

**VIVENCIAS DEL EMBARAZO EN TRABAJADORAS SEXUALES
DIAGNOSTICADAS CON VIH EN EL PRIMER PERIODO DE 2014**

MARIA VICTORIA JIMENEZ JIMENEZ

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA

FACULTAD DE ENFERMERÍA

BOGOTA D.C

2015

**VIVENCIAS DEL EMBARAZO EN TRABAJADORAS SEXUALES
DIAGNOSTICADAS CON VIH EN EL PRIMER PERIODO DE 2014**

MARIA VICTORIA JIMENEZ JIMENEZ

2015

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA

FACULTAD DE ENFERMERÍA

BOGOTA D.C

**Trabajo de Grado para optar al título de:
Profesional de Enfermería**

Asesor:

Daniel Gonzalo Eslava Albarracín

Enf. MsC. PhD.

NOTA DE ACEPTACIÓN

Firma del presidente del jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por permitirme llegar a este momento tan especial de mi vida. Por los triunfos y los momentos difíciles que me han enseñado a valorar cada día más las oportunidades que se me dan, a mi mamá por ser la persona que me ha acompañado durante todo mi trayecto estudiantil y de vida, a mi papá quien con sus consejos ha sabido guiarme para culminar mi carrera profesional, a mis hermanas, mi cuñado y mi sobrina que gracias a su apoyo incondicional, su fortaleza, su paciencia y entusiasmo me llenaron de energía y alegría para dar cada paso durante este camino.

A mi asesor Daniel Eslava quien gracias a su orientación y ayuda incondicional hizo posible la realización de este trabajo.

A mis amigas de la universidad: Yajadira, Viviana, Ángela, Valeria y Mónica con quienes viví esta etapa de mi vida la cual me ha hecho crecer como persona y profesional.

A mis compañeras y amigas de trabajo: Paola, Alexa y Angie quienes pusieron su granito de arena para poder lograr este sueño.

A la Pontificia Universidad Javeriana que hizo posible mi formación como profesional.

Mil gracias por estar presentes durante este proceso.

.

VIVENCIAS DEL EMBARAZO EN TRABAJADORAS SEXUALES DIAGNOSTICADAS CON VIH EN EL PRIMER PERIODO DE 2014

RESUMEN

El objetivo de este estudio es dar a conocer las vivencias de 10 mujeres con diagnóstico de VIH positivo durante el embarazo siendo trabajadoras sexuales en las zonas de Patio Bonito, Primera de Mayo y Barrio Santa fe , con el fin de que sus vivencias sean conocidas y de esta forma enriquecer de bases al profesional de enfermería, permitiendo así poder desarrollar programas de desarrollo, evaluación, proyectos y estrategias en el marco de un sistema de aseguramiento y acompañamiento en salud, desarrollados sistemáticamente para asistir a los profesionales en la toma de decisiones apropiadas para el cuidado de la salud en circunstancias clínicas específicas sin dejar a un lado la parte humana que permita mejorar los resultados en salud de estas madres.

Esta investigación se realizó mediante el diseño cualitativo, el instrumento utilizado fue una entrevista semiestructurada en la cual se recogieron testimonios narrados de las 10 trabajadoras sexuales que viven con VIH, entre los 17 años a los 40 años de edad, el cual torno de tres momentos: Antes, Durante, Después del embarazo haciendo especial énfasis en el Durante.

Abordar a las trabajadoras sexuales desde sus propios marcos de sentido y contextos sociales significa tener presente los modos específicos de comprender las relaciones sociales, la sexualidad y el riesgo que están detrás de sus comportamientos, para captar realmente los porqués de sus decisiones. Esta investigación reconoce la importancia de la figura materna en un mundo donde la mujer es juzgada y denigrada por el oficio realizado, particularmente como trabajadora sexual y más aún si es una portadora de VIH para darle lugar e importancia a la problemática y a ellas como sujetos, procurando tener mayores herramientas para disminuir los sentidos de subordinación, violación de derechos y discriminación, hay es cuando se presenta el desafío a enfermeros y estudiantes de enfermería de proporcionar cuidados de alta calidad, individualizados, compasivos e

imparciales, generando la motivación de continuar con el tratamiento y de no desfallecer frente a la nueva realidad en sus vidas.

Palabras claves: VIH, Mujeres, Embarazo, Trabajo sexual, Vivencia

EXPERIENCES OF PREGNANCY DIAGNOSED WITH HIV SEX WORKERS IN THE FIRST PERIOD OF 2014

SUMMARY

The aim of this study is to present the experiences of 10 women diagnosed HIV positive during pregnancy being sex workers in areas of Patio Bonito, May First and Santa Fe neighborhood, so that their experiences are known and thus enriching base nursing professionals, allowing to develop programs of development, evaluation, projects and strategies in the context of a system of health insurance and support, systematically developed to assist professionals in making appropriate decisions for health care for specific clinical circumstances without leaving aside the human part that allows to improve the health outcomes of these mothers.

This research was conducted using qualitative design, the instrument used was a semi-structured interview in which recounted testimonies of the 10 sex workers living with HIV, from age 17 to age 40, which were collected around three times : Before, During, After Pregnancy with particular emphasis on Durante.

Addressing sex workers from their own frames of meaning and social context means having in mind the specific ways of understanding social relationships, sexuality and the risk they are behind their behavior, to really capture the reasons of their decisions. This research recognizes the importance of the maternal figure in a world where women are judged and abused by the job done, particularly as a sex worker and even more if it is a carrier of HIV to make room and importance to the issue and to them as individuals, trying to have more tools to reduce the sense of subordination, violation of rights and discrimination, there is where the challenge comes to nurses and nursing students to provide high quality care, individualized, compassionate and fair, generating motivation to continue the treatment and not faint facing the new reality in their lives.

Keywords: HIV, Women, Pregnancy, Sex Work, Experience

NOTA DE ADVERTENCIA

“La Universidad no se hace responsable por los conceptos emitidos por sus alumnos en sus trabajos de grado. Solo velara que no se publique nada contrario al dogma y a la moral católica y porque los trabajos de grado no contengan ataques personales contra persona alguna, antes bien se vea en ellos el anhelo de buscar la verdad y la justicia”.

Artículo 23 de la Resolución N° 13 de Julio de 1946

Pontificia Universidad Javeriana

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	13
VIVENCIAS DEL EMBARAZO EN TRABAJADORAS SEXUALES DIAGNOSTICADAS CON VIH EN EL PRIMER PERIODO DE 2014	
1. ANTECEDENTES Y SITUACIÓN PROBLEMA	16
1.1.DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TERMINOS	21
1.1.1. VIH	21
1.1.2. Embarazo	21
1.1.3. Trabajadora Sexual	22
1.1.4. Vivencia	22
1.2.JUSTIFICACIÓN	27
1.3.OBJETIVOS	30
1.3.1. Objetivo General	30
1.3.2. Objetivos Específicos	30
2. MARCO DE REFERENCIA	30

2.1.ASPECTOS GENERALES DEL VIH EN EL MUNDO	32
2.1.1. África.....	32
2.1.2. Asia.....	32
2.1.3. Europa	33
2.1.4. Caribe	32
2.1.5. América Latina.....	32
2.2.SITUACIÓN ACTUAL EN COLOMBIA	35
2.2.1. Bogotá	37
2.3.SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LA TRANSMISIÓN MATERNO INFANTIL DEL VIH.....	39
2.3.1. <i>A nivel mundial</i>	39
2.3.2. <i>Colombia</i>	40
2.4.MARCO LEGAL DEL VIH EN COLOMBIA	41
3. METODOLOGÍA	44
3.1. INSTRUMENTO.....	45
3.2. ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	46
4. ANÁLISIS DE RESULTADOS	47

4.1. CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA DE LAS PARTICIPANTES	47
4.2. ANÁLISIS DE LAS ENTREVISTAS	51
4.2.1. ANTES	51
4.2.1.1. SABERES “Sabemos muy poco o No sabemos nada”	52
4.2.1.2. PENSARES “No pensaba que me fuera a dar”	54
4.2.1.3. HACERES “cuando quería me cuidaba”	56
4.2.2. DURANTE	58
4.2.2.1. SENTIRES “Miedo, no podía creerlo”	59
4.2.2.2. ACTUARES “desinterés y aceptación”	61
4.2.2.3. PADECERES “Entre la discriminación y tratamiento	64
4.2.3. DESPUÉS	66
4.2.3.1. APREHENDERES “luchar para vivir”	67
4.2.3.2. ACONSEJARES “hay que exigir siempre el condón”	68
4.2.3.3. PROYECTARES “quiero lo mejor para mi hijo”	70
5. CONCLUSIONES	47
6. LISTA DE REFERENCIA	47
7. ANEXOS	47

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Momentos y categorías en función del tiempo.....	24
Tabla 2. Vivencias del embarazo en trabajadoras sexuales diagnosticadas con VIH. Descripción.....	25
Tabla 3. Vivencias del embarazo en trabajadoras sexuales diagnosticadas con VIH. Cuestionario.	26
Tabla 4. Caracterización sociodemográfica de las participantes	48
Tabla 4. Caracterización obstétrica y diagnóstico y tratamiento de VIH	49

INTRODUCCIÓN

Los aspectos sociales del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) han desempeñado un papel protagónico en el desarrollo de la epidemia, desde el momento que aparecen personas infectadas por VIH se llegó a importantes conocimientos, grandes avances en cuanto al conocimiento pero aun la solución para dicho virus se encuentra aún lejos; a medida que los años avanzan, la población en riesgo varia, del total de la población quienes se ven más afectadas son las mujeres, el VIH afecta regularmente a las mujeres que se encuentran en edad fértil, lo cual trae como consecuencia un aumento en el riesgo de la transmisión vertical, por tanto el ser madre es una decisión difícil y con ciertos riesgos tanto para la madre como para el hijo en caso de no tomarse las medidas preventivas necesarias (Pietrani, 2010)

Acercándonos a la realidad sobre el VIH y el embarazo los estudios revisados realizados en Brasil indican que el VIH puede cambiar en muchos aspectos las vivencias del embarazo y la maternidad, Gonzales y Pincinini (2007) en su estudio titulado “Aspectos psicológicos del embarazo y de la maternidad en el contexto de infección por VIH/sida” hacen énfasis en las dificultades en la adhesión al tratamiento y prácticas sexuales más seguras las cuales muestran la falta de atención a las demandas específicas de estas madres, porque el enfoque de las políticas de salud sigue siendo principalmente dirigida a los niños.

Por otro lado sin alejarse de esta realidad Dos Santos, (2007) en su estudio titulado “Estado de embarazo y VIH: experiencias de mujeres que acuden a centro de referencia de las Naciones Unidas para el VIH / SIDA, Belo horizonte 2007” revela la falta de explicación sobre la prueba del VIH, la implicación de esta sobre el miedo y la desesperación en el cambio de vida y el hecho de imposibilitar la lactancia materna lo que para las mujeres del estudio significaba la pérdida de identidad como madre. Concluye su estudio en donde las madres que viven con un déficit de desarrollo sociocultural y económico, no reconocen el SIDA como un problema y por tal razón no se adhieren al tratamiento.

Dentro de los estudios relacionados con las vivencias de trabajadoras sexuales con VIH en especial en estado de embarazo se encuentra muy poca documentación. Entre los estudios que se han encontrado acerca de este tipo de estudio, encontramos en el libro de Pheterson (2010), *Femmes en flagrant délit d'indépendance: Embarazo y prostitución: las mujeres bajo la tutela del Estado*, desde una perspectiva cultural, se encuentra a los que afirman que embarazo y prostitución son los modelos por excelencia de la cultura femenina (siendo la maternidad la “vocación de la mujer” y la prostitución “el oficio más viejo del mundo”), donde las políticas abarcan más al cuidado y protección del bebe que en la protección de la mamá.

En Colombia se han realizado estudios sobre el apoyo psicológico a pacientes con VIH pero ninguno sobre las experiencias o vivencias de gestantes con VIH, se encuentran dos en la Pontificia Universidad Javeriana en la facultad de Enfermería, sobre las “Vivencias en el embarazo de mujeres con diagnóstico de VIH en el segundo semestre de 2012”, realizado por (Romero 2012) y el trabajo de Rocha (2013) cuyo nombre es “viviendo con VIH” vivencias del embarazo en mujeres diagnosticadas con VIH en Barrancabermeja (magdalena medio).

Dentro de La documentación más importante para complementar este trabajo se evidencia el que se realizó en la ciudad de Bogotá por Lafaurie y Gomez (2006) pertenecientes a la Universidad El bosque y Universidad Nacional de Colombia; su trabajo tenía como título “embarazo en mujeres en situación de prostitución: autocuidado y prácticas de riesgo. Estudio cualitativo. Bogotá, Colombia 2006”, donde su objetivo fue identificar las prácticas de auto cuidado de mujer embarazadas en situación de prostitución, de la zona de acto impacto de las localidades Santa Fe y los Mártires, de Bogotá, así como las condiciones en que se presenta el embarazo y las posibles prácticas de riesgo.

