonar sobre la felicidad y el ser humano, como elementos aislados o diferentes, y aunque esta reflexión en una primera mirada no pareciera reveladora, significa todo un reto para las disciplinas creativas interesadas en conectar elementos sensoriales con la felicidad.

Sin embargo, entender la felicidad como elemento discursivo en la población en general, dista mucho de un acercamiento real y responsable al concepto de felicidad de una persona seropositiva, el discurso político sobre la felicidad en las personas reactivas, esta fijado con concreto a la razón discursiva del VIH, y es que una de las formas de entender el virus, es entender toda la construcción histórica-discursiva que se ha generado a través de las últimas décadas

(Treichler, 1987). Se debe asumir entonces, que comprender el virus no le compete únicamente a la medicina, es más, el lazo de felicidad y bienestar generado en los pacientes extra-hospitalarios debería estar considerado constantemente desde los elementos discursivos, de revisiones a fondo de las practicas lingüísticos o de vida de los entornos que cobijan a los seropositivos. Este tejido discursivo, esta notoriamente alimentado por la homofobia, la xenofobia, el machismo imperante, las brechas socio-económicas, el odio a la diferencia y el miedo a lo desconocido, un virus que tiene cientos de versiones sobre su existencia tiene una carga social diferente a otros virus con un calibre mortal igual o más alto y en los que su portadores tienen preocupaciones sociales igual a cero. Es clave recordar que el VIH tuvo miles de versiones en su aparición: una estrategia comercial del imperio farmacéutico, un ataque de Rusia contra Estados Unidos, el castigo de Dios en la tierra y arropado por otros mitos sobre su transmisión como: todas las prostitutas son portadoras, las mujeres son portadoras pero no transmisoras, el VIH solo se pasa de hombre a hombre, etc., todos derrumbados por la ciencia. Efectivamente, la felicidad, en las personas seropositivas debe estar alimentada y atravesada constantemente por un discurso holístico sobre el virus, por ello, la información, los elementos comunicacionales, la veracidad, la objetividad y el diseño deben ser honestos, responsables y afectivos.

Este discurso bélico, que es necesario considerar, tiene como umbral el odio y la rabia, las enfermedades más temidas y satanizadas por el mundo a lo largo de la historia, no han sido las más letales o las que tienen padecimientos más profundos, han sido enfermedades que atentan contra la noción *pureza* de la humanidad, es decir, por la *indignidad de los síntomas* (Sontag, 1989). Por ejemplo, el cólera ha matado menos personas que la viruela, pero los síntomas del cólera son más visibles en la piel, la polio termina por marchitar el cuerpo y es más agresiva que la lepra, pero no toca el rostro, lo que la sitúa en una posición más favorable frente a esta última. Estas metáforas discursivas, llevaron a la filósofa Susan Sotang, que además era paciente con cáncer, a reflexionar sobre las enfermedades y sus vertientes paradigmáticas, inicialmente comparando el SIDA con el Cáncer y el SIDA con la Sifilis, Sotang apunta que el Cáncer, en Estados Unidos, en edades tempranas compartía algo del estigma del Sida, pero poco a poco empezó a tener barnices de compasión por las personas que empezaron a desarrollar esta enfermedad: banqueros, ejecutivos, religiosos, etc., y también al hecho de que el cáncer es

aleatorio y no selectivo, y el pensamiento popular es que el VIH se lo contrae de forma *predestinada*, este hecho hace que la persona contagiada sea condenada porque fue aparentemente quien provocó la infección. Así mismo, la Sífilis fue atenuando su discurso social, cuando diversos artistas norteamericanos la padecieron, incluso se llegó a pensar que la enfermedad dotaba a los artistas de una sensibilidad diferente para sus obras artísticas. Sotang incluso propone desvirtuar el lenguaje con el que se habla normalmente sobre el virus y deslegitimar una metáfora de ejército, apartar las definiciones como *sistema de defensa, guerra contra, ataque*, etc., supondría un avance sobre el discurso social y eventualmente sobre la percepción de felicidad de los seropositivos.

En suma, la felicidad, como concepto subjetivo puede ser considerada bajo diferentes ángulos de observación, sin embargo es clave anotar que la percepción de felicidad en función de los entornos emocionales de las personas con VIH-SIDA son abismalmente diferentes y sus lógicas deben entenderse desde lo afectivo, lo discursivo, lo eminentemente sensorial y desde, definitivamente, la valoración individual de la persona seropositiva. Por tanto el diseño, como se ha presumido, tiene la capacidad para reconfigurar nuevas narrativas discursivas y promover una valoración emocional que debe ser generada desde las personas portadoras hacia afuera y no viceversa.

DISEÑO EMOCIONAL.

El Diseño tiene un alto componente proyectual, sin duda, de esto da cuenta su origen disciplinar que data de hace poco más de cien años con Bauhaus, donde en un apuro por concentrar los oficios y las artes, normalmente provenientes de las Vanguardias del Siglo XX, se esbozó un plan para desarrollar una serie de habilidades y competencias en los primeros estudiantes de diseño que se enfocaban principalmente en la función de los artefactos de uso en su época temprana, las directrices disciplinares de la escuela, y por extensión de los resultados de sus proyectos apuntaban a fomentar el bienestar de las personas a través de la toda la creatividad e innovación

volcada en un objeto de uso cotidiano. Así también, si se acerca la reflexión del diseño no como una disciplina sino como una dinámica antropológica viva que evolucionó de forma paralela al progreso del hombre como ser social, encontraremos que la presencia de *crear* bajo la necesidad de hacer más amable una actividad, mejorar una tarea o simplemente representar o comunicar, siempre fue constante y permaneció como algo que le permitía al hombre mejorar su calidad de vida y la percepción de felicidad.

Es interesante encontrar la visión altruista en el génesis mismo del diseño, sea desde su vertiente disciplinar o como actividad propia del ser humano, la innegable preocupación por el ser humano adhiere al ejercicio creativo una ramificación importante hacia otros estadios de conocimiento, algunos de ellos desde donde se el diseño se fortalece, otras desde donde se soporta y otros más que sirven de conectores, el espíritu vivo del diseño se potencia entonces, cuando encuentra disciplinas que tienen entre los renglones de sus objetos de estudio, al ser humano como categoría de lo principal. Ya lo advertía el profesor Klauss Krippendorf (2006) cuando en su estudio *A New Foundation for design* sugería un enfoque de las practicas del diseño dentro de la cultura de re-definir los significados de los artefactos hacia el bienestar del ser humano, esto según Krippendorf, debería ser la verdadera preocupación del Diseñador.