La prostitución como un hecho social deja ver las desventajas sociales y las condiciones de inequidad que viven las mujeres vinculadas a este oficio. La difícil situación socio-económica y política que afronta el país agrava más esta problemática, puesto que cada vez hay menos oportunidades de satisfacer las necesidades básicas de las poblaciones más vulnerables, especialmente en los estratos 1 y 2, causado un gran impacto en la de

trabajadoras sexuales dando como resultado la feminización de la epidemia dejando en alto riesgo tanto a las mujeres como a sus hijos.

En relación con lo anterior, es importante abordar el tema de las vivencias en el embarazo en las trabajadoras sexuales que viven con VIH, con el fin de indagar y permitirles expresar sus vivencias, con el fin de poder determinar conductas adecuadas desde la Enfermería para que durante el proceso del embarazo sea de una manera menos estigmatizada.

Para el desarrollo de este trabajo de investigación se utilizó un estudio de tipo cualitativo y como instrumento una entrevista semiestructurada; por medio de esta se describen tres momentos: antes, durante y después del embarazo en relación a sentimientos, emociones y reflexiones que han sido el resultado de las vivencias de las participantes, teniendo como objetivo principal describir las vivencias del embarazo en trabajadoras sexuales de las zonas de la Primera de Mayo, Santa Fe y Patio Bonito, con 10 mujeres con diagnóstico de VIH positivo.

La información obtenida se analizó en tres momentos. El primer momento fue el *Antes*, donde se busca identificar los saberes, pensares y haceres antes de conocer el diagnóstico positivo para VIH. El segundo momento fue el *Durante*, donde se describen los sentires, actuares y padeceres, los cuales se encuentran presentes durante el embarazo, y el último momento fue el *Después*, donde se evidencia los resultados de la experiencia por medio de los aprehenderes, aconsejares y proyectares.

El análisis de las entrevistas realizadas demostró que vivir con VIH y estar ligada al trabajo sexual afecta tanto el entorno, la familia y a los hijos de las mujeres entrevistadas, ya que no solo deben vivir con la estigmatización de su trabajo sexual, sino que el miedo y la inseguridad que les provoca el VIH hace en ellas mujeres prevenidas e inseguras de divulgar su condición. Además de ello son ellas las que manifiestan la importancia de ser mujeres precavidas en cuanto a su trabajo, pues saben que de ello depende que su salud este bien para poder brindarle los cuidados necesarios a sus hijos.

1. ANTECEDENTE Y SITUACIÓN PROBLEMA

La epidemia del VIH constituye un problema que afecta a todas las regiones del mundo, aunque de manera desigual. Esta enfermedad produce una disminución de la esperanza de vida de muchos países. Ha sido considerado por el mundo desde sus inicios como una pandemia altamente letal la cual se dio a conocer por primera vez en el mundo en mayo de 1981, entre hombres homosexuales en los Estados Unidos de América. Al principio se le calificó como enfermedad “solo de homosexuales”, pero pronto nuevos casos aparecieron en otros países, presentándose también en adictos a drogas inyectables como la heroína. De acuerdo con la ONU, entre 1983 y 1984 investigadores aislaron el virus que causa el sida, el VIH, y concluyeron que se trataba de un retrovirus que durante años solo había afectado a distintas especies de simios y que en algún momento, debió dar el salto hacia la raza humana. A principios de los 80 había cerca de 100.000 adultos infectados por el VIH, pero la enfermedad se propagó rápidamente donde ya se hablaba de 35 millones de personas con el virus, Molina,B (2013).

El informe de ONUSIDA (2014) revela que 19 de los 35 millones de personas que viven con el VIH en la actualidad desconocen que son VIH-positivas, ONUSIDA revela que, cuando las personas conocen su estado serológico positivo, solicitan recibir un tratamiento que puede salvarles la vida. Los fallecimientos relacionados con el sida están en su nivel más bajo desde el pico de 2005; su número se ha reducido un 35 %. La tuberculosis sigue siendo la principal causa de mortalidad entre las personas que viven con el VIH.

Las cifras más elevadas de personas que viven con el VIH corresponden a África subsahariana con 24,7 [23,5-26,1] millones de personas. La región de Asia y el Pacífico presenta la siguiente mayor población en número de personas que viven con el VIH, 4,8 [4,1–5,5] millones. ONUSIDA (2014)

El porcentaje más elevado de personas que viven con el VIH y han recibido tratamiento se da en Europa occidental y Norteamérica, con un 51 % [39 %–60 %] y en

América Latina con un 45 % [33 %-51 %]. Sin embargo, la cobertura más baja se encuentra en Oriente Próximo y el norte de África, con apenas un 11 % [8 %-16 %]. ONUSIDA (2014)

El número de infecciones por VIH nuevas disminuyó sobre todo en el Caribe, un 40 % desde 2005; sin embargo, las infecciones por VIH nuevas aumentaron un 7 % en Oriente Próximo y el norte de África y un 5 % en Europa del este y Asia central desde 2005 (ONUSIDA, 2015).

Algo más de la mitad de todas las personas que vive con el VIH son mujeres y niñas, en África Subsahariana, el número de mujeres que vive con el VIH supera al de los hombres y las probabilidades de que las jóvenes de entre los 15 y 24 años sean seropositivas son ocho veces mayores que en el caso de los varones. Proteger a mujeres y niñas del VIH significa también defenderlas ante la violencia de género y promover su independencia económica respecto a hombres de más edad (ONUSIDA, 2010).

Kerrigan, D. et al. (2010). Afirma que a nivel mundial, las trabajadoras sexuales tienen una probabilidad 13,5 veces mayor de vivir con el VIH que otras mujeres. En algunos países de África occidental, se estimó que el trabajo sexual provocaría un porcentaje sustancial de nuevas infecciones; en un análisis separado de los datos disponibles, se detectó una prevalencia del VIH en las trabajadoras sexuales del 36,9 % en África subsahariana, del 10,9 % en Europa oriental y del 6,1% en América Latina.

La financiación inadecuada de los programas de prevención del VIH en los trabajadores sexuales es un motivo crítico por el cual la cobertura de prevención del VIH permanece tan baja. A pesar del riesgo desproporcionado de contraer el VIH que tienen los trabajadores sexuales, los programas de prevención para trabajadores sexuales representan una pequeña parte de la financiación destinada a la prevención del VIH a nivel mundial. En la mayoría de las regiones, los gobiernos nacionales han asignado relativamente pocos recursos nacionales a la prevención del VIH en las trabajadoras sexuales, y son los donantes internacionales quienes financian la abrumadora mayoría de los esfuerzos de prevención del VIH en este grupo. Excepciones notables a estos patrones mundiales son

América Latina y África meridional, donde el gasto nacional de los servicios de prevención del VIH en trabajadores sexuales supera las contribuciones internacionales (ONUSIDA, 2010). Los déficits en los programas se componen de desventajas sociales y legales que aumentan la vulnerabilidad e impiden que las personas obtengan los servicios que necesitan.

En los informes de la ONUSIDA (2005), se estimó que el número de personas que viven con el VIH en América Latina ha aumentado a 1,8 millones. En el 2005 aproximadamente 66.000 personas fallecieron a causa del SIDA, y se registraron 200.000 nuevos casos de infección por el VIH. Básicamente a causa del gran número de habitantes que tienen, Argentina, Brasil y Colombia son los países sudamericanos que presentan las mayores epidemias en la región.

La epidemia del VIH/Sida en Colombia se caracteriza como concentrada, significando esto que la infección está aun particularmente confinada a grupos definidos de población de alta vulnerabilidad. Para las personas entre 15 y 49 años la prevalencia estimada es de 0.22%, de acuerdo con los datos del VII Estudio Centinela realizado por el Ministerio de la protección Social (2009), donde la prevalencia en mujeres gestantes no es superior a 1%. Su tendencia es creciente y la población de mayor afectación por edad está en el grupo de 20 a 25 años (UNADIS, 2012).

Acercándonos un poco a los determinantes sociales de la salud en Colombia desde la perspectiva del VIH en las mujeres en edad fértil, podemos evidenciar que son muchos los determinantes que intervienen en la reproducción de la mujer colombiana, con frecuencia las desigualdades de poder entre hombres y mujeres sobre la actividad sexual y su posibilidad de protegerse a sí mismas contra embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH, la violencia contra las mujeres, el desempleo, la pobreza, el déficit de educación, acercan a la mujer a poblaciones de mayor vulnerabilidad como lo es la prostitución, viendo esto como la opción para salir del maltrato, la pobreza y el desempleo, sin tener en cuenta las consecuencias que conlleva trabajar sexualmente para otros.

La pobreza, desnutrición y violencia son aspectos que afectan la calidad de vida de las mujeres en estado de embarazo; un caso especial son las mujeres que ejercen la prostitución, quienes presentan problemas como el consumo de alcohol, el riesgo de contraer ITS/VIH/SIDA y la violencia callejera, lo cual las coloca en alta vulnerabilidad. Lo anterior representa condiciones de sometimiento en las cuales ejercen su actividad y que conllevan a múltiples riesgos que potencialmente pueden afectar su salud y la del producto de la gestación (Lafaurie,2006).

Como otras enfermedades graves, el VIH conlleva cambios fundamentales en la vida de las personas afectadas y supone, además una dimensión colectiva que va a moldear las experiencias personales y el sentimiento de padecimiento, para muchas de estas mujeres el mantener el secreto, es una forma de seguir siendo considerada “*normal*” y un modo de “*construcción de la esperanza*”: la esperanza de no devenir enferma de VIH/Sida, la esperanza de poder modificar las situaciones vitales por las que atraviesan.

El revelar la enfermedad ha sido un hecho muy angustioso y problemático, puesto que es dificultoso precisar hasta qué punto el rechazo por parte de la familia, el compañero, grupo de amigos y gente que rodea su trabajo, ya que sus historias están asignadas por la pobreza, a veces al alcoholismo o a la violencia intrafamiliar.

Concluyendo con esta corta revisión sobre los antecedentes del VIH y los determinantes sociales de salud, se puede decir que la situación en Colombia se ha visto a la mujer vulnerada desde su condición de trabajo sexual viéndose poca intervención e investigación dentro de este grupo de mujeres trabajadoras sexuales con diagnóstico de VIH y en condición de embarazo.

La convivencia con el VIH produce transformaciones en los comportamientos sexuales y en los vínculos, que muchas veces lleva a la mujer a distanciamientos y separaciones, sobre todo cuando la mujer descubre a la vez su seropositividad y al de su desempeño a través de su control de embarazo y lo culpabiliza. En otras el vínculo se fortalece, sea porque la mujer decide aceptar la situación asumiendo aún más el lugar de cuidadora y de trabajadora sexual.

Los profesionales de enfermería desempeñan un importante papel no sólo por la atención que pueden prestar a estas mujeres, sino también por la responsabilidad que estas y estos profesionales tienen a la hora de dar información para reducir las conductas de riesgo y evitar cualquier tipo de marginación en las mujeres que viven con VIH. No estamos exentos en muchas ocasiones de experimentar los miedos, tabúes y prejuicios que tiene el resto de la sociedad frente al VIH, sobre todo cuando no han sido sensibilizados y educados para comprender y para tener un adecuado manejo de esta realidad. He aquí uno de los elementos que hacen que el VIH sea no sólo una enfermedad sino además un problema social. Gran parte de este problema se asocia a carencias educativas de los grupos sociales y a los mitos que se han creado en torno a su propagación.

Por tal motivo el trabajo que se presenta a continuación pretende describir, dar respuestas y sensibilizar de acuerdo a la siguiente pregunta:

¿Cuáles son las vivencias del embarazo en trabajadoras sexuales diagnosticadas con VIH en Patio Bonito, Primera de Mayo y Santa fe en el primer periodo del 2014?

1.1. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS

1.1.1. VIH:

Según la Organización mundial de la salud (2010). El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) Infecta a las células del sistema inmunitario, alterando o anulando su función. La infección produce un deterioro progresivo del sistema inmunitario, con la consiguiente "inmunodeficiencia". Se considera que el sistema inmunitario es deficiente cuando deja de poder cumplir su función de lucha contra las infecciones y enfermedades.

El VIH puede transmitirse por las relaciones sexuales vaginales, anales u orales con una persona infectada, la transfusión de sangre contaminada o el uso compartido de agujas, jeringuillas u otros instrumentos punzantes. Asimismo, puede transmitirse de la madre al hijo durante el embarazo, el parto y la lactancia.

1.1.2. Embarazo:

Es el período que transcurre entre la implantación del cigoto en el útero, hasta el momento del parto, en cuanto a los significativos cambios fisiológicos, metabólicos e incluso morfológicos que se producen en la mujer encaminados a proteger, nutrir y permitir el desarrollo del feto, como la interrupción de los ciclos menstruales, o el aumento del tamaño de las mamas para preparar la lactancia. El embarazo humano dura unas 40 semanas desde el primer día de la última menstruación o 38 desde la fecundación (aproximadamente unos 9 meses). (WIKIPEDIA,2015)

1.1.3. Trabajadora sexual:

Ferreya nos da una definición de que una trabajadora sexual es una mujer que decide dar un servicio sexual, una mujer que busca su sustento en las caricias de otro cuerpo y que no mezcla sus afectos a la hora de entregarse toda.

1.1.4. Vivencia:

“la vivencia constituye la unidad de la personalidad y del entorno tal como figura en el desarrollo. Debe ser entendida como la relación interior del individuo como ser humano, con uno u otro momento de la realidad. La vivencia posee una orientación biosocial. Es algo intermedio entre la personalidad y el medio; revela lo que significa el momento dado del medio para la personalidad” (*Vygotsky, 1996*).

Para este trabajo de investigación las vivencias serán entendidas como las experiencias de vida de las trabajadoras sexuales con diagnóstico positivo de VIH que a su vez han cursado por el embarazo, durante tres diferentes momentos: antes, durante y después del embarazo.

Tabla 1.

Momentos y categorías en función del tiempo (Romero, 2012).

MOMENTOS	EN FUNCIÓN DEL TIEMPO		
	ANTES	DURANTE	DESPUES
	<i>(Describe pensamientos y acciones que tiene el entrevistado sobre la experiencia en cuestión).</i>	<i>(Describe sentimientos y acciones que generó en el entrevistado la experiencia vivida).</i>	<i>(Describe aprendizajes, proyecciones y consejos que el entrevistado puede hacer en base a la experiencia vivida).</i>
CATEGORÍAS	<i>Saberes Pensares Haceres</i>	<i>Sentires Actuares Padeceres</i>	<i>Proyectares Aconsejares Proponeres Aprehenderes</i>

En muchos países, las leyes, políticas, prácticas discriminatorias y actitudes sociales estigmatizantes empujan al trabajo sexual a la clandestinidad, obstruyendo los esfuerzos para alcanzar a las trabajadoras sexuales y sus clientes con programas de prevención, tratamientos, cuidados y apoyo del VIH... Se debe responder efectivamente al estigma y la discriminación; se debe reducir la violencia y el abuso hacia las trabajadoras sexuales; y se deberían revisar las barreras legales para su participación. Lograr los cambios en las condiciones sociales y legales que limitan el acceso a los servicios [de VIH] llevara tiempo, pero es crucial implementar ahora las reformas legales y de políticas necesarias.”

1.2. JUSTIFICACIÓN

La epidemia del VIH constituye un grave problema de salud pública en la mayor parte de los países, constituyendo un enorme desafío para el desarrollo y el progreso social. Muchos de los países más pobres del mundo se encuentran entre los más afectados en cuanto al número de infecciones y el grado de impacto de la epidemia, donde principalmente afecta a la población más vulnerable a contraer este tipo de enfermedad; lo anterior quebranta la capacidad de la gran mayoría que viven con el VIH y que están en edad de trabajar, de ellas casi la mitad son mujeres, las cuales se infectan en la actualidad a un ritmo mayor que los hombres siendo un indicador de riesgo el comportamiento sexual y el cambio de parejas sexuales.

Los organismos de cooperación Internacional, las Naciones Unidas han favorecido y financiado investigaciones que han arrojado conocimientos sobre el Virus de VIH su evolución clínica SIDA, y sus factores de riesgo, de esta misma forma se han trazado estrategias para la prevención y control en todo el mundo. Dentro de los Objetivos del Milenio se trabaja en la prevención de la propagación del VIH/SIDA y en la reducción de su impacto, para ello enmarca el objetivo 6 *haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la propagación del VIH/SIDA* donde se ha demostrado un progreso tangible hacia el logro, donde las infecciones con VIH está disminuyendo en las regiones más afectadas.

Dentro del Objetivos del Milenio (ODM), se identifica el *6B Lograr para el año 2010 el acceso universal al tratamiento del VIH/SIDA para todas las personas que lo necesiten; A finales de 2011 había 8 millones de personas en las regiones en desarrollo que recibían medicamentos antirretrovirales para tratar el VIH o el SIDA*. Esto corresponde a un incremento de unos 1,4 millones de personas desde diciembre de 2010, si se mantiene la tasa actual de crecimiento, a finales de 2015 cerca de 15 millones de personas recibirán este tratamiento que mantiene la vida, alcanzando así la meta acordada

durante la Reunión de Alto Nivel de las Naciones Unidas sobre SIDA, realizada en junio de 2011. A pesar de ese progreso y de un panorama positivo no se cumplió con el Objetivo de Desarrollo del Milenio de lograr en 2010 un acceso universal al tratamiento antirretroviral: a finales de 2011.

En 2011 la cobertura era mayor entre las mujeres (63%) que entre hombres (46%). Asimismo se calcula que a finales de 2011 había 560.000 niños menores de 15 años que estaban recibiendo tratamiento, lo que representa solo un 28% del total de niños menores de 15 años de regiones en desarrollo que en ese año deberían haber sido tratados.

Sin tratamiento, aproximadamente un tercio de los niños nacidos de madres con VIH se habrán infectado con el virus en la etapa fetal, al nacer o a través del amamantamiento. Este riesgo puede reducirse enormemente si se trata a las embarazadas con medicamentos antirretrovirales apropiados. Se calcula que en 2011 en las regiones en vías de desarrollo el 57% de las embarazadas que necesitaba el tratamiento lo recibió. En África subsahariana vive aproximadamente el 93% del millón y medio de embarazadas que deberían recibir medicamentos antirretrovirales (ODM, 2013).

De acuerdo a los Objetivos del Milenio (ODM), La proporción de mujeres con el VIH ha permanecido estable en un 50% a nivel mundial, pese a que en África subsahariana y en el Caribe la cantidad de mujeres infectadas es desproporcionada: el 59% y el 53% respectivamente de todas las personas infectadas.

El aumento de las tasas de infección con el VIH entre las mujeres es motivo de gran preocupación, ya que las mujeres son sumamente susceptibles a la infección con el VIH, por razones biológicas y como resultados de la desigualdad de género y la discriminación. No obstante en la mayoría de los países, las adolescentes y las mujeres jóvenes carecen de conocimientos “suficientes” acerca del VIH y sobre la manera en que se transmite. El silencio en que se mantienen las cuestiones relativas a la sexualidad, las realidades de la desigualdad de género y la falta de educación acerca de la salud sexual y reproductiva están colocando a las mujeres en situación de riesgo.

Las personas que ejercen la prostitución constituyen una población especialmente vulnerable a la infección por el VIH. La elevada frecuencia de relaciones sexuales, el alto número de personas con las que mantienen contactos sexuales, desconociendo en la mayor parte de las ocasiones el estado serológico de las mismas, el hecho de padecer a menudo infecciones de transmisión sexual, el consumo de drogas inyectadas o el infrecuente uso del preservativo en su vida privada, son circunstancias ligadas al ejercicio de la prostitución que aumentan el riesgo frente al VIH.

A fin de contrarrestar la propagación del VIH en todo el mundo, es imprescindible superar las condiciones de pobreza y desigualdad de género que impulsan esa enfermedad. Es preciso intensificar los esfuerzos para responder a las necesidades concretas de las mujeres y las niñas en condición de prostitución.

Para abordar de manera eficaz la epidemia del VIH entre las trabajadoras sexuales debemos identificar que este trabajo es un fenómeno universal, pero a menudo ilícito y clandestino, por consiguiente es importante comprender las razones por las que estas mujeres ingresan al trabajo sexual, ya que muchas de ellas ingresan por motivos económicos, es decir puede ser la única opción de trabajo o la mejor pagada, a otras las coaccionan para que ingresen en el trabajo sexual por medio de la violencia, la trata de personas o la servidumbre por deudas. Algunas sobre todo las adultas eligen libremente el trabajo sexual como ocupación.

La situación en que se encuentran inmersas estas mujeres refleja una condición de género marcada por la inequidad y la violencia. Sus historias familiares, la edad en la cual iniciaron su vida sexual, los antecedentes de abuso sexual, el tipo de relaciones afectivas que suelen tener; informan acerca de vidas inestables, marcadas por el maltrato, el desamor y la soledad. En muchos casos tienen hijos que no terminan educando y es frecuente el embarazo no planeado o indeseado, así asuman con sumisión y como una deuda moral que contraen por la actividad que realizan, el proceso de gestación. Es notorio cómo las razones por las cuales disminuyen su actividad, más que estar relacionadas con su autocuidado, se relacionan con su construcción de lo moral, ya que sienten vergüenza y perciben que pueden “afectar al bebé” con el acto sexual (Lafaurie,2008).

Es necesario conocer las vivencias de estas mujeres las cuales permitirán contemplar la importancia que tiene el contagio del VIH dentro de la maternidad además de esto conocer los cuidados maternos ya que esto permitirá identificar su bienestar emocional y el padecimiento en la trabajadora sexual, puesto que implica una serie de cambios en sus hábitos diarios lo que limitan a su vez la calidad de vida, su autocuidado por medio de las vivencias.

1.3.OBJETIVOS

Objetivo general

- Describir las vivencias del embarazo en trabajadoras sexuales de las zonas de la primera de mayo, santa fe y patio bonito durante el primer periodo del 2014.

Objetivos específicos

- Identificar los saberes, pensares y haceres de las trabajadoras sexuales con diagnóstico de VIH antes de saberse embarazadas.
- Narrar los actuares, sentires y padeceres de las trabajadoras sexuales portadoras del VIH durante el embarazo.
- Conocer los aprehenderes, proyectares y aconsejares de las trabajadoras sexuales seropositivas luego de la experiencia vivida durante la gestación.

2. MARCO DE REFERENCIA

2.1.ASPECTOS GENERALES DEL VIH EN EL MUNDO

Desde su aparición en el mundo a principios de los ochenta, la epidemia del VIH/SIDA ha sido la causa de más de 25 millones de muertes. África subsahariana sigue siendo la región más afectada, en el último quinquenio se ha reportado un creciente número. A nivel mundial, se estima que en 2012 las personas que vivían con el VIH eran 35,3 millones, lo que representa un aumento en comparación con años anteriores, ya que más personas reciben tratamiento antirretroviral que puede salvar vidas. Se notificaron 2,3 millones de nuevas infecciones por el VIH a nivel mundial, lo que representa una disminución de 33 % en comparación con 3,4 millones en 2001. Al mismo tiempo, el número de muertes por sida también disminuyó de 2,3 millones en 2005 a 1,6 millones en 2012

2.1.1. AFRICA

En África subsahariana, 1 millón de personas menos contrajeron la infección por el VIH en 2012. Un descenso de casi el 40%. 2001 2,6 millones [2,4 millones–2,8 millones] 2012 1,6 millones [1,4 millones–1,8 millones]. En Oriente Medio y África septentrional, se calcula que la cantidad de personas que contrajeron la infección por el VIH aumentó en más de un 50%. 2001 21.000 [16.000–30.000] 2012 32.000 [22.000–47.000].

2.1.2. ASIA

Los casos de nuevas infecciones por el VIH aumentaron en Asia oriental. 2001 68.000 [50.000–96.000] 2012 81.000 [34.000–160.000]. Los casos de nuevas infecciones por el VIH aumentaron en Asia oriental. 2001 68.000 [50.000–96.000] 2012 81.000 [34.000–160.000]. Los casos de nuevas infecciones por el VIH aumentaron en Asia oriental. 2001 68.000 [50.000–96.000] 2012 81.000 [34.000–160.000].

2.1.3. EUROPA

En Europa Oriental, la cantidad de nuevas infecciones por el VIH aumentó en 13% desde 2006. 2001 140.000 [110.000–180.000] 2006 120.000 [83.000–160.000] 2012 130.000 [89.000–190.000].

2.1.4. CARIBE

En el Caribe, la cantidad de nuevas infecciones por el VIH disminuyó en más de la mitad. 2001 25.000 [22.000–28.000] 2012 12.000 [9400–14.000].

2.1.5. AMERICA LATINA

En América Latina, la cantidad de nuevas infecciones registradas en 2012 fue un 11% inferior a la de 2001. 2001 97.000 [78.000–120.000] 2012 86.000 [57.000–150.000]

Tal como lo confirma la Declaración Política de la ONU sobre el VIH y el sida de 2011, la prevención del VIH debe seguir siendo la piedra angular de la respuesta al VIH. Para alcanzar una eficacia óptima, los esfuerzos de prevención deben incluir combinaciones estratégicas de programas conductuales, biomédicos y estructurales, y enfoques que se centren en una rápida ampliación en las poblaciones y regiones geográficas más expuestas a contraer y transmitir el VIH.