Sin embargo, Sergio Donoso (2016) nos recuerda que la creatividad, como insumo máximo del Diseño Industrial, aún tiene sus fronteras difusas, como si las esferas disciplinares se hubieran mezclado dificultando reconocer cuales son los límites de cada profesión entorpeciendo una mirada que brinde conciencia plena del inicio y fin de los aportes de una disciplina u otra. Pese a esto, menciona Donoso, es posible encontrar los verdaderos aportes del diseño si se reinterpreta la labor del diseñador, asume pues a un diseñador versátil en el pensamiento y con una conciencia lucida sobre la solución del problema pero también sobre la identificación del mismo, de tal suerte propone:

Tenemos (los diseñadores) la capacidad de suplir necesidades pero sobre todo de identificarlas, necesidades que otros crearán irrelevantes o inexistentes. Un

diseñador no es quien modifica objetos sin transformar o trascender su contenido, es quien permanece inconforme ante la idea del mundo preestablecido; el mundo que Heidegger explica con claridad, en donde los objetos nos han sido arrojados y las interpretaciones pre configuradas. Los diseñadores tenemos la capacidad de expandir la percepción de los usuarios y proporcionar objetos que se salgan de lo pre establecido, permitiéndoles experimentar nuevas interpretaciones, asombrándoles con relaciones que nunca habían soñado tener con el mundo exterior

Lo anterior permite hacer más claros los límites de la creatividad, pero también permite encontrar cuales son los puntos donde el Diseño se puede articular con otras disciplinas si admitimos que la **percepción** y el **mundo** son campos de estudio para el diseñador. Así pues, las fronteras de la actividad creativa se desplazan hacia linderos emocionales, neurológicos, filosóficos, etc., que admiten nuevas categorías sobre lo proyectual. Es posible entonces ubicar al diseño, y su centro disciplinar, más cerca de las humanidades como se muestra en la Figura 1, que presenta un Diseño convergente, no mesiánico, ni vanidoso, sino con las posibilidades de actuar en relación a las preocupaciones, compartidas, de otras disciplinas y de otros objetos de estudio.

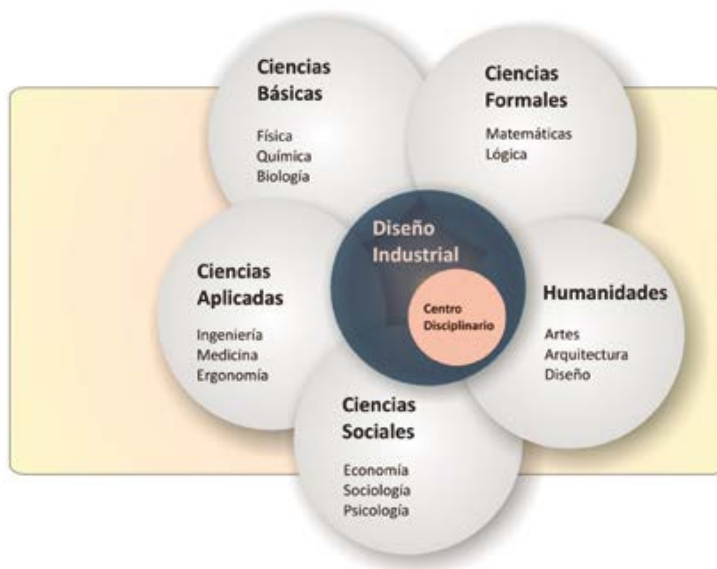


Gráfico 2. Vinculación original el Diseño Industrial con todas las áreas del conocimiento, tal como fue la Escuela de ULM y como lo postula la Unesco.

Fuente: Donoso Cisternas, Sergio Felipe | El Diseño Industrial; las fronteras confusas de la creatividad

Así pues, queda en manifiesto la interacción de la disciplina con otras ciencias, también de la tarea y del pensamiento creativo, el diseño puede entonces relacionarse con las Ciencias Básicas, las Ciencias Formales, las Ciencias Sociales y con las Ciencias Aplicadas, estas últimas, donde habita la Medicina. Por su lado, Gutiérrez-Fuentes (2008) Director de la Fundación Lilly de Madrid, España, defiende la idea de que la Medicina es una **ciencia y un arte humano**; bajo la idea de que se requiere reflexionar la vida desde la fundamentación médica, ve la necesidad de entender el génesis epistemológico de la medicina para poder erigir su objeto de estudio, de tal modo hace un repaso filosófico, ético y científico de la misma posibilitando una mirada más amplia sobre las dinámicas disciplinares, en su postulado, es atractiva la forma en como acerca la comprensión de la medicina desde el pensamiento artístico, creativo y humano, Gutiérrez propone la ética como el nexo entre Medicina y Arte y aceptando la premisa del **ethos** como el componente filosófico de la medicina propone:

Si aceptamos la ética como algo carente de referentes absolutos, encontramos en la situación de enfrentar, con una voluntad débil, ignorante y cambiante, la realidad del día a día, que no es buena ni mala sino compleja, confusa y ambivalente, como lo es la vida misma, y que nos devuelve a la reflexión moral. Sucede así con las actuaciones ante el enfermo, sobre todo cuando existe el dolor, el sufrimiento o ante el paciente terminal, en las que se ha de asumir e integrar, por un lado, la indeterminación, la duda, la ‘incertidumbre’ y, por otro, la deliberación juiciosa y fundamentada ante una situación concreta, compleja y variable. Hacerlo ante cada caso y circunstancia requiere de una capacidad juiciosa que podemos llamar arte o arte médico.

Conecta pues, a la medicina, un estricto carácter artístico cuando de forma expresa se la razona como un aliciente a las necesidades humanas, a esta relación entre la medicina y el arte, Gutiérrez (ídem) la llama BioÉtica y la define “como la disciplina que pretende regular la interacción entre

el que posee el conocimiento y aquel al que se le ofrece y puede recibir la aplicación práctica del mismo, siempre orientada a ayudarlo en la solución de los problemas que le aquejan.”

Para finalizar, Gutiérrez termina citando a William Osler (2008) quien levantaba la voz cuando sentenció que “...más que ningún otro, el médico puede ilustrar la segunda gran lección: que no estamos aquí para sacar de la vida cuanto más podamos para nosotros mismos, sino para intentar que la vida de los demás sea más feliz”. Queda expuesta entonces la finalidad de la medicina, que si se quiere, y no de forma forzada o apresurada, su fundamentación filosófica tiene las mismas preocupaciones que el diseño: el ser humano y la percepción de la felicidad.

Inicialmente, se debe entender al diseño social como el mecanismo para la construcción de mejores ambientes socio culturales y como dinamizador de la calidad de vida en sectores vulnerables. Para ello, ha tenido la complicidad de diversas estrategias y herramientas creativas que le permiten cumplir con sus propósitos humanos, en línea con esto, los objetivos del diseño social apuntan siempre a generar emociones positivas en los seres humanos y es ahí donde una particularidad del diseño tiene su origen en la comprensión de los artefactos o propuestas creativas como catalizadores de experiencias favorables para las personas. Esta particularidad descrita, específicamente, es el *diseño emocional*.

Según Donald Norman (2005) el diseño emocional aprovecha las formulaciones estéticas adecuadas y coherentes con los grupos objetivos para lograr que los artefactos de diseño tengan una conexión más allá de su uso, de tal suerte Norman cuenta que las cosas atractivas hacen que los usuarios tengan la sensación de que los artefactos de diseño operan mejor y que como consecuencia de esto se genere una respuesta emocional positiva cercana a la felicidad.

La respuesta emocional, resultado de la interacción entre el usuario y el artefacto de diseño y que como se anotó, sucede a partir de la percepción de la persona en sintonía con los elementos formales y compositivos del objeto, tienen tres fases que determinan la percepción final del artefacto. Las tres fases son la visceral, la conductual y la reflexiva.

FASE VISCERAL: Es el primer contacto que tiene la persona con el artefacto o la interfaz, se genera a partir de un deseo irracional lo que provoca una respuesta visceral, normalmente comparado con el impulso de compra, de adquisición de uso inmediato.

FASE CONDUCTUAL: Es la respuesta racional del usuario con el objeto, son los momentos posteriores y de uso de la fase visceral, y está determinada por la interacción con el objeto.

FASE REFLEXIVA: Es la que determina la percepción de experiencia, es el momento cuando se ha pasado del momento de deseo y de uso y de forma voluntaria o involuntaria se genera un juicio sobre el artefacto o experiencia de usuario.

Desde esta lógica procedimental, psicológica y social, que exhibe la respuesta emocional generada en la interacción entre el usuario y el objeto, el diseño se ha permitido buscar los mecanismos que permitan obtener, según Norman, las respuestas sensoriales adecuadas ante los estímulos de un producto o artefacto, es decir, desde las disciplinas creativas es posible direccionar el tipo de emociones que se quieren obtener como respuesta en diferentes casos y/o contextos, por ejemplo, el cine de terror busca obtener respuestas emocionales negativas, como miedo, pánico, turbación, etc., que se convierten a su vez en los indicadores de éxito y de eficacia del producto presentado, del mismo modo un juguete para niños de tres años despertará ternura, cuidado, cariño, etc. En suma es claro que el diseño emocional busca y necesita conectar con el comportamiento humano y con esto poder predecir (en un alto porcentaje) lo que será la respuesta emocional, la experiencia de usuario y por extensión la percepción de su funcionalidad.

Por su lado, Peter Desmet (2002) anota que es necesario antes de proyectar bajo el enfoque del diseño emocional recordar que los estados de ánimo no son lo mismo que las emociones, es decir, las emociones generan estados de ánimo. Las respuestas emocionales son cortas, pueden durar

segundos, pero no son prolongadas, en el ejemplo que se ha citado más arriba, la película de terror genera miedo, pánico, pero estas emociones son periódicas y momentáneas, son de alguna forma explosivas, la sorpresa al ver un auto deportivo, la sensación de abrigo con una manta de peluche, la sensación de poder al comprar un producto Apple, etc.

Por su lado, los estados de ánimo son más prolongados, pueden durar minutos, horas, días, semanas e incluso meses, por ejemplo, la depresión es un estado de ánimo profundamente conectado con la psiquis de la persona que puede durar un par de días, semanas o incluso meses y que puede ser causada por diferentes estímulos emocionales como tristeza, ira, miedo, soledad, etc. Se puede observar entonces, que la suma de diferentes estímulos emocionales puede provocar un estado de ánimo y que quizás estos periodos prolongados pueden conectarse con la experiencia de usuario y la percepción sobre los artefactos, lo anterior suscita la necesidad de cuidar qué tipo de emociones se va a evocar.

Según Desmet las emociones se las puede clasificar en:

1. Emociones instrumentales: se refieren al resultado de la percepción del usuario al satisfacer metas que el producto debe cumplir. Satisfacción, decepción y frustración son tipos de emociones generadas tras la realización de una tarea por ejemplo.

2. Emociones estéticas: son aquellas que determinan el potencial de agrado del producto por parte del usuario. Esa capacidad de atraer u ofender los sentidos de la persona. Un tipo de emoción en este punto sería atracción o disgusto.

3. Emociones sociales: se presentan tras la evaluación de un producto en relación a lo que los demás observan y piensan tras el uso. Un ejemplo de esto sería tener algo que la gente puede llegar a desear o que le confieren admiración, status o envidia al usuario del objeto.

4. Emociones que evocan sorpresa: son aquellas que tratan con la percepción de lo que es nuevo.

5. Interés: posibles a través del desafío combinado con la promesa. La idea central de este tipo de emoción planteada, está centrada en la aceptación o rechazo del usuario frente al producto.

Por otra parte, Patrick Jordan (2002), consultor de diseño para Coca-Cola, Boeing, Compaq, Ferrari, entre muchas otras más cree que el destino de las emociones en los artefactos de diseño deben ser conducir al ser humano al placer y a la felicidad, que son sin duda dos estados psicológicos del ser humano que se advierten como positivos y que permiten tener una percepción favorable de vida. Jordan clasifica el placer en cuatro categorías, estas son:

1. Placer físico: se determinan por el placer obtenido a través de la gratificación de los sentidos. Como ejemplo a esto está el oler un café, tocar algo suave, saborear algo dulce, oír el sonido de la lluvia, ver un objeto atractivo.

2. Placer psicológico: placer que se obtiene cuando las metas u objetivos son alcanzadas o cuando se obtienen soluciones a los problemas. Ejemplos a esto sería resolver acertijos, problemas técnicos de algún objeto electrónico, etc. Directamente relacionado con aspectos instrumentales del producto en su espacio funcional.

3. Placer ideológico: Se obtiene al nutrirse de información, satisfacer un deseo como sería leer un libro, ir a un museo de interés, asistir a un concierto de tu banda preferida.

4. Placer social: puede generarse de diferentes maneras, como resultado de una acción, puede ser por ejemplo juntarse con amigos, identificarse con algún producto por sus valores o imagen que exterioriza.

Por su lado Marco Van Hout, co-fundador de Programmes & Impact of Digital Society School, asume una postura metodológica frente a las emociones, es decir, supone que si una emoción se da a través de estímulos externos, entonces es posible generar a partir del diseño propuestas tendenciosas que permitan motivar algún tipo concreto de respuesta emocional. De tal modo, propone tres principios metodológicos para el diseño emocional.

Comprender la emoción. Se refiere a un análisis detallado de la emoción desde la perspectiva psicológica y humana. Puede ser a través de expertos y/o revisiones bibliográficas.

Medir la emoción. Se refiere a generar en el grupo objetivo una escala valorativa de respuestas emocionales.

Diseñar la emoción. Se refiere a seleccionar los elementos formales y proyectuales que compongan el artefacto de diseño y que apunten directamente a estimular una respuesta emocional específica.

Claramente, reflexionar sobre el Diseño Emocional como un campo de oportunidades para la medicina, y puntualmente en enfermedades crónicas como el VIH, abre muchas vertientes de pensamiento, a lo mejor desde categorías amables y concretas como la estética, la ética y el ser humano que han acercado distancias importantes entre la producción (principalmente simbólica) y las necesidades reales de los pacientes, también se ha convergido en terrenos uniformes como en la urgencia de potenciar las emociones positivas de las personas.

Por ejemplo, un grupo de médicos de la Universidad de Munster en Alemania (2007) identificó una serie de problemas neurológicos asociados al VIH, estos son: dificultad de concentración, problemas de memoria, dificultad para pensar con claridad, problemas para controlar los músculos, dificultad para coordinar el movimiento, dolor o entumecimiento en los nervios de las manos, piernas y pies y el síndrome de las piernas inquietas, una serie de movimientos involuntarios en los miembros inferiores; la investigación que realizaron sugiere que la principal causa de estos efectos es la falta de neurotransmisores de Dopamina en el cuerpo, el tratamiento propuesto y comprobado en un exitoso experimento comprobó que el suministro de L-Dopa (Dopamina) al cuerpo de forma externa a través de estímulos sensoriales, reduce notablemente los síndromes presentes.

Es admisible entonces, asumir una posición altruista con los artefactos de diseño que generan algún tipo de emoción positiva, es posible también situar la *felicidad* como el concepto de diseño que moviliza la toma de decisiones en un proyecto de diseño, sin embargo, antes de que el concepto de felicidad se pierda en justificaciones subjetivas o en ajustados argumentos clínicos, es necesario reconocer que, como bien lo supone Veenhoven (2001), durante siglos el término felicidad se ha utilizado como muletilla para todos los significados de **calidad de vida**, pero aclara que en las ciencias sociales este concepto es un abordaje objetivo o subjetivo de un concepto más global que es la *calidad*, sobre la base del mismo se debe diferenciar la *calidad objetiva* y la *calidad subjetiva* la primera es las condiciones de evaluación de un individuo o un grupo de individuos externos a la persona, por ejemplo, alfabetización, alimentación, accesos a salud, educación, ingresos per cápita, etc., estos son indicadores cuantitativos que normalmente son los estándares internacionales sobre la calidad de vida y la felicidad, los segundos son una construcción más profunda y tiene un enfoque cualitativo porque se da a partir de las nociones personales sobre bienestar.