En respuesta a esto el mundo ha iniciado la estrategia para eliminar los nuevos casos

de infección en niños con el estudio Bora, K (2011) “Un futuro mejor: el plan global para eliminar las nuevas infecciones por el VIH en niños” realizado en África, demostró que cuando las madres siguen una terapia triple de antirretrovirico durante el embarazo y la lactancia, el riesgo de transmisión vertical se reduce a la mitad en comparación con las madres que consumen solo dos medicamentos

Hay ciertos comportamientos y afecciones que incrementan el riesgo de que una persona contraiga el VIH y que esto mismo sea lo que define si esta pandemia aumenta o disminuye de acuerdo a esto existen factores de riesgo donde las relaciones con múltiples parejas independientemente de las preferencias sexuales, relaciones esporádicas o casuales con personas desconocidas en las que existe penetración pene-vagina, pene-ano, pene boca, o boca-vagina, sin utilizar alguna barrera

Desde el principio de la epidemia de SIDA se han documentado tasas significativamente más altas de infección por VIH entre las poblaciones implicadas en el trabajo sexual que en casi ningún otro grupo de población y los estudios recientes siguen confirmando esta tendencia entre las mujeres, los varones y los transexuales. En numerosos países, los profesionales del sexo se enfrentan a tasa más altas de infección por el VIH.

La perturbación social, económica y política a menudo supone al mismo tiempo un aumento súbito en el número de prostitutas y en la migración de poblaciones que tienden a ser de un sexo específico, lo que lleva a un aumento de la demanda de trabajo sexual y a un incremento de las prostitutas extranjeras inmigrantes. Las prostitutas inmigrantes indican que casi todas las mujeres ingresan en la prostitución como consecuencia de la pobreza, violaciones, infertilidad y/o divorcios. Las pautas sociales más amplias que contribuyen a la iniciación a la prostitución también pueden fomentar los movimientos de prostitutas.

La violencia contra las trabajadoras sexuales es uno de los factores que aumenta la epidemia del VIH en muchos países, porque la violencia contra las mujeres y las niñas está vinculada con su imposibilidad de insistir para usar condones, y en consecuencia su imposibilidad de protegerse y proteger a sus clientes. Los programas del VIH tienen un

importante papel en el abordaje de la violencia, además del cuidado integral de la mujer y sus hijos en el ámbito de la prostitución.

2.2.SITUACIÓN ACTUAL EN COLOMBIA

Reporte presentado por el DANE en el 2005. Colombia tiene una organización territorial de 32 departamentos y cuatro distritos. Se estima la población total en 42.090.502 habitantes, de los cuales 20.668.157 son hombres y 21.422.345 son mujeres. El grupo de personas menores de 15 años equivale al 30.7%, el grupo de 15 a 19 años 9.5% y la población en edad fértil (PEF) AL 27.0%.

El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), a fin de garantizar el derecho en salud en todas sus dimensiones y dar cumplimiento a los principios de eficiencia universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación, funciona como un sistema de aseguramiento, que cuenta con diversas modalidades de afiliación para lograr el máximo de cobertura individual de servicios asistenciales en salud. La atención a la población no asegurada corre por cuenta del estado y se ampara en la red de servicios público.

Colombia conoció el primer caso de sida en Cartagena en 1983. Once años después, en 1994, el país se asombró con el brote más grande de sida en el territorio nacional en una unidad de diálisis en la ciudad de Bucaramanga. Eran tiempos diferentes. Hasta 1996 una persona infectada con el VIH no sobrevivía más de tres años. Desde entonces, la historia de la infección se rompió en dos: el VIH se convirtió en una enfermedad crónica controlable (Herrera, 2009).

Por otra parte, se disponen de los datos de notificación obligatoria de casos través del Sistema de vigilancia epidemiológica SIVIGILA. Desde 1983, cuando se reportó el primer caso de infección por VIH en Colombia, y hasta el 31 de diciembre de 2011 se han notificado un total de 86.990 casos de infección por VIH, casos en estadio de sida y fallecidos (Ministerio de la salud y protección social 2012). Igualmente, a través del SIVIGILA, en el año 2011 se notificaron 7.991 personas con VIH/sida o muerte, de los cuales 5.685 fueron hombres (71,1%) y 2.306 mujeres. En definitiva, la epidemia de sida en Colombia, afecta a la población sexualmente activa. El 76.4% de los casos notificados en el año 2011 (6.129 casos), se encuentra en el grupo de 15 a 44 años de edad. Por otra parte, es necesario resaltar que, en los últimos años, se evidencia un incremento de casos en personas de 45 y más años con el 21,5% de la participación (1.722 casos).

En el año 2010 como parte de la estrategia para la eliminación de la transmisión Materno infantil del VIH se tamizaron 553.528 gestantes alcanzando una cobertura del 60% respecto a las gestantes estimadas (928.306).

En el año 2011 se tamizaron 607.682 gestantes, alcanzando una cobertura del 66% con respecto a las gestantes estimadas (915.835). De las gestantes tamizadas para el año 2011 554 fueron diagnosticadas con VIH (Porcentaje de seropositividad 0,09%), 106 tenían un diagnóstico previo, para un total de 660 gestantes con VIH atendidas por la estrategia, que incluye: tamizaje; diagnóstico; tratamiento antirretroviral ante-parto e intra-parto (Ministerio de la salud y protección social 2012).

El plan Nacional de respuesta ante el VIH y el SIDA (2008-2011), con relación a la epidemia de VIH existen factores adicionales de vulnerabilidad tales como: la intolerancia, el estigma, la discriminación y la violación de los derechos, en especial a personas que pertenecen a los siete grupos de vulnerabilidad clasificadas como personas viviendo con el VIH o con Sida (PVV), hombres que tienen sexo con hombres (HSH), *trabajadoras sexuales (TS)*, personas privadas de la libertad (PPL), personas en situación de calle (HC), jóvenes desplazados o viviendo en contextos de desplazamiento (JD), personas desmovilizadas de grupos armados irregulares (DESM).

Tales practicas atentan contra la libre determinación de las personas y agravan la situación de las mismas, generando condiciones propicias para que la epidemia continúe su expansión.

2.2.1. BOGOTÁ

El primer estudio con el que se cuenta y que sirvió de base para la formulación de programas y proyectos de inversión fue el realizado por la Cámara de Comercio de Bogotá en 1990, evidenciando en este estudio que la ciudad contaba en la zona centro con 14.211 mujeres ejerciendo la prostitución, ubicadas en 1.087 establecimientos, de las cuales aproximadamente 3.282 trabajan en la calle, así mismo, en el sector de Chapinero existía un total de 3.480 mujeres en la misma condición, determinando 186 sitios (PAE, 2004).

En la zona centro el 36,3% de las mujeres trabajadoras sexuales adujeron como causa principal para su actividad la carencia de ingresos. El 27,4% argumenta la falta de capacitación, el 22,3% violencia en el hogar, el 10,2% la ausencia de otro empleo y el 3,8% otras causas. En la zona de Chapinero el 40,7% de las mujeres entrevistadas manifestó como causa principal no tener empleo, el 20,3% señaló la carencia de ingresos y el 30,5% expresó la necesidad de ganar más dinero (PAE, 2004).

Así mismo, las trabajadoras sexuales en la zona centro, el 20% tenía entre 15 y 20 años, el 37% entre 21 y 30 años y el 24% entre 31 y 40 años. Por otro lado, se registró que el 73% en el centro y el 84% en Chapinero eran mujeres jefas de hogar; se pudo determinar que en total existen 26.899 hijos de esas trabajadoras sexuales en la zona centro y 3.481 en Chapinero, situación que aumenta uno de los más serios problemas sociales que debe afrontar el Distrito Capital, dado el trabajo de sus madres, que los convierten

potencialmente en niños y jóvenes en condiciones de riesgo y mayor vulnerabilidad.

Sin embargo, la Secretaría Distrital de la Mujer, ha logrado identificar entre septiembre de 2013 y enero de 2015 cifras y caracterizaciones importantes. El 93 por ciento de las personas que ejercen la prostitución son mujeres, de las cuales el 46,1 por ciento tienen entre 27 y 45 años, seguidas de las jóvenes entre los 18 y 26 años con un 43,9 por ciento, y mayores de 46 años un 9,2 por ciento. Las localidades en donde se concentra mayormente esta actividad corresponden a las localidades de Los Mártires con el 25,7 por ciento; Santa Fé que congrega el 14,2 por ciento, mientras que Kennedy tiene el 12,8 por ciento, Chapinero (6,9%) y Barrios Unidos (5,7%). (SDM, 2015)

En cuanto al SIDA, Colombia se clasifica como país con epidemia de tipo concentrada, de acuerdo con la tipología propuesta por el Programa Conjunto de las Naciones Unidas (ONUSIDA), donde se encuentra un grupo de riesgo con una prevalencia alta, 18% (Hombres que tienen sexo con hombres) mientras en embarazadas y en población general se encuentra por debajo del 1%. Las enfermedades infecciosas y perinatales inciden en población materna e infantil y, en general, el SIDA se presenta como una causa importante de muerte en población de 15 a 44 años.

En un Segundo Estudio sobre la problemática de la prostitución efectuado por parte del DABS, adelantado en el año 2000, contactó cerca de 11.822 mujeres en situación de prostitución; de éstas 7.024 se ubicaron en establecimientos y 4.798 en la calle; de las cuales 4.604 mujeres trabajaban de día y 7.200 en la noche. Todas las localidades albergan establecimientos dedicados a la prostitución, por lo que se deduce que esta problemática es definitivamente global. Si se estratifica por zonas el norte tendría un aproximado del 16% del Distrito, el Sur 14%, el Oriente 20%, el Centro el 26% y el Occidente 24%. Generalmente los establecimientos se ubican en vías y lugares bastante públicos, prioritariamente en la carrera 10a, 13, 7ª, 86, avenida Caracas, avenida 1º. De mayo y avenida principal en Patio Bonito.

2.3.SITUACIÓN EPIDEMIOLOGICA DE LA TRANSMISION MATERNO INFANTIL DEL VIH

La edad de inicio del control prenatal en el primer trimestre de la gestación es un aspecto clave para la prevención de la transmisión materno infantil del VIH, de esta circunstancia depende, en gran medida, la oportunidad en el diagnóstico temprano e inicio oportuno del tratamiento profiláctico antirretroviral para la gestante en el anteparto.
(Rodríguez, 2013)

2.3.1. A NIVEL MUNDIAL

En sus inicios la infección en la mujer era de un 7%, pero con los años ha ocurrido una "feminización" de la epidemia llegando hoy a cifras de un 23%, con mayor aumento en la mujer fértil. Siendo el principal mecanismo de transmisión el heterosexual (70%). En el mundo 2,4 millones de mujeres infectadas dan a luz anualmente a 600.000 niños contagiados con VIH, o sea, 1.600 niños por día. En América Latina y el Caribe, Haití presenta la más alta cifra de prevalencia en embarazadas (10%), Brasil un 2,6% y Chile un 0,05%. La transmisión perinatal corresponde al 90% del HIV/SIDA pediátrico, aunque en Chile casi el 100% de los casos de HIV/SIDA infantil son por esta causa, por lo que una intervención que impida este mecanismo de infección puede eliminar el SIDA infantil.

Hasta 1994 la transmisión materno-infantil era del 15-25% en Europa y USA, 20% en Thailandia y entre el 25-40% en América Latina y África. Desde 1994, en que se bajó a un tercio la infección perinatal, se recomienda estudio VIH universal y uso de antiretrovirales en la embarazada, en el parto y en el RN por 6 semanas (Soto. 2002).

2.3.2. COLOMBIA

La Organización Mundial de la Salud, establece que la epidemia de VIH es concentrada, cuando la prevalencia en poblaciones con factores de vulnerabilidad [hombres que se relacionan sexualmente con hombres, usuarios de drogas intravenosas o trabajadoras sexuales, entre otras] supera el 5% y en mujeres gestantes, no es superior a 1%. Dentro de esta clasificación se ha ubicado a Colombia, y en general a Latinoamérica.

La epidemia de VIH/Sida en Colombia se mantiene concentrada en poblaciones de mayor vulnerabilidad, en particular en hombres que se relacionan sexualmente con hombres, y en mujeres trabajadoras sexuales. A pesar del subregistro y el retardo en la notificación, dentro de los casos reportados existe una proporción creciente de mujeres infectadas.

La edad de inicio del control prenatal en el primer trimestre de la gestación es un aspecto clave para la prevención de la transmisión materno infantil del VIH, de esta circunstancia depende, en gran medida, la oportunidad en el diagnóstico temprano e inicio oportuno del tratamiento profiláctico antirretroviral para la gestante en el anteparto. El periodo 2003-2010 se han diagnosticado en Colombia 2.761 gestantes con infección por VIH, 235 niños infectados por el VIH de los cuales 121 son menores de 2 años (Ministerio de protección social 2011-2015).

En cuanto a lo que reportó cada entidad territorial encontramos que 9 de las entidades territoriales que han notificado el mayor número de casos de gestantes con diagnóstico de infección por VIH son: Valle del Cauca [502 gestantes], Bogotá [339 gestantes], Antioquia [307 gestantes], Córdoba [177 gestantes], Barranquilla [161 gestantes], Santa Marta [113 gestantes], Cesar [104 gestantes], Meta [104 gestantes] y Norte de Santander [100 gestantes] (Ministerio de protección social 2011-2015).

La falta de información respecto a la administración de tratamiento antirretroviral anteparto, consecuencia del no reporte de esta misma información por las entidades administradoras de planes de beneficios y las entidades territoriales, impide la cobertura completa para esta población. Sin embargo, llama la atención que del total de las gestantes de las cuales se tiene información con respecto a la administración del tratamiento antirretroviral anteparto, en promedio solo el 76.5% lo recibió.

2.4. MARCO LEGAL DEL VIH EN COLOMBIA

Desde su aparición, y con el transcurso del tiempo, la pandemia de VIH y Sida se ha constituido, para los diferentes países del mundo, en uno de los problemas de salud pública de más difícil abordaje y en uno de los mayores retos a efectos de lograr su prevención y control. A nivel mundial diferentes tipos de organizaciones, tanto de cooperación internacional como de la sociedad civil, se han visto exigidos a sumar esfuerzos para lograr una respuesta cada vez más coherente y efectiva, a fin de combatir la enfermedad.

Colombia no es ajena a estas realidades, y desde el Ministerio de la Protección Social se mantiene permanentemente un alto nivel de prioridad y compromiso para dar respuesta a las complejas realidades de la epidemia en nuestro medio, a la vez que se articulan esfuerzos con todas las personas e instituciones involucradas no solo en el sector salud.

Actualmente, la respuesta nacional frente al VIH y Sida se enmarca dentro de los Objetivos del Milenio (ODM), cuya meta principal es *“Haber detenido y comenzado a*

reducir, para el año 2015, la propagación del VIH y Sida” las naciones deben estar encaminadas a cumplir con los Objetivos del Milenio establecidos para el país:

- Mantener la prevalencia de la infección por VIH por debajo del 1.2%.
- Aumentar el acceso de medicamentos antirretrovirales.
- Reducir la muerte por causa del sida.
- *Disminuir los casos de transmisión perinatal.*
- Incrementar el uso de medidas de protección como el condón, particularmente entre la población joven y en los siete grupos de población identificados como de mayor vulnerabilidad ya mencionados anteriormente.

El Plan Nacional de Salud Pública, estableció mediante decreto 3039 de 2007 y en la Resolución 3442 de 2006 que contiene el Modelo de Gestión Programática en VIH y sida y la Guía de Atención Integral en VIH y sida, que busca intensificar los programas preventivos y de atención en los grupos de mayor vulnerabilidad como se mencionó anteriormente.

La Contraloría de Bogotá D.C en el 2004 en su plan de estudios PAE, determino que la prostitución es considerada como un problema psicosocial, por cuanto hay muchos factores que llevan a las mujeres a tomar decisiones desesperadas y a degradar en muchos casos la calidad humana que necesitan sus vidas para adquirir una estabilidad tanto emocional como psíquica que finalmente termina por reflejarse en la sociedad. Sin embargo, para los gobiernos nacionales y locales, incluyendo Bogotá, nunca ha sido fácil abordar esta problemática, debido a las complejidades y sensibilidades que giran alrededor del tema, las cuales van desde su naturaleza económica hasta sus implicaciones en la moral pública, el bienestar social, la delincuencia y la salubridad.

Las normas marco que hacen referencia a lo relacionado con el ejercicio de la prostitución es el Decreto 188 de 2002, modifica el anterior en lo relativo a las condiciones de localización y funcionamiento de los establecimientos destinados al trabajo sexual y otras actividades ligadas e introduce las condiciones de salubridad, saneamiento, bienestar social, seguridad y medio ambiente. Así mismo, establece como responsabilidad de las

instituciones de salud que diagnostiquen a un trabajador sexual una enfermedad de transmisión sexual o VIH, deberán aplicar el protocolo de manejo y la vigilancia epidemiológica para su atención integral y la adherencia al servicio, artículo No. 48

Dentro de otras normativas encontramos:

- Decreto 1543 de 1997, por el cual se reglamenta el manejo de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), síndrome de la inmunodeficiencia adquirida (SIDA) y las otras enfermedades de transmisión sexual (ETS).
- La Resolución 412 de 2000, por medio de la cual se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana, y la atención de enfermedades de interés en salud pública incluidas la sífilis gestacional y congénita.
- El Conpes 091 de 2005, establece las metas y estrategias que se implementarán hasta 2015 para el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). El objetivo 6 indicador 3, establece reducir en un 20% la incidencia de transmisión madre hijo durante el quinquenio 2010 - 2015 en comparación con el quinquenio 2005 – 2010.

3. METODOLOGIA

Esta investigación se realizó mediante el diseño cualitativo, con una población que estuvo conformada por 10 mujeres trabajadoras sexuales de las zonas de Patio Bonito, Primera de Mayo y Santa fe entre los 17 años a los 40 años de edad en la ciudad de Bogotá, las cuales participaron de forma voluntaria en esta investigación, previa explicación sobre el tipo de investigación, objetivo y explicándoles claramente que los fines de este son únicamente académicos, teniendo en cuenta que se ajusta a las normas de confidencialidad, respetándoles el derecho a la privacidad e individualidad de cada una de ellas; por tal motivo cada participante firmo el consentimiento informado y se les explico también el porqué de la no remuneración económica por parte del investigador.

Como criterio de inclusión para esta investigación se tuvo en cuenta que las mujeres investigadas hubieran pasado o estuviesen cursando por el proceso de gestación con el diagnostico de VIH positivo, ejercer el trabajo sexual, aceptar y firmar el consentimiento informado de la investigación y no estar bajo efectos de alcohol o drogas. Durante el proceso de ubicación de la población para lograr realizar este trabajo de investigación, se encontraron varias barreras ya que el difícil abordaje a este tipo de población por la condición de vulnerabilidad y su defensiva al ser interrogadas y su creencia de ser juzgadas

también se encontró que muchas de ellas siempre estaba el interés ya que para ellas “estarían perdiendo plata y un buen cliente”; para poder realizar las entrevistas conté con el apoyo de mi familia y amigos para poder acercarme a este tipo de población y poder concretar mi investigación.

El proceso de recolección de la información tuvo diferentes etapas; en primer lugar se procedía a la lectura del consentimiento informado, una vez que la participante manifestaba que quería ser parte de la investigación por medio de la firma de dicho consentimiento, debía responder a una entrevista semi-dirigida y semi-estructurada. Para el análisis de las vivencias de las trabajadoras sexuales durante su proceso de gestación con VIH, se realizó una pequeña matriz con preguntas orientadoras en los tres tiempos: ANTES, DURANTE Y DESPUES .

ANTES: Se tomó en cuenta 3 aspectos: saberes, pensares y haceres de las trabajadoras sexuales con respecto al VIH antes de su embarazo.

DURANTE: Sentires, actuares, padeceres mientras se encontraba gestando.

DESPUES: Aprehenderes, aconsejares y proyectares que le dejó la experiencia vivida.

En el momento de tener toda la información suministrada por las participantes se organizó según las respuestas. Al tener estos datos se procede a ubicarlos en la matriz y de esta forma poder realizar una lectura más clara para poder así encontrar los núcleos comunes en las respuestas de las diferentes experiencias de cada mujer.

3.1.INSTRUMENTO

El instrumento fue una entrevista semi-estructurada semi-dirigida a trabajadoras sexuales de los barrios Patio Bonito, Primera, Primera de mayo, Santa fe, que se encuentran diagnosticadas con VIH durante su etapa de gestación, esta constaba de dos partes una la ficha de caracterización sociodemográfica, para esta información, se tomó en cuenta que las

mujeres a las que fueron entrevistadas, no permitían el que fueran grabada por medio de grabadora, por tal motivo en el momento que fueron entrevistadas se tomó nota de todo lo que ellas decían sin perder la vivencia y los sentimientos que ellas reflejaban en el momento de que contaban su historia.

La segunda parte correspondía a la entrevista la cual contenía 28 ítems agrupados en los siguientes momentos:

Antes: se preguntó sobre los conocimientos, pensamientos y acciones acerca del VIH antes de ser diagnosticada.

Durante: se indagó los pensamientos, comportamiento y padecimientos de ser trabajadora sexual siendo gestante y vivir con VIH.

Después: se cuestionó sobre sus proyectos personales, los consejos para otras mujeres y el aprendizaje que le dejó toda esta vivencia para ellas.

Tabla 2.

Vivencias del embarazo en trabajadoras sexuales diagnosticadas con VIH. Descripción

VIVENCIAS DEL EMBARAZO EN TRABAJADORAS SEXUALES DIAGNOSTICADAS CON VIH			
MOMENTOS		COMPONENTES	ASPECTOS A INDAGAR
ANTES	Saberes Pensares Haceres	Hace referencia a los conocimientos, pensamientos y acciones sobre el VIH antes del diagnóstico seropositivo.	<ul style="list-style-type: none"> • Conocimientos que tenía sobre el VIH. • Concepto que tenía sobre el VIH. • Como actuaba usted frente a la pandemia del VIH.

<p style="text-align: center;">DURANTE</p>	<p style="text-align: center;">Actuares Sentires Padeceres</p>	<p>Hace referencia a los sentimientos, comportamientos y aceptación de saberse embarazada siendo seropositiva.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sentimientos generados al saberse embarazada y estar viviendo con VIH. • Acciones de autocuidado durante el embarazo. • Situaciones negativas que marcaron el proceso de gestación.
<p style="text-align: center;">DESPUÉS</p>	<p style="text-align: center;">Aprenderes Aconsejares Proyectares</p>	<p>Hace referencia a la enseñanza de vida que se generó desde la experiencia de estar embarazada siendo seropositiva.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Aprendizajes dejados con esta experiencia. • Enseñanzas y consejos que desea transmitir. • Auto proyección.

Tabla 3.

Vivencias del embarazo en trabajadoras sexuales diagnosticadas con VIH. Cuestionario.

VIVENCIAS	MOMENTOS	ASPECTOS	PREGUNTAS
¿Cómo fue la experiencia de estar embarazada con VIH siendo trabajadora sexual?	ANTES	Saberes ¿Qué conocimiento tenía usted sobre el VIH?	¿Cómo adquirió esa información?
		Pensares ¿Qué concepto tenía sobre el VIH?	¿Qué concepto tenía de las personas que viven con VIH? ¿Qué concepto tenía de las trabajadoras sexuales que se embarazaban y viven con VIH? ¿Qué pensaba de usted y del VIH?
		Haceres ¿Cómo actuaba usted frente a la pandemia del VIH?	¿Usted utilizaba alguna forma de protección para evitar el contagio? ¿Usted dialogaba con su compañero sexual o con sus clientes sobre el VIH? ¿En algún momento se sintió en riesgo de contraer el VIH?
	DURANTE	Sentires ¿Qué sentimientos género en usted al saberse embarazada y estar viviendo con VIH?	¿Qué sintió usted cuando le dieron el resultado de su prueba de VIH? ¿Qué sentimiento le generó su pareja o las personas que se encuentra a su alrededor? ¿Qué sintió sobre su embarazo?
		Actuares ¿Qué acciones de autocuidado manejo usted durante el embarazo?	¿Qué hizo para autocuidarse usted y su bebe? ¿Recibió algún tipo de apoyo? ¿De quién?
		Padeceres ¿Qué situaciones negativas marcaron su proceso de gestación?	¿Qué fue lo más negativo durante su embarazo? ¿Compartió usted esta situación con su familia?
	DESPUES	Aprenderes ¿Qué aprendizaje le dejó esta experiencia?	¿Qué aprendió usted en base a esta experiencia de vida en un momento tan importante como lo es la gestación? ¿Le dejó algo esta experiencia para su vida?
		Aconsejares ¿Qué enseñanzas y consejos desea usted transmitir?	¿Compartiría usted un mensaje para las demás mujeres que puedan estar pasando por una experiencia similar? ¿Qué les aconsejaría usted a todas las mujeres sobre su experiencia?
		Proyectares ¿Cómo se Auto proyecta usted?	¿Cómo se auto proyecta usted a nivel personal, de pareja y de familia?

3.2.ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN

Para la realización investigativa se tuvo en cuenta la **RESOLUCION N° 008430 DE 1993** que tiene como objeto establecer los requisitos para el desarrollo de la actividad investigativa en salud cuyo **ARTICULO 5** identifica que en toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y su bienestar.

Por tal razón en el momento de contactar y ejecutar el trabajo investigativo con previa aprobación por la Facultad de Enfermería de la Pontificia Universidad Javeriana, se les explico cuál era el objetivo general de la investigación y se les dio a conocer de forma escrita y verbal el consentimiento informado, dándoles a conocer el propósito, beneficios y los posibles riesgos a los que estuvieran expuestos la población estudiada en el momento de aceptar en participar en ella, la garantía de dar respuesta a cualquier pregunta o duda acerca de la investigación.

Se les respetará el derecho a la confidencialidad y al anonimato, teniendo en cuenta que la información que ellas nos aportaron será únicamente como objeto para la investigación.

4. ANALISIS DE LOS RESULTADOS

De acuerdo a los resultados obtenidos, para un análisis y comprensión, se agruparon los resultados en una matriz en donde se plasmaron las respuestas de las participantes para describir y caracterizar las vivencias de las mujeres con diagnóstico de VIH durante el embarazo y como lo afrontaron viéndose inmersas dentro del trabajo de la prostitución; de esta matriz, se realizó una lectura vertical y otra horizontal para identificar núcleos comunes y de esta forma identificar las unidades de sentido.