De la anterior reflexión nace un nuevo cuestionamiento: ¿En qué lugares conceptuales se debe concentrar la producción de prototipos de diseño emocional para promover la felicidad (o la calidad subjetiva) en las personas con VIH?. Affleck, Tennen, Pfeiffer, Fificol & Rowc, (1988) afirman que los pacientes con enfermedades crónicas presentan una mayor satisfacción frente a la sensación de bienestar cuando tienen acompañamiento y aceptación social y poseen además un alto grado de adaptabilidad a la enfermedad. Por tanto, se ha demostrado de forma categórica que el *afecto positivo* en relación a los beneficios fisiológicos tiene un impacto real y directo, para reforzar la idea basta con citar a Pressman y Cohen (2005) que demuestran decisivamente que los estímulos emocionales positivos tienen un efecto directo sobre el sistema fisiológico tal cual como se lo muestra en la figura 9: el *afecto positivo* tiene una relación directa con prácticas saludables como relacionarse, hacer ejercicio, mejorar la calidad de sueño, tener una dieta equilibrada, todos estos considerados como factores que reducen la morbimortalidad, el impacto en el sistema inmunológico y el sistema cardiovascular es directo, pues tiene influencia sobre el hipotálamo pituitario-adrenal reduce la carga de cortisol en la sangre, y favorece la presencia de opioides endógenos (endorfinas).

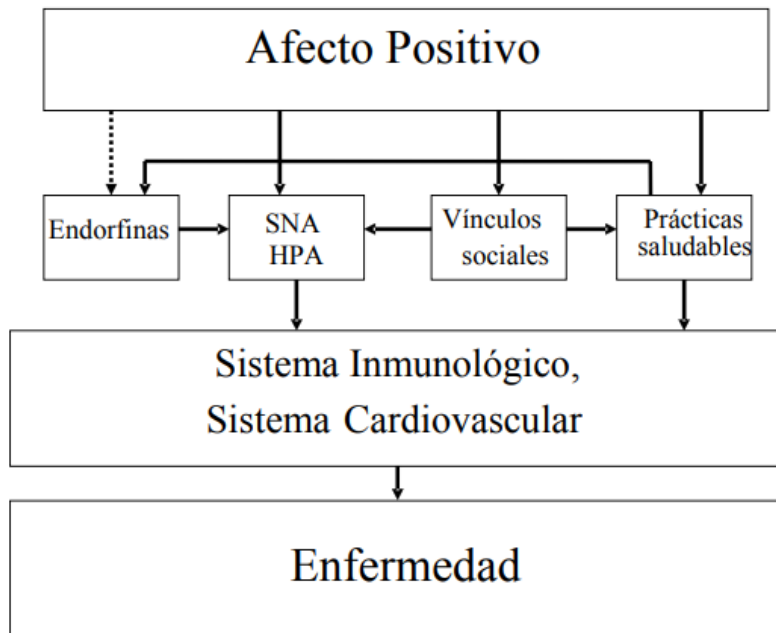


Figura No.1. Relación entre el Afecto Positivo y el impacto fisiológico de los pacientes.

Fuente: Pressman y Cohen (2005)

Así pues, es inevitable prender las alarmas sobre todas las formas de introversión de donde podría pensarse la relación entre Diseño Emocional y VIH, pues es claro que existe una línea continua que es el ser humano, entre dos líneas punteadas que son la salud y la creatividad como motores de las emociones.

También es importante entender que la importancia de las emociones y de su estímulo, no es únicamente una preocupación individual, o no debería serlo, en realidad la ciencia ciudadana, las manifestaciones populares y las creencias colectivas están regidas por dinámicas intelectuales consientes o subconscientes mediadas por emociones globales, las mismas que son subsistemas complejos de un sistema colectivo que manifiesta una lógica de **emociones políticas** (Nassbaum, 2014), estas emociones políticas defienden de forma colectiva el individualismo, la autonomía y fomenta por lo alto las capacidades humanas. Nassbaum supone que la única forma de lograr la justicia social es a través del desarrollo colectivo de la capacidad de amar, conmisericordia y solidarizarse. La misma autora, en su trabajo *Paisajes del*

Pensamiento (2008) abraza la idea de que las emociones forman parte del estado cognitivo de los seres humanos (por tanto es necesario entenderlas como unidades cognitivas y no ontológicas) y compara la empatía emocional y natural entre animales y entre humanos, en los primeros es un asunto conductual, como debería ser en los seres humanos, quienes en un afán por definir todo, dotaron de categorías a sistemas naturales, de este modo aparecieron emociones negativas, que no son naturales, como la aflicción, que está ligada más a convenciones sociales sobre el *no poseer* que sobre otras cosas; es importante aclarar que la felicidad como un dispositivo que ocupa un vacío social varía según la cultura (no poseer dinero, no poseer salud, no poseer amor, etc.).

Para finalizar, y para que sirva como antesala del apartado *prototipo*, es clave mencionar que el *Diseño emocional* está sujeto al *Diseño Crítico* y esta direccionado a gestionarse para ser entendido no por unos usuarios, sino por una audiencia (Dunne y Raby, 2013) y que esta audiencia que propone, reflexiona, actúa y transforma no se encuentra en un futuro utópico, sino en la realidad visceral, aquí y ahora.

VIHTAL



PROTOTIPADO

pág. 40

HIPÓTESIS DE ACCIÓN:

La Implementación de una serie de elementos plástico-sensoriales provenientes del diseño emocional puede mejorar notablemente la percepción de felicidad de las personas con VIH-SIDA.

NOTA: En el transcurso de la Investigación, se realizaron ejercicios experimentales de diseño con estudiantes de séptimo semestre (diseño conceptual), quinto semestre (packaging) y tercer semestre (semiótica) del programa de Diseño Industrial de la Universidad de Nariño. Los resultados fueron sistemas de mobiliario, iluminación, maletines, etc., como ejercicio de diseño emocional y especulativo; sistemas de empaques secundarios y ejercicios de visualización análoga. Todos los resultados se los puede observar en el anexo No.

ELEMENTOS PLASTICO-SENSORIALES:

Los dispositivos Plástico-Sensoriales que se definieron para el proyecto, giran en torno a la identificación de tres elementos claves que cercan el estado emocional de las personas con VIH y que son identificados en tres momentos emocionales cruciales que definen la percepción de felicidad de los seropositivos. Estos son: *la recepción de la noticia, la sensación de acompañamiento y la información regulada sobre su estado de salud*, estas tres columnas de actuación, fueron el resultado de relacionar las entrevistas a los portadores de cara a las posturas teóricas desarrolladas en el proyecto.

Como se mencionó en la descripción del método, la interpretación de la información tuvo como fundamento el paradigma interpretativo, por tanto, el planteamiento de las relaciones establecidas, así como de los códigos de información, fueron esbozados enfatizando en que las verdades sobre las que se intenta reflexionar, son construcciones con diversas y posibles voces y posturas. Este paradigma, entre

otras cosas, certificaría que el análisis de información estuviese alineado conceptualmente con el planteamiento de los objetivos proyectuales y con el desarrollo teórico propuesto.

Efectivamente, la Teoría Fundamentada, solventó la preocupación de como observar, reflexionar y entender la *realidad*, la TF desarrollada por Glaser y Strauss, se apoya en el pragmatismo de Peirce y en el interaccionismo simbólico de Mead para generar un modelo relacionista que permitiera identificar categorías teóricas que son emanadas de todos los datos mediante comparaciones constantes (Glaser & Strauss, 1967; Hemmersley, 1989) y que demandanda la sensibilidad del investigador. Esto exige a la investigación contraponer diversos contenidos de entrevistas, trabajos de campo y teoría para que nuevos elementos teóricos emerjan del esfuerzo de identificar temas fundamentales (Wells, 1995).

Con lo anterior, y gracias al programa Atlas Ti (V8) se logró seleccionar fragmentos de información provenientes de entrevistas a expertos y seropositivos y bibliografía para posteriormente relacionarlas. La selección de los fragmentos de entrevistas se la realizó a través de la técnica de Codificación Axial y la selección de la bibliografía se la realizó a través de la técnica de Codificación Selectiva (Flips-Flap).

La primera Red de entrevistas a expertos definió los primeros elementos claves para la determinación del primer elemento plástico sensorial, las relaciones de *continuidad* soportan la idea de que el VIH es un problema de *representatividad*, es decir, la única forma para poder tener un control (quizás sensorial) sobre el virus, es por medio de la generación de un mecanismo visual constante que haga puente entre el seropositivo y su condición de Cd4, este primer efecto relacional tiene mucho sentido se piensa que desde la medicina, la preocupación que han heredado algunos pacientes es el estado clínico del mismo. Sin embargo, un examen, una carpeta, una historia, un mail, carecen de una narrativa que pueda generar emociones positivas.



Figura No.2. Nube de Palabras y Red Relacional de *continuidad* de entrevista a Dr. Humberto Martínez Cordero.

ANÁLISIS: En un acercamiento académico a las personas infectadas con VIH, se puede establecer que existe un grado muy alto de vulnerabilidad y desconcierto del seropositivo frente a su estado clínico actual (representado en Cd4) como no es presente en otras enfermedades. Sus historias, sus emociones, el miedo a decaer generan en ellos un estado de pánico intenso que incrementa cuando no son conscientes de algo que, de forma cuantificable, representa para ellos vida: el conteo de linfocitos. Este miedo pierde peso cuando tienen de alguna forma control sobre su enfermedad y cuentan con un tratamiento que, aunque permite que su mejoramiento en salud sea notable, requieren de elementos sensoriales que lo ratifiquen. Por tanto, generar un dispositivo que le permita al seropositivo tener contacto visual constante con su estado de linfocitos permitirá, en línea con la hipótesis de acción, aumentar la percepción de felicidad.

ARTEFACTO 1: Dispositivo remoto de visualización de CD4.

Los sistemas de relaciones de las diferentes voces de los seropositivos, demostraron que existen dos momentos emocionales importantes para los portadores (y sus familias), estos son: 1. El momento cuando reciben la noticia acompañado del pánico sobrenatural que provoca la notificación que desborda en una búsqueda incansable de información en internet que muchas veces no es confiable, y 2. El

acompañamiento, que es el ítem más claro en la evaluación de emociones que determinan el estado de felicidad puntuado por los seropositivos (tabla2). Sin embargo, en la búsqueda del elemento plástico-sensorial, las relaciones de los elementos conceptuales de las entrevistas permitieron encontrar que estos dos momentos tienen como punto axial la comunicación, que si se entiende como un sinónimo del diseño, parece proponer de forma directa, la generación de un sistema emocional de conexiones sensoriales, propio del diseño emocional.

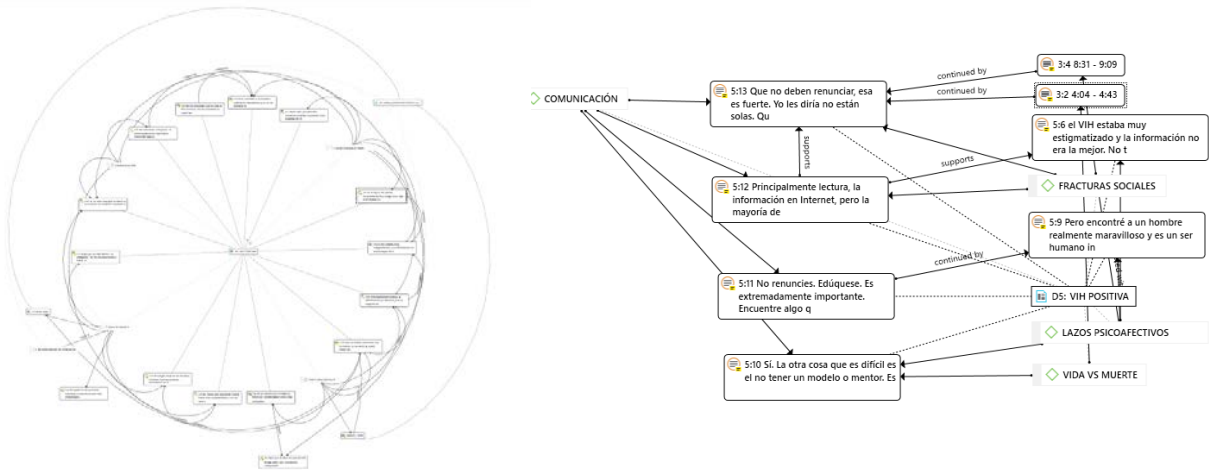


Figura No.3. Red general de conceptos de entrevistas y zoom de aparte comunicación.

ANÁLISIS: La comunicación, además de ser un derecho de la población en general, es una increíble muestra de afecto con poblaciones vulnerables y permite preservar la estabilidad psicosocial. En este sentido, la comunicación puede ser entendida en el seropositivo como parte del grado de satisfacción de necesidades subjetivas del hombre en función de la cultura, pues según Locke (1994), la felicidad es la supresión de algún tipo de malestar, en este caso: comunicacional.

ARTEFACTO 2: FlashMob

ARTEFACTO 3: Pieza Audiovisual.

DESCRIPCIÓN DE ARTEFACTOS:

El proceso creativo fue generado a través de diferentes sesiones de diseño en el Laboratorio de Innovación del Programa de Diseño de la Universidad Cesmag, el equipo creativo estuvo dirigido por el Investigador Principal del proyecto Julián Ortiz Cordero, una Ilustradora Profesional Danny de Bruce, el Realizador Audiovisual Andrés Insuasty, el Diseñador y Activista Social Renne Montes, el Animador Digital Willmer Zambrano, el Ingeniero Martin Alejandro y algunos estudiantes del Semillero de Investigaciones del grupo Artefacto de la Universidad de Nariño.