Una vez se realizó la clasificación y el análisis de los datos, se procedió a realizar una descripción clara, lo que permitió a través de unidades o categorías identificar su relación frente al VIH y su condición de trabajo frente a sus vivencias.

4.1.CARACTERIZACION SOCIODEMOGRAFICA DE LAS PARTICIPANTES

La información de las participantes es tomada por medio de una ficha que consta de unos ítems que dan cuenta de las características sociodemográficas, los siguientes tratan de informar de toda la información obstétrica, diagnóstico, tratamiento y transmisión vertical del virus. En la siguiente tabla se sistematiza la información obtenida de las 10 participantes de las diferentes zonas de Bogotá involucrados en la investigación (Patio bonito con 3 participantes, Primera de Mayo con 4 participantes y Santa fe con 3 participantes).

Tabla 4. Caracterización sociodemográfica de las participantes

CATEGORÍA		NÚMERO DE MUJERES
Edad	17	1
	20	1
	22	1
	25	2
	27	1
	32	2
	35	1
	40	1
Lugar de nacimiento	Bogotá	7
	Otra ciudad	3
Nivel educativo	Ninguno	1
	Primaria	1
	Bachillerato	5
	Técnico	3
Estado civil	Soltera	8
	Unión libre	1
	Casada	1
Convivencia	Padres e hijos	7
	Compañero sentimental e hijos	2
	Ninguno	1

A través de características como la edad que abarca de los 17 a los 40 años de edad con un promedio de edad de 22 años, el lugar de nacimiento, el nivel de educación, el estado civil, la convivencia, se recolectó la información que arrojó datos representativos. Por ejemplo, el nivel educativo de las mujeres influye directamente en su comportamiento y desarrollo sexual y reproductivo, además, en el tamaño de la familia y la planificación familiar.

Tabla 5. Caracterización obstétrica y diagnóstico y tratamiento de VIH

CATEGORÍA		NÚMERO DE MUJERES
NÚMERO DE HIJOS ANTES DEL DIAGNOSTICO	0	5
	1	3
	2	2
NÚMERO DE HIJOS DESPUÉS DEL DIAGNOSTICO	1	9
	Aborto	1
EL DIAGNOSTICO PARA SEROPOSITIVO FUE REPORTADO	Antes del embarazo	0
	Control prenatal	10
	Después del embarazo	0
INICIO DEL TRATAMIENTO	Antes del embarazo	0
	Durante el embarazo	10

TRANSMISIÓN VERTICAL	Si	8
	No	2

El número de hijos de las participantes del estudio antes de conocer el diagnóstico positivo para VIH era de 3 mujeres 1 hijo, 2 mujeres 2 hijos, y 5 no tuvieron. El número de hijos después del diagnóstico de VIH 9 mujeres tuvieron 1 hijo y 1 de estas mujeres afirma haber abortado, dentro de estos resultados cada entrevista arrojó un mayor conocimiento acerca del VIH de las implicaciones que acarrea tener un hijo con esta enfermedad y los posibles tratamientos que debían someterse para tener una vida más favorable tanto ellas como sus hijos.

Con respecto al diagnóstico de VIH todas las mujeres encuestadas empezaron su tratamiento antirretroviral estando en estado de embarazo, lo cual es de recalcar que estas mujeres cambiaron su manera de pensar en cuanto al VIH y lo importante que es para ellas el tratamiento, saben que es por beneficio no solo de ellas sino que por el contrario lo hacen por sus hijos.

4.2. HALLAZGOS SOBRE LAS VIVENCIAS

4.2.1. ANTES

A través de los años los planes y estrategias que contribuyen al desarrollo de la prevención y promoción de la salud implementan acciones que contribuyan al desarrollo de estrategias de información, educación y comunicación; pero que en el momento de dar una mirada especialmente a los saberes, se puede evidenciar que se sabe muy poco o no se sabe nada acerca del VIH, es evidente que a pesar de las diferentes campañas, actividades a nivel nacional, todavía haya personas que presentan un gran desconocimiento o poco interés de conocer más acerca de dicha enfermedad.

Los conocimientos son considerados como un factor de protección frente al VIH e incluyen las diferentes ideas sobre la infección, las vías de transmisión del VIH y las formas de prevención (Uribe, Valderrama, Sanabria, Orcasita y Vergara 2009). Los conceptos erróneos sobre el VIH están muy generalizados varían de una cultura a otra o por conceptos compartidos ya sea por familiares, amigos o algún medio de comunicación; generando así rumores en la forma en cómo se propaga (por ejemplo: por no bañarse, que es solo exclusiva para gays y lesbianas o que solo el hombre es quien la transmite). Estas trabajadoras sexuales se encuentran en una exclusión social lo que las hace especialmente vulnerables a tener VIH y a tener embarazos no deseados como resultado de las presiones sociales, económicas y de género a las que tienen que hacer frente en sus encuentros sexuales, junto a los factores de riesgo asociados a su trabajo, a la falta de educación o a la falta de apoyo familiar o social que es esencial a la hora de prevenir las prácticas de riesgo.

4.2.1.1. SABERES “Sabemos muy poco o No sabemos nada”

Actualmente la vulnerabilidad social, la inequidad y la estigmatización, han permitido que las mujeres sigan teniendo menor acceso a la educación y al trabajo asalariado, esto reflejado en todas aquellas mujeres que en su desempeño laboral se dedican al trabajo sexual, lo que las hace independientes, pero con escasas posibilidades de acceder a información y a servicios adecuados de salud, teniendo en cuenta que las campañas de prevención y promoción son propuestas de salud pública que intentan abarcar a toda la población, pero así mismo han tenido grandes dificultades en cuanto a informar, educar y prevenir a la población acerca del VIH. Esto reflejado en el desconocimiento del tema con conceptos errados como lo manifiestan las participantes de este estudio:

"creía que no era una enfermedad tan peligrosa, pues como hay una vacuna para eso pues creía ya con eso se pasaba" (E1)

"pensaba que el VIH era solo para los gays y lesbianas" (E2)

"a mí me dijeron que eso solo se pegaba si me metían sangre de otro" (E3)

"es una enfermedad que mata" (E4)

"los hombres son los que tienen esa enfermedad y nos la pegan a nosotras" (E5)

"en el colegio a mí me explicaron que es una enfermedad de transmisión sexual"
(E6)

"teniendo VIH uno se puede morir por una gripa" (E7)

Para entender los programas de prevención y promoción se debe tener en cuenta que las formas reconocidas de transmisión de la enfermedad que son por medio de relaciones sexuales sin protección, por contacto sanguíneo (agujas infectadas, productos sanguíneos) y por transmisión materno fetales. Cada una de las campañas a nivel nacional va enfocada a prevenir una de estas formas de contagio. Los estudios de creencias, actitudes y prácticas, muestran que se puede tener conocimientos sobre la enfermedad pero no son coherentes con la sensación de riesgo y con la adopción de prácticas; el silencio en que se mantienen las cuestiones referentes a la sexualidad de género y la falta de educación acerca de la salud sexual y reproductiva están colocando a las mujeres en situación de riesgo.

"realmente a mí no me interesaba saber acerca del VIH, yo solo estaba preocupada por trabajar y darme mis gusticos" (E1)

"yo no fui al colegio y tampoco me enseñaron eso donde trabajo" (E2)

Algunos estudios indican que en la medida que aumentan los conocimientos, aumenta la percepción de autoeficacia (Uribe, 2005; Orcasita y Uribe, 2009) en la prevención del VIH, la autoeficacia es la habilidad que tiene un individuo, para no tener relaciones sexuales sin protección, para hablar con su compañero sobre sus anteriores relaciones sexuales y las conductas de riesgo que han sido emitidas y finalmente, la habilidad para utilizar el preservativo adecuadamente (Noboa-Ortega, 2006). Para reducir el riesgo de infección por VIH, es importante contar con conocimientos correctos, la práctica de relaciones sexuales seguras y el control sobre las infecciones, así como mantener actitudes e influencias sociales y culturales positivas.

4.2.1.2. PENSARES “*No pensaba que me fuera a dar*”

El acceso o la falta de acceso a información sobre el VIH no parece ser muy relevante para explicar el hecho de que todas estas mujeres se hayan infectado, pues adquirieron el virus incluso aquellas que manejaban información acerca de esta enfermedad. Cuando el VIH llega a las mujeres sean madres o no, la infección las trasciende y afecta también el conjunto de relaciones y ámbitos en los que se desarrollan, reconociendo el papel que desempeñan en la reproducción social, dentro del hogar, en el espacio de la salud y el cuidado familiar, los grados de afectación social del VIH se amplían cual onda expansiva a partir de la infección de las mujeres madres de familia (Pedrosa, 2004). Sin embargo, es preciso ponerlos en relación con la percepción de las mujeres sobre su propio riesgo de adquirir la infección. Desde esta nueva perspectiva, observamos que la mayoría de las mujeres le otorgó muy poca importancia y generalmente no pensaban que fueran a infectarse con VIH:

“yo pensé que eso nunca me pasaría a mí, pues con casi todos mis clientes, novios o amiguitos me cuidaba con el condón y pues el VIH no creí que se pegara tan fácil” (E1)

“pues como yo me cuidaba de vez en cuando no pensé que me diera eso” (E2)

“pues que a mí no me pasaría, yo no la buscaba” (E8)

“no creía que se me pegara, pues yo como si me bañaba bien después de estar con cada cliente, no podía haber riesgo” (E10)

La limitación de información, aptitudes, el poder de negociación y acceso a los medios de prevención puede conducir directamente a un comportamiento que suponga un riesgo de infección por el VIH para las trabajadoras sexuales y sus clientes. También les

falta el dominio personal para negociar prácticas sexuales seguras, y pueden trabajar bajo la amenaza o el miedo a la violencia como represalia por intentarlo (ONUSIDA 2003).

Pero el hecho de que estas mujeres no se hayan considerado en riesgo (aun teniendo información) se relaciona con las narrativas ligadas al VIH, ya sea en los medios masivos, en los comentarios de otras personas, o en otras fuentes de información, pues las mujeres asociaban el VIH a signos físicos como: el aseo personal, enfermedad exclusiva “homosexualidad”, y a las probables conductas sexuales de quienes la padecían hasta llegar al concepto de muerte.

“Pensaba que eran cochinas porque no se cuidaban” (E4)

“Que era una enfermedad que solo le daba a las personas que tienen relaciones sexuales” (E6)

“Me daba asco porque pensaba que el VIH era solo para gays” (E2)

“Pues no se.... Creía que por no bañarse bien hay algún bicho se le metía y se enfermaba” (E10)

“Que era una enfermedad que podía matar a las personas” (E3)

Al no poseer un concepto claro sobre el VIH, no hay conciencia de que las prácticas de riesgo pueden conllevar a que la salud sexual y reproductiva sea deteriorada y por ende halla una confusión en cuanto a las posibles enfermedades de transmisión sexual que esto pueda acarrear por lo que se pensaría que no se le está prestando atención a esta enfermedad y por ello haya un posible incremento en el número de contagios en el país debido a que el VIH en fases iniciales no presenta mayor sintomatología, por lo que se puede confundir fácilmente con una afección de tipo gripal, con fiebre, cefalea, erupción o dolor de garganta.

4.2.1.3. HACERES “cuando quería me cuidaba”

Gonçalves, Castellá y Carlotto (2007), encontraron que las prácticas de riesgo pueden entenderse como “la exposición del individuo a una situación que pueda ocasionar daños a su salud o la de otra persona, especialmente a través de la posibilidad de contaminación por enfermedades sexualmente transmisibles como el VIH”. Hay determinados tipos de comportamiento que crean, aumentan y perpetúan este riesgo como: el sexo no protegido, por el no uso del preservativo o condón en las relaciones sexuales con penetración como en las relaciones homosexuales como heterosexuales, por lo que de inmediato podrían surgir las dudas y los miedos por la posibilidad de haberse infectado con el VIH, pero en este caso el desinterés permite que la preocupación sea menor y las practicas sean más riesgosas.

Por ello la utilización del preservativo es un elemento crucial para un enfoque integral, eficaz y sostenible de la prevención del VIH, el comportamiento por parte de las mujeres tiende a obstaculizar la expresión de sus deseos y necesidades sexuales, así como el poder de decisión respecto de cómo, cuándo y con quién tener relaciones sexuales, lo que dificulta la posibilidad de adoptar medidas de prevención ordinarias para evitar las infecciones de transmisión sexual, y en particular, la infección por VIH.

Lo antes dicho tiene que ver con una visión sociocultural del fenómeno que no necesariamente reconoce e incorpora las aportaciones al comportamiento individual de cada una de estas mujeres sino a las variables que facilitan o impiden que se practiquen comportamientos de riesgo o su contraparte, los de prevención.