Figura No.4 Equipo VIHTAL

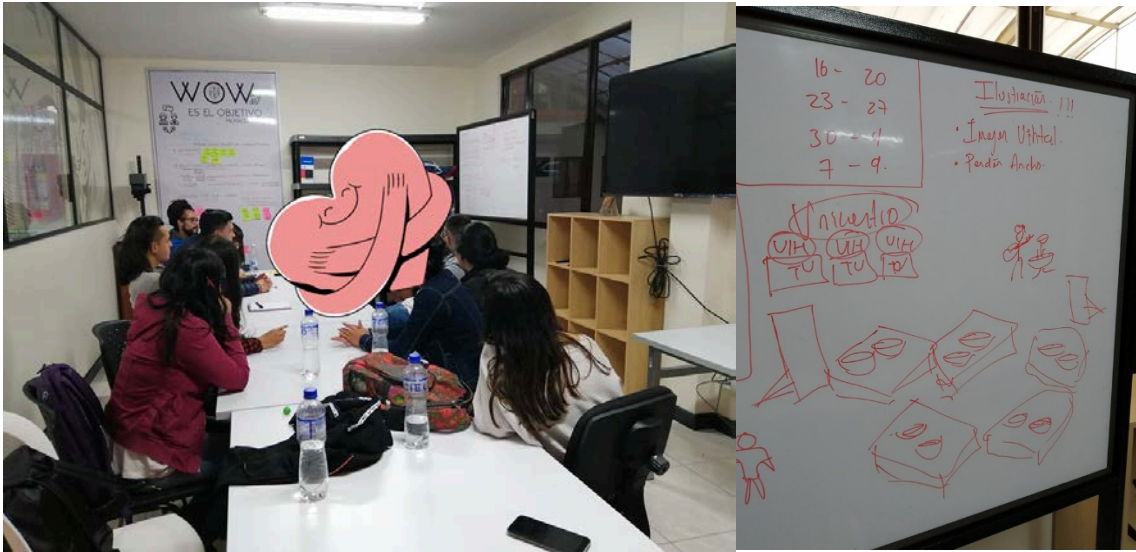


Figura No. 5 Talleres creativos.

ARTEFACTO 1: Lámpara: Diseño con sistema Arduino, módulo de conexión GPRS el cual, a través de ShortMessageService, manipulado estrictamente por protocolos médicos desde laboratorios especializados, envía información de Linfocitos Cd4 directamente al dispositivo en el hogar de la persona seropositivo. La información procesada, es leída en niveles de 50 Cd4 representadas de forma visual por un led, el sistema posee 10 leds que representan 500 linfocitos, lo que constituye la meta del seropositivo. Por ejemplo, si un paciente tiene carga de 235 Cd4 el sistema tendrá prendido 4 leds, lo que indica que está por encima de los 200 Cd4 y por fuera de la etapa SIDA, si el laboratorio detecta un incremento de linfocitos a 370 Cd4 el sistema encenderá 7 leds, lo que indica que está por encima de un conteo de 350, el sistema tendrá las luces leds parpadeando por un periodo de 24 horas para que seropositivo se percate del cambio, esto indudablemente va a generar una respuesta emocional positiva maximizada por mil a la experiencia de recibir los exámenes en un laboratorio. La noticia en la privacidad, en un espacio propio, que contrasta con la noticia en público motivará a generar emociones positivas. Las entrevistas mostraron que uno de los momentos de mayor euforia y de una alegría sobredimensionada es cada vez que se enteran de una subida de Cd4.

La carcasa del sistema fue diseñada bajo principios formales del minimalismo para adaptarse a cualquier lugar y su carcasa haciendo uso de tecnologías de impresión 3d en el Laboratorio de Fabricación Digital de la Universidad de Nariño.

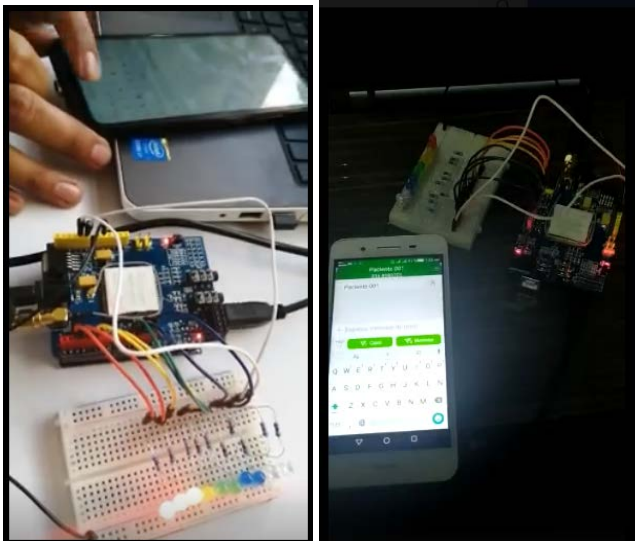


Figura No.6 Sistema Arduino operando.

IMPOSRTANTE: DISEÑO DE LA LÁMPARA EN PROTOTIPADO (PENDIENTE) SE PRESENTA EN PRE-SUSTENTACIÓN.

ARTEFACTO 2. FlashMob. Esto es una intervención que remueve lo más profundo de la cotidianidad, es una instalación, o movilización de un grupo de personas perfectamente coordinadas que tienen como propósito protestar, celebrar, homenajear o manifestarse como síntoma de apoyo. En este caso en particular, es una movilización de un grupo grande de colaboradores y elementos visuales que tienen como propósito apropiarse de un espacio y un momento para gestionar una serie de emociones positivas.

LUGAR: UNICENTRO

HORA: 4 PM

ELEMENTOS SENSORIALES DE ANCLAJE: Glitch de video en todos los televisores del centro comercial.

ELEMENTOS DE ANCLAJE SECUNDARIOS: personas con identificación del proyecto.

ELEMENTO DE ANCLAJE: Música en vivo: composición de una pieza musical especial para el evento.

FLASH: BIBLIOTECAS HUMANAS: Es un espacio de interlocución constante, de generación de nuevos conocimientos, de adherir nuevas narrativas y discursos sociales sobre el fenómeno del VIH, el principio es que si las personas tienen dudas, no consulten libros o contenidos digitales, sino directamente personas. En esta Biblioteca Humana, en particular, se generaron seis espacios de conversación, lugares con un diseño amable y acogedor, donde los *curiosos* tuvieron información de primera mano y de fuentes confiables, en estos espacios hubieron dos valientes personas portadoras, dos familiares de estas personas, una psicóloga especialista en el tema, y un médico especialista en tratamientos con VIH.

DINAMICA: Se atrajo a las personas a través de los elementos de anclaje para que puedan consultar a todas las personas de la sala que dispuso, para mejorar una conversa fluida se dispuso de unas tarjetas con preguntas orientadoras, hasta mientras tanto se generó la suficiente confianza para tener una conversa amable. Se hicieron registros en capsulas de las personas que tuvieron contacto con la instalación para finalmente realizar una pieza audiovisual de uso común. Es clave recordar que según el análisis de la información, este artefacto apunta a generar canales de comunicación amén a generar emociones ligadas al acompañamiento y finalmente a la felicidad de las personas portadoras.

IMPORTANTE: El FlashMob se realizará el día 16 de octubre. Por tanto, los registros audiovisuales no están presentes en este documento pero se espera mostrarlos en la pre-sustentación. La redacción en pasado corresponde a una aproximación sobre la experiencia, cambiará de acuerdo a los resultados obtenidos de esa jornada.

ARTEFACTO 3: Audiovisual: La pieza audiovisual fue generada bajo el enfoque de Clip de video y en tres minutos cuenta la historia de una persona con VIH en lo que inicialmente se presenta como un día común, eventualmente a través del manejo de fotografía y con un minucioso cuidado del guion se realiza un giro de tuerca y se convierte en un monologo que: en compañía de un médico y un psicólogo cuentan a lo que una persona que se acaba de enterar que tiene VIH se va a enfrentar y generar a través de emociones positivas mitigar un poco la avalancha de emociones negativas a las que se ve expuesto en ese momento. El guion fue elaborado (anexos) por el realizador audiovisual Andrés Insuasty y revisado y editado por psicólogos especialistas. La trama general es esperanzadora pero honesta.