“Pues como yo no tenía VIH a mí me gustaba sin condón, así que no lo usaba” (E2)

“Realmente como no sabía bien que era el VIH de vez en cuando me cuidaba” (E5)

“Me cuidaba con condón, pero si un cliente me pagaba más para no utilizarlo pues lo hacía” (E6)

“Jamás le preste atención, como no sabía” (E10)

Cada mujer de las entrevistadas es una historia, una experiencia que enseña que al vivir con el VIH, mayoritariamente lo hacen de forma aislada o invisible, solo lo saben los familiares y amigos muy cercanos, además de su médico, debido a que la complicidad es muy necesaria para estas mujeres, pues sin ello sería divulgada su condición lo que las imposibilitaría a trabajar en su oficio.

“Jaaaaa nunca hable de eso con nadie porque perdía a mis clientes” (E2)

“la verdad no creía que fuera tan importante” (E5)

“No me convenía que donde yo trabajaba se enteraran” (E1)

“Con nadie hablaba de esto” (E10)

Recibir un diagnóstico de VIH positivo es un cambio de vida. Puede ser abrumador y dar miedo. Es probable que se tenga un montón de preguntas y que haya una gran cantidad de información que de repente tiene que procesar para poder entender y aceptar que es una enfermedad que lo acompañara toda la vida, por lo cual es importante saber que pensaban estas mujeres en el riesgo de tener VIH durante el embarazo y siendo una trabajadora sexual.

“Si me daba miedo cuando lo hacía por más plata y no me protegía” (E6)

“Si... una vez cuando se le rompió el condón a un cliente y se vino por dentro” (E3)

“Nunca me preocupe” (E10)

“Si cuando mi esposo tenia amiguitas, yo no sabía si eran sanas” (E9)

Para lograr la prevención y la disminución de riesgos en la transmisión de las enfermedades de transmisión sexual, en concreto del VIH/SIDA, entre las mujeres que ejercen la prostitución es esencial entender el contexto en el que se desenvuelven los servicios sexuales y las prácticas específicas de las trabajadoras sexuales. La dependencia económica y la desigualdad de derechos, en la práctica, puede imposibilitar que las mujeres que trabajan en prostitución puedan pedir un sexo más seguro.

4.2.2. DURANTE

En este momento en el que se enteran de que tienen VIH el enfrentamiento es moldeado con sentimientos negativos relacionados con el VIH relacionado con la muerte, el miedo del rechazo, la depresión: “me quería morir, vivía llorando, no lo podía creer”, entre otros ejemplos se puede evidenciar que el primer impacto del diagnóstico para estas mujeres fue la relación directa con el no poder trabajar de la misma manera, el verse embarazada y con un hijo que posiblemente este enfermo, puesto que vieron el VIH como el fin.

La estigmatización de la infección parece ser una limitante al diagnóstico reconocido por las mujeres ya que limita la búsqueda de la confirmación médica lo que permite evidenciar una negación, miedo y desesperanza por parte de ellas. Fuera de su condición de enfermedad estas mujeres tienen el temor a comunicar su nueva condición de embarazo y VIH positivo a su pareja, a su familia o en el lugar donde trabajan a causa de varias razones, entre las que se encuentran el temor al abandono, a la pérdida de trabajo o a todas las posibles reacciones negativas que esto pueda conllevar.

Por otro lado el valor que ellas atribuyen al cuidado del embarazo figura como una meta importante para la cual luchar para salir adelante con su diagnóstico de VIH positivo, identificando así la necesidad del cuidado, disminuyendo así las posibles prácticas de riesgo que esto pueda afectar durante su proceso de gestación.

4.2.2.1. SENTIRES “Miedo, no podía creerlo”

El diagnóstico de la infección por el VIH es un suceso tremendamente estresante para cualquiera y suele asociarse a ansiedad, temor a la muerte y a las intervenciones terapéuticas, y miedo al rechazo social, en su oficio de trabajo sexual y s nivel personal. En la gestante, se suma, además, el miedo a transmitir el VIH a su hijo y la preocupación por su futuro generando incertidumbres por el riesgo de tener bebés portadores del virus, situación que genera en ellas un alto temor y las lleva a buscar posibles soluciones para evitar este desenlace.

“Lo primero que pensé fue en que me iba a quedar sin trabajo” (E2)

“Me negué a creerlo, no acepté estar enferma de esa infección que mata” (E4)

“Me dio mucho miedo, me puse a llorar nunca había pensado en que me iba a pasar eso” (E5)

“Miedo y a la vez sabía que me lo había buscado por no cuidarme con todos los clientes” (E6)

“Umm al principio no entendía que era eso, hasta que me explicaron, me angustie un poco pero no más” (E10)

Uno de los principales problemas del abordaje de la población de trabajadoras sexuales es la invisibilidad y ocultamiento que impone el ejercicio de la prostitución, a esto se le suma la represión de la policía, la estigmatización social por ser trabajadora sexual con VIH, la discriminación general; la consecuencia directa de todos estos aspectos es que las trabajadoras sexuales eviten el contacto con los servicios de salud. Las personas que son portadoras del VIH son fuertemente discriminadas por el miedo al contagio y porque cargan con una serie de prejuicios asociados a su actividad sexual, lo que les causa una alta marginación que les impide desempeñarse plenamente en el trabajo, tener acceso a los servicios de salud y vincularse libremente con amigos y familiares. El estigma exacerbado por el miedo al contagio, pues se les atribuye falsamente la proliferación de la epidemia.

“El que supuestamente era el papá de mi bebe se largó y me dijo que eso era problema mío” (E4)

“mi pareja me reprocho que con quien me había metido y no me había cuidado” (E5)

“No sabía si era de mi pareja, además como todos los hombres huyen del problema pues me quede sola y el solo me dijo PUTA” (E7)

“no le importo, él se fue con otra” (E10)

“Me dijo sucia y le contó a mi patrona y como no era raro la vieja me echó” (E2)

El deseo de no seguir adelante se hace presente en todos los casos y la desesperanza marcan esta etapa en la vida de las mujeres, el sentir que tienen la posibilidad de morir es un factor determinante en la realidad de las mujeres convirtiéndose esto en lo más próximo que ven, al tener en cuenta que son mujeres gestantes y que además de esto son trabajadoras sexuales no solo piensan en su vida sino también en la de sus bebe lo que genera tensiones y alto estrés emocional, de las decisiones que ellas tomen desde el momento de su diagnóstico dependerá del continuar o no con el embarazo.

“Pensé en abortar ese mismo día, no quería un hijo enfermo” (E2)

“Felicidad porque iba a ser mi primer bebe, pero al mismo tiempo tristeza pues no sabía si él tendría también VIH” (E3)

“No quería ese bebe, pues le eche la culpa de mi enfermedad” (E4)

“no sabía qué hacer, me daba miedo tener un bebe y yo enferma, ¿Quién lo iba a cuidar? (E8)

“Me daba miedo, lloraba pues no quería mi hijo enfermo” (E7)

4.2.2.2. ACTUARES “desinterés y aceptación”

Actualmente, el VIH es una enfermedad controlable y los avances alcanzados permiten que las personas tengan una buena calidad de vida en todas las áreas. Sin embargo, aún prevalece en la sociedad una serie de creencias estigmatizantes en relación al VIH; el estigma genera actitudes negativas que se ponen de manifiesto a nivel cognitivo afectivo y conductual (Aristegui 2014). Un aspecto importante de los procesos de desinterés es que pueden hacer que estas mujeres anticipen el rechazo, experimentando así una autodiscriminación, es decir una forma de actuar en la que ella misma deja de ejercer sus derechos, se aleja de sus redes de apoyo social, familiar etc; bloqueándose así misma la posibilidad de ejercer su rol de madre y trabajadora sexual.

“Realmente lo hice más por mi salud que por ese bebe” (E4)

“Me tome los medicamentos al bebe lo aborte” (E4)

El recibir un diagnóstico de VIH durante el embarazo fue para todas las mujeres una experiencia que para todas ellas abrió un futuro incierto llevándolas a ver y reconocer sus

actitudes y comportamientos sobre el pasado y sobre sí mismas disminuyendo sus prácticas de riesgo e incentivando su propio autocuidado. En este proceso, el cuerpo adquiere una nueva visibilidad a través de la propia vulnerabilidad, deviniendo así en un objeto específico y privilegiado de atención (Kirmayer, 1992). Al mismo tiempo se torna, para la intervención médica pero también para las mismas mujeres, en una suerte de medio, separado de sus propias historias y sentimientos que, como futuras madres, deben disponer para los estudios y prácticas terapéuticas destinadas a proteger al hijo/a que esperan (García, 2009).

Hoy en día se aplican varias estrategias para evitar las muertes maternas y el contagio vertical y sus objetivos son *“Mejorar la calidad de la atención prenatal, aumentar la demanda inducida de las pruebas de VIH en las gestantes, ampliar la cobertura de la profilaxis de la transmisión materno infantil del VIH y mejorar la oportunidad y calidad de la notificación de casos de VIH”* (Ministerio de la protección social 2011-2015)

“Me cuidaba muchísimo, tomaba los medicamentos juiciosa, iba a los controles, quería que mi bebe estuviera sano” (E3)

“Deje de practicar sexo oral y anal con mis clientes” (E3)

“Cuidarme con los medicamentos, iba a controles de maternidad, usaba condón” (E5)

“Fuí juiciosa con cada una de las indicaciones que me daban en el hospital, nunca deje el tratamiento antirretroviral” (E8)

“Me tomaba los medicamentos, tenía los controles, me alimentaba bien por los dos y obvio utilizaba el condón, no quería otra sorpresita” (E9)

“Tuve los tratamientos que me dieron en la clínica, siempre usaba el condón” (E6)

El control prenatal permite identificar los factores de riesgo de la materna y de enfermedades que pueden afectar el transcurso normal del embarazo y la salud del hijo/a, esto con el fin de poder adelantar acciones preventivas y terapéuticas que beneficien la salud materna y perinatal.

“procuraba tener pocos clientes, no exponernos a tener relaciones que pudiera ponernos en riesgo a los dos” (E3)

“uso de condón, pocos clientes aunque me regañaban y hasta a veces me amenazaban pero no me importaba” (E9)

“Usaba siempre el condón, no quería otra enfermedad y si yo estaba bien mi bebe también” (E7)

“Escogía muy bien con quien acostarme, procuraba los menos locos, los más sanos por decirlo así” (E6)

“Iba siempre a los controles” (E6)

Las diferentes redes sociales y los diversos tipos de apoyo se destacan las redes familiares, los amigos, los vecinos, la pareja, personal de salud y compañeros de trabajo, estas redes pueden proporcionar diferentes tipos de apoyo ya sea, material o emocional; donde el afecto, la empatía, los consejos, las experiencias, la preocupación y la información que pueda ser brindada hacen parte fundamental en el proceso del cuidado materno fetal.

“Recibí mucha ayuda fue del centro médico donde voy y una enfermera que realmente me tendió la mano” (E1)

“La dueña de mi segundo trabajo me apoyo y me dejo trabajar con la condición de que me cuidara con los clientes” (E2)

“La psicóloga del hospital me ha ayudado mucho” (E2)

“No recibí apoyo de nadie” (E4)

“Recibí mucho apoyo de mis compañeros de trabajo, de las personas del hospital y de mi mamá” (E3)

“Por parte de mi familia recibí apoyo, no creí que me apoyaran en esto” (E5)

“Recibí apoyo por parte de mi esposo y las personas que me hacían los controles” (E9)

“Recibí apoyo de mis amigas, me cuidaban mucho y pues los médicos y enfermeras donde tenía los controles” (E7)

4.2.2.3. PADECERES “Entre la discriminación y tratamiento”

Los avances en los tratamientos y en la atención sanitaria han hecho de la infección por VIH en el mundo que sea una enfermedad con la cual se pueda vivir. Actualmente, la calidad y la esperanza de vida de las personas que viven con VIH podrían asimilarse al de las demás personas, sin embargo, los cambios en la percepción social del VIH han sido menos significativos socialmente ya que aún existe el motivo de discriminación en distintos ámbitos visto esto desde las gestantes diagnosticadas con VIH. Además, puede producirse autoestigmatización pues interiorizan o anticipan las actitudes sociales que se experimentan en la sociedad. Puede ocasionar vergüenza o desprecio de sí misma, sentimientos de culpabilidad y de inferioridad, que pasan a formar parte de su identidad favoreciendo situaciones de autoexclusión.

“La discriminación que sentía cuando tenía mi barriga, no les gustaba, no les atraía” (E4)

“Cuando una de mis compañeras se metió en mi habitación y me golpeo para que perdiera el bebe, pero yo ya lo había abortado” (E4)

“El desprecio que me dieron cuando quede embarazada, pues para esa gente yo ya era inservible y poco productiva” (E1)

“Cuando la señora donde yo trabajaba antes, me escupió y me dijo puta sucia” (E1)

El vivir con VIH significa para estas mujeres tener una vida llena de cambios y procesos que requieren un alto grado de decisión para continuar con su tratamiento puesto que esto es un tratamiento que de por vida deben continuar con efectos devastadores en su estado físico y emocional, es por ello que se convierte en una de las tareas más difíciles de cumplir, ya que al sentir continuamente malestares desmotiva, lo que puede poner en riesgo la adherencia al tratamiento. Además se le acompaña los síntomas normales del embarazo que incrementan la posibilidad de un posible abandono al tratamiento de los antirretrovirales.