IMPORTANTE: El video se realizará el día 15 de octubre. Por tanto, los registros audiovisuales no están presentes en este documento pero se espera mostrarlos en la pre-sustentación, al menos la fase de pre-producción y producción. La redacción en pasado corresponde a una aproximación sobre la experiencia, cambiará de acuerdo a los resultados obtenidos de esa jornada.

DECLARACIÓN DE IMPACTO

El siguiente cuadro muestra elementos de la propuesta plástico-sensorial y delimita los márgenes de impacto, los beneficiarios y la audiencia general de las intervenciones.

DECLARACIÓN DE IMPACTO	
CONSIDERACIONES SOBRE LA MISIÓN	
Definir la acción general	Intervenciones plástico sensoriales: Sistema Digital // Flashmob // Audiovisual
Definir los Beneficiarios	Las personas con VIH de San Juan de Pasto
Definir el servicio	Información ética y confiable // Sistema de control e información // Sistema social de acompañamiento
Problema	Percepción de felicidad / emociones positivas
Causa	Miedo, Estigma, Vacíos emocionales, comunicación.

CONSIDERACIONES SOBRE LA VISIÓN	
¿ Cómo sería el mundo si resolveríamos el problema ?	Pueblos sensibles y cariñosos // Personas reactivas felices, autosuficientes y felices Plan 90/90/90 OMS
¿ Quienes se beneficiarian si tuvieramos éxito ?	Comunidad con VIH
¿ Cómo se beneficiarian ?	Tendrian Información // Sistema de control // Acompañamiento
¿Cuál es la actividad principal para resilver el problema ?	Comunicación
¿ Hay un cronograma o un tiempo objetivo en el que se quiere realizar la Misión?	Deadline: Diciembre 2019
AUDIENCIA	
¿ Quién es la audiencia interna ?	Comunidad con VIH de Pasto
¿ Quién es mi audiencia externa ?	Comunidad con VIH de Colombia
¿ Cómo nos vamos a comunicar con ellos ?	Estrategia de comunicación en Proceso de implementación
¿ Cuales serían algunos cambios para ellos ?	Percepción de felicidad, en tanto la generación de emociones positivas.
¿ Cuántos son ?	7 reactivos directos, 1.200 reactivos en Pasto.

Tabla No. 3. Declaración de Impacto

El pliego de actividades completo se lo puede encontrar en los Anexos.

INDICADORES

Los indicadores fueron diseñados de acuerdo al paradigma interpretativo y a dos categorías de medición, personas alcanzadas por intervención y elementos cualitativos de medición de emociones. El modelo de emociones que se decidió utilizar, son las emociones Extrínsecas para medir el impacto emocional en la audiencia, e intrínsecas para medir el impacto sensorial de las intervenciones, de acuerdo a Vallerand & Rattele (2002) las actividades de competencia como la satisfacción pueden ser de orientación extrínseca al orientarse a tareas, mientras que las actividades de autonomía como el disfrute y la belleza pueden ser de orientación intrínseca al no tener ningún tipo de recompensa Cordoba Cely (2013).

Así las cosas, las emociones extrínsecas medirían la satisfacción del artefacto y las emociones intrínsecas medirían la percepción de felicidad. Por Tanto, los valores extrínsecos para la medición de los artefactos son dispuestos a través de la Escala de Afecto Positivo y Afecto Negativo (PANAS) de Watson, D., Clark, L., & Tellegen, A. (1988). Según Watson, el instrumento evalúa dos factores esenciales de los estados emocionales, las emociones de carácter positivo y negativo, esto con el fin de indagar el estado emocional ligado a la felicidad de las personas. De acuerdo a Blanco & Salazar (2014) la escala se prepara con 20 reactivos que describen emociones de carácter positivo o negativo, 10 de ellas positivas y 10 negativas. Cada reactivo es respondido mediante una escala con formato ordinal con 5 opciones de respuesta (nada, muy poco, algo, bastante, mucho). El puntaje más bajo que se puede obtener es 20 y el más alto es 100. La escala se compone de dos sub-escalas cada una referente al tipo de emociones (Escala de Afecto positivo y Escala de Afecto Negativo), en dónde altas puntuaciones en cada una de las sub-escalas sugieren alta presencia de emociones positivas o negativas en el sujeto, respectivamente. Blanco & Salazar asumen que existen evidencias vigorosas de que el instrumento funciona adecuadamente tomando en cuenta evidencias de validez concurrente con escalas que evalúan estados de felicidad y depresión. Teóricamente la estructura factorial de los reactivos es mejor representada por dos factores, que es reportada por múltiples estudios en distintos contextos y garantiza un Alfa de Cronbach confiable

La escala y las variables son las siguientes:

Nada 2	Muy poco 3	Algo 4	Bastante 5	Mucho 6
--------	------------	--------	------------	---------

VARIABLES	
REACTIVOS POSITIVOS	REACTIVOS NEGATIVOS
Congraciado	Apático

Interesado	Irritado
Dispuesto	Tenso
Animado	Avergonzado
Inspirado	Disgustado
Enérgico	Nervioso
Decidido	Culpable
Atento	Intranquilo
Entusiasmado	Asustado
Amoroso	Indiferente

Tabla No.4 Variables y escala.

IMPORTANTE: una vez realizados los elementos plástico-sensoriales se aplicará el instrumento en una muestra aleatoria y se efectuarán la Visualización de Datos de resultados y el análisis de los resultados.

Por otra parte, las emociones intrínsecas que pretenden medir la felicidad, se realizará a través de indicadores cualitativos interpretativos bajo la técnica de mapeo, la ficha del indicador es la siguiente:

Hoja de referencia para indicador de impacto		
Nombre del indicador	Indicador de percepción	
Nombre del grupo de interés	Personas con VIH	
Definición del indicador	Es un indicador cualitativo que pretende medir la percepción de felicidad.	
Componentes del indicador	Grupos desagregados	Nota sobre el manejo de grupos desagregados
FLASHMOB AUDIOVISUAL LAMPARA	Edad Estrato Escolaridad Genero	Los grupos desagregados deberán ser regulados en su número y en el mejor de los casos mantener las variables de forma ecualizada
Instrucciones técnicas sobre el calculo	La cantidad de personas por contexto no puede superar las 20 personas, en total serán 3 contextos	
Instrucciones específicas sobre el reporting	Viz Data	

Tabla No. 5. Hoja de referencia para indicador de impacto.

DEFINICIÓN OPERACIONAL DE FELICIDAD: El grado perceptivo-descriptivo de emociones positivas que experimenta las personas con VIH frente a la intervención.

La escala de medición que se usó es la misma que se utilizó inicialmente para hacer la medición del estado emocional de los stakeholder pero con algunos cambios en sus variables, las categorías que se utilizaron son: A: Compañía, B: Información confiable C: Seguimiento de CDd4. D: Tranquilidad E: Esperanza F: Alegría G: Empatía.

Las variables en función de la escala, permiten que el instrumento sea confiable y válido, con los estándares internacionales sobre la escala de felicidad. En la siguiente imagen se puede observar de forma gráfica la favorabilidad del cruce entre variables y escalas:



Figura No.7 Imagen tomada de: ¿Cómo medir la felicidad? Instituto de Políticas Públicas de la Universidad Diego Portales, Santiago, Chile.