“Los hijueputas medicamentos me caían súper mal” (E6)

“El vómito era muy asqueroso, no me dejaba trabajar. Una vez vomite a un cliente y el me golpeo” (E7)

“Las recaídas que tuve con los medicamentos hicieron que me echaran” (E10)

Las diferentes situaciones en el que estas mujeres se ven inmersas aumentan la tensión. En el simple hecho del poder transmitir la infección a su hijo entando en la gestación o posterior a esta, lo que genera un padecimiento por lo que ya no solo se piensa en la salud de la madre si no en la salud del hijo y los posibles cuidados que debe tener si es o no portador del virus, lo que genera gran tensión en estas madres.

“Sentí miedo durante todo mi embarazo, pues no sabía que pasaría después de que tuviera a mi bebe, si sería sano o no” (E10)

“No poder tener un embarazo normal” (E7)

“Ser mamá y prostituta, nunca quise tener un hijo así y más con VIH” (E5)

4.2.3. DESPUÉS

Por medio de las diferentes maneras de ver el VIH en el momento en el que se enfrentan al diagnóstico y al enfrentar la existencia después de un diagnóstico positivo, estas mujeres nos permiten evidenciar como son las expectativas de vida frente al síndrome y la importancia que ellas ya como madres y trabajadoras sexuales le dan, viendo la necesidad de buscar mayor información sobre el VIH, así como comprender como el tratamiento contribuye en el proceso de aceptación y superación de los diversos miedos (como el de la muerte) (Tosoli, Pinto y Oliveira 2011).

De esta manera es importante comprender su estado actual, lo que les permitirá facilitar el desarrollo de las habilidades de autocuidado en el contexto de su rutina diaria, principalmente en la adherencia del tratamiento antirretroviral que no solo la beneficiará a ella si no a su hijo también. Es importante también recalcar la importancia que el apoyo que ella pueda recibir se verá reflejado en el enfrentamiento y la superación de la enfermedad.

La nueva forma de pensar de las participantes refleja mujeres decididas y con deseo de superación, uno de los elementos protectores en el cual se refugian son sus hijos, por ellos se realiza la incansable tarea de ser madres y en muchos de los casos representando la figura paterna. Tarea que no es nada fácil, pero ellas la asumen como un reto personal y motivadas al verlos crecer se esfuerzan al máximo para brindarles un futuro promisorio aun cuando ellas no estén presentes (Romero, 2012).

4.2.3.1. APREHENDERES “luchar para vivir”

Vivir una experiencia que tiene tanto impacto desde su proyecto de vida, convierte a estas mujeres en seres más reflexivos en cuanto a las diferentes circunstancias en las que se tienen que ver inmersas, por lo cual las hace mujeres luchadoras con una postura diferente de ver el VIH, no como una enfermedad, sino como una oportunidad de ser más fuertes y determinadas en el momento de actuar.

Logrando así el poder luchar por sus derechos, a luchar por su tratamiento, a levantar su autoestima, por el valor de ser mujer y madre llevándolas a tener mayor conocimiento frente al cuidado de su salud y la de su hijo, con prácticas seguras convirtiéndose esto en su mayor arma de protección.

“Lucho para vivir y para darle un futuro mejor que el que yo tengo a mi hijo” (E1)

“Me cuido para tener una mejor vida yo y mi bebe” (E5)

“Cuidarme, si no lo hago nadie lo va a ser por mí ni por mi bebe, y no me importa si eso es perder clientes” (E10)

“Mi hijo es mi fuerza, así que todo lo que haga es en beneficio de él” (E8)

En el momento en que no se tiene conocimiento, las personas son presas de errores vitales que conducen a una vida difícil, llena de sacrificios que incluso pueden llevar a la propia muerte, es por ello que estas mujeres resaltan la importancia de saber más acerca de su enfermedad para poder llevar una vida más tranquila, sin incertidumbres y aun en el momento en el que se encontraban embarazadas que es cuando más preguntas surgen en cuanto al proceso de la gestación.

“En el hospital me explicaron mucho de cómo cuidar a mi bebe por medio de los medicamentos, además de cómo cuidarme yo en mi trabajo” (E8)

“No quería estar ciega, como cuando no sabía que era el VIH así que me explicaron todo en el hospital” (E6)

“Soy más precavida con lo que hago con mis clientes, no quiero tener ninguna recaída o alguna complicación en cuanto a mi enfermedad” (E2)

4.2.3.2. ACONSEJARES “hay que exigir siempre el condón”

En el momento que se inicia la actividad sexual y hay un uso adecuado del preservativo, constituye un medio eficaz para prevenir la propagación del VIH y otras enfermedades de transmisión sexual (ETS) así como para evitar un embarazo no deseado. Una campaña de prevención en Colombia de manera original, clara y sincera propone mostrar a la mujer como líder en la promoción del uso del condón donde señala que: “el condón lo cargo yo” (Profamilia, 2015), mostrando a una mujer autónoma capaz de decidir sobre su sexualidad y su vida, que conoce sus derechos reproductivos, por tanto no se deja presionar, puede exigir el condón: comprarlo, cargarlo, proponerlo y usarlo y es capaz de planear su vida sexual sin riesgo.

Estas mujeres aconsejan no solo a las trabajadoras sexuales sino a toda la población femenina y a los hombres en especial, el uso incondicional del condón como método de protección en cada uno de los encuentros sexuales, siendo esta la manera más eficaz para prevenir cualquier tipo de enfermedad, ya que la mujer tiene el poder de proponer y tener la iniciativa de tener una vida sexual segura y no estar siempre a la espera de que el hombre sea quien haga o lleve la iniciativa con respecto al uso del condón.

Para muchas mujeres estar embarazadas significa dejar de usar el preservativo o condón, pues ya no existe una preocupación por un embarazo, pero sin embargo se debe tener en cuenta los riesgos que esto conlleva, en el caso de estas mujeres como su vida sexual, donde sus encuentros sexuales son con diferentes parejas, existe una mayor probabilidad de riesgo de contraer cualquier tipo de enfermedad incluyendo el VIH, por ello la preocupación por el cuidado ya no gira en torno al cuidado de la mujer sino también al de su bebé, lo que incrementa las prácticas seguras y la disminución de la propagación del VIH.

“Yo solo espero que ellas se cuiden, que piensen muy bien en el momento de que si vale la pena el arriesgarse por plata y tener una enfermedad para toda la vida” (E1)

“Que carguen con el condón siempre” (E3)

“Que piensen que no solo está cuidando su vida si no la de su futuro hijo” (E7)

“Hay que exigir el condón y más por nuestros hijos, podemos llevar una vida normal si tantos riesgos” (E9)

“Exijan a cada uno de sus clientes el uso del condón, no solo cuidan la vida suya si no la de ellos también” (E4)

“No permita que sus derechos sean violados solo por una calentura y por plata, usted también tiene derecho a ser respetada, cuide su vida” (E8)

4.2.3.3. PROYECTARES “quiero lo mejor para mi hijo”

En el momento que el VIH ya hace parte de la vida de las mujeres, introduce cambios a su vez cambios en la forma de relacionarse con las personas y el deseo de superación personal es visto como un proyecto de vida no solo por el beneficio de ellas sino porque quieren un mejor futuro para sus hijos sean ellos portadores o no del virus, puesto que para ellas son su motor, motivación ya que quieren vivir muchos años para verlos crecer, brindarles lo mejor de ellas.

“Yo quiero vivir muchos años para verlo crecer” (E2)

“Me imagino a mi hijo todo un profesional, echado pa delante sin importar su condición de salud” (E3)

“Cuidar a mi hijo con mucho amor” (E7)

“quiero lo mejor para mi hijo, quiero que tenga mejores oportunidades que las que tuve yo” (E6)

“Yo quiero conocer mis nietos” (E5)

Es importante mencionar que estas mujeres tienen el deseo de mejorar su calidad de vida, lo que las lleva a tener pensamientos y querer tener oportunidades ya sea de estudio y empleo, viendo esto como una opción para tener un mejor nivel económico con el cual ellas puedan brindar un mejor futuro a sus hijos por medio de una buena vivienda, una buena educación.

“Me gustaría estudiar y ser secretaria, así podría darle más cosas a mi hijo” (E10)

“Me gustaría trabajar en otra cosa, así sea de empleada de servicio” (E8)

“quiero salir de este trabajo para que mi hijo cuando sea grande este orgulloso de mi” (E9)

“Quiero tener una familia unida” (E5)

5. CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos durante esta investigación demuestra el gran desconocimiento del VIH frente a las prácticas del sexo inseguro relacionadas con la falta de usos del preservativo por las prácticas inseguras en el consumo de drogas (inyectadas) más aún parte de las participantes no reconocen el riesgo de transmisión madre/hijo, la no asistencia a los controles médicos por diferentes motivos, llevando esto a marcar grandes diferencias en cada experiencia de vida en el antes, durante y después del embarazo de cada una de las participantes.

Los saberes pensares y haceres de las participantes permite identificar la falta de conocimiento que se tiene acerca del VIH antes de versen embarazadas, esto por la falta de o mala información que pueden llegar a recibir, dejándolas expuestas y vulnerables ante el VIH practicando conductas de riesgo que se ven reflejadas no por la labor que ellas ejercen diariamente, sino por la falta de preocupación por el autocuidado y por la necesidad de tener más acceso económico. En cuanto a los pensares por la misma falta de conocimiento acerca de esta problemática, la despreocupación y el creer que nunca les pasaría, las llevó a no tener conciencia del riesgo que estaban teniendo en el tener practicas inseguras y en los

haceres, la confianza que ellas tenían y la seguridad de que nunca tendrían VIH las lleva a no cuidarse e interesarse más por cuidar un trabajo que por el cuidado de su propia salud.

En el momento en que se realiza la narración de los sentires, actuares y padeceres de las participantes durante su proceso de embarazo, se puede evidenciar el miedo en el momento en el que recibe el diagnóstico de VIH positivo, pues son mujeres que previamente a su diagnóstico nunca se imaginaron estar en esta situación ya que el miedo al rechazo social en el oficio de trabajadora sexual, la llena de preocupaciones, incertidumbre y hasta el ocultamiento de su nueva condición. El actuar de ellas, identifica la necesidad de aceptar y salir adelante para sobrevivir y dar un mejor futuro a su hijo, donde la red de apoyo es fundamental para estas mujeres ya que la información, tratamiento y apoyo emocional las ayudara a tener una mejor adherencia al tratamiento y a la aceptación de su enfermedad así el padecimiento y el sufrimiento que ellas puedan tener sea vencido con estos lazos de apoyo e información.

En el proceso después del embarazo, se puede evidenciar los aprehenderes, aconsejares y proyectares, donde ellas nos dan a conocer en cuanto a los aprehenderes a “luchar para vivir” afirmando la necesidad de querer luchar por sus derechos, a luchar por su tratamiento, a levantar su autoestima llevándolas a tener mayor conocimiento frente a su cuidado y la de su hijo frente a las practicas seguras en el momento de ejercer su labor. Por tanto como consejo principal de esta investigación y a voz de una de las trabajadoras sexuales es: *“no permitan que sus derechos sean violados, usted también tiene derecho a ser respetada, cuide su vida”* permitiendo así que su futuro sea en busca de una mejor vida, llena de oportunidades y sentimientos de crecer tanto en conocimientos, profesionalmente y como persona y así poder tener una mejor calidad de vida llevando con responsabilidad su nueva condición de portadora.

Tanto así, que estas mujeres resaltan la gran importancia de trabajar en compañía de los profesionales de salud y de una red de apoyo en el proceso de la maternidad y su condición de ser trabajadora sexual ya que al identificar el déficit de conocimiento puede generar desconfianza en la hora de brindar su cuidado. Por lo que es comprensible que

como consecuencia esta situación acarree el posible surgimiento de sentimientos de irritabilidad, rabia, depresión y culpabilidad que asociados a las creencias, valores personales y sociales pueden influir negativamente en la evolución de la enfermedad y en el cuidado que se ofrece al recién nacido por parte de la madre.

Por ello profundizar más acerca de esta problemática nos permitirá tener más instrumentos para abordar de manera eficaz y poder así darles las herramientas necesarias para que ellas puedan mitigar los sentimientos de tristeza, soledad, incertidumbre y temor por el destino de su enfermedad y el de su futuro hijo, no obstante el acompañamiento que les podemos asegurar permitirá que en estas mujeres se forjen motivaciones necesarias para continuar con su tratamiento para lograr un futuro estable a pesar de las adversidades en las que ellas se ven rodeadas.

El profesional de enfermería debe estar actualizado y reflexionar en forma permanente para generar una educación a estas mujeres en la cual ellas puedan participar de manera abierta, dinámica, crítica permitiendo así identificar las falencias que se pueda tener en cuanto a las prácticas de riesgo, la discriminación