IMPORTANTE: una vez realizados los elementos plástico-sensoriales se aplicará el instrumento en una muestra de 20 personas con vih y se efectuarán los gráficos de resultados y el análisis de los resultados.

- **CAMBIOS EN LA PRÁCTICA SOCIAL:**

determinados por el análisis de los resultados de los indicadores.

PIEZAS GRÁFICAS ALEATORIAS DE SOPORTE:



CONCLUSIONES.

El análisis del objeto de estudio en función del artefacto de diseño ha posibilitado develar el grado de innovación del proyecto denominado VIHTAL como propuesta de diseño emocional que apunta a mejorar la percepción de la felicidad y mejorar la calidad de vida en las personas reactivas, pues se ha encontrado que la mayor concentración de investigaciones y proyectos realizados, no solamente enfocados en el SIDA sino en enfermedades de carácter mortal o crónicas, son sobre la prevención. Se ha desconocido, o simplemente no se ha percatado de las competencias que los procesos creativos y de comunicación pueden tener como efectos positivos en las personas.

Siendo que la felicidad, como gesto de éxito depende de conceptos más elevados como la *calidad de vida* y que este a su vez es una categoría objetiva cercana a los gobiernos y a entidades que lo usan como indicador de gestión, los proyectos de diseño deben apuntar a la percepción individual de la felicidad, asumiendo conceptos poderosos de diseño en el bienestar, la compañía, el amor, posibles en modelos teóricos como el diseño emocional.

El estado de ánimo puede impactar positivamente el estado fisiológico de una persona, por tanto se busca que los pacientes tengan estímulos constantes para generar una noción de bienestar temporalmente extensa que les permita potenciar su estado de salud o la *lucha* emocional a la que se enfrentan, consecuentemente, el diseño emocional debe centrarse en generar artefactos que permitan una constante sensación de bienestar y no periodos cortos de euforia.

La Investigación-Creación en su lógica conceptual, coincide con elementos epistemológicos del paradigma interpretativo, de tal suerte es posible acercar a su método elementos provenientes de otros enfoques, como el crítico-social, que posibilitan unas maneras de abordar los objetos de estudio sin irrumpir en el espíritu abductivo, intuitivo y creativo de la Investigación-Creación. De todas formas, estamos viviendo la transición de Investigación-Acción-Participación a una Investigación-Creación totalmente autónoma.

BIBLIOGRAFIA

- Affleck, Tennen, Pfeiffer, Fifiecol & Rowc, (1998) Social Support and Pscicosocial adjustmen tto rheumatoid arthritis, Arthritis Care Research
- Arfuch, Leonor; Chaves, Norberto; Ledesma, Maria. (2003). Comunicación para diseñadores. Paidos. Buenos Aires.
- Briede-Westermeyer, Juan Carlos, Pérez-Villalobos, Cristhian E., Bastías-Vega, Nancy, Bustamante-Durán, Carolina E., Olivera-Morales, Pablo, Parra-Ponce, Paula, Delgado-Rivera, Macarena, Cabello-Mora, Marcela, & Campos-Cerda, Ivone. (2017). Experiencia interdisciplinaria para el diseño de productos para la salud. Revista médica de Chile.
- Blackman, L. & Venn, C. (2010). Affect. Body & Society, 16(1): 7–28.1
- Cifuentes, M. R. (1993). Cuadernillos de trabajo social: la construcción de los estados de arte. Manizales: Universidad de Caldas.
- Colas Bravo, María Pilar Investigación Educativa. -- Sevilla: Ed. Alfar. 2da. edición Colección Ciencias de la educación, 1994.
- Colas Bravo, María Pilar. Investigación Educativa. -- Sevilla: Ed. Alfar. 2da. edición Colección Ciencias de la educación, 1994.
- Cordoba, Carlos. La Experiencia de Usuario Extendida (UxE) Un modelo teórico sobre la aceptación tecnológica y un estudio de caso en entornos virtuales de aprendizaje. Tesis Doctoral(2003) Universidad Politecnica de Catalunya.
- Donoso, Sergio (2016). El Diseño Industrial; las fronteras confusas de la creatividad. Ciencia, Docencia y Tecnología.
- Expósito Gallardo, María del Carmen, & Ávila Ávila, Rafael. (2008). Aplicaciones de la inteligencia artificial en la Medicina: perspectivas y problemas. ACIMED, 17(5)

Recuperado en 07 de julio de 2019, de

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-94352008000500005&lng=es&tlng=es)

94352008000500005&lng=es&tlng=es

Glaser, B. & Strauss, A. (1967). *The discovery of grounded theory*. Chicago: Aldine Press.

Gutiérrez-Fuentes, J.A.. (2008). La medicina, una ciencia y un arte humanos. Educación Médica.

Happe S, Kundmüller, Reichelt D, et al. Comorbidity of restless legs syndrome and HIV infection. *Journal of Neurology* 2007 Oct;254(10):1401-6.

Jan Gehl.(2013)“La humanización del espacio público”. Editorial Reverte. Barcelona

Krippendorff, Klaus (2006). *The Semantic Turn; A New Foundation for Design*. Boca Raton, London, New York: Taylor&Francis, CRC Press.

Locke, John (1994). *Ensayo sobre el entendimiento humano*. Colombia, Fondo de Cultura Económica, Primera Reimpresión, p. 107.

Margulies, Susana, Barber, Nélide, & Recoder, María Laura. (2006). VIH-SIDA Y "ADHERENCIA" AL TRATAMIENTO ENFOQUES Y PERSPECTIVAS. *Antipoda. Revista de Antropología y Arqueología*, (3), 281-300. Retrieved October 05, 2019.

Norman, Donald, (2004). *Emotional Design. Why we love or hate every day things*. Basic books, amember of perseus books group. New York.

Nussbaum, M. C. (2008). *Paisajes del pensamiento* (A. Maira Trans.). Barcelona: Paidós.4

Nussbaum, M. C. (2014). *Emociones políticas* (A. Santos Mosquera Trans.). Barcelona: Paidós.5

Osler W. (2008) *La palabra clave en medicina. Un estilo de vida*. Madrid: Fundación Lilly

Patrick Jordan, *Designing Pleasurable Products: An introduction to the New Human Factors*.British Library Cataloguing in publication data, London, 2000.

Peter Desmet, *Designing Emotions*. Delft University of Technology, Department of Industrial

Design, 2002

Sontag, S. (1989). AIDS and its metaphors. New York: Farrar, Strauss and Giroux.7

Stefansson H, Rye DB, Hicks A, et al. A genetic risk factor for periodic limb movements in sleep. New England Journal of Medicine 2007 Aug 16;357(7):639-47.

Treichler, P. (1987). AIDS, Homophobia, and Biomedical Discourse: An Epidemic of Signification. October, 43, 31-70.6

Vallerand, R. J., & Rattele, C. F. (2002). Intrinsic and Extrinsic Motivation: A Hierarchical

Van Hout M, Extracto artículo: “Comprendiendo, midiendo, diseñando emoción”, Revista Faz, N° 2 , Julio de 2008, página 89 ISSN 0718-526X

Veenhoven, R (2000). The Four Qualities of Life. Ordering Concepts and Measures of the Good Life, Journal of Happiness Studies.

Watson, D., Clark, L.A. & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS Scales. Journal of Personality and Social Psychology, 54(6): 1063-1070.

Wells, K. (1995). The strategy of Grounded theory: Possibilities and problems. *Social Work Research* 19(1), 33-37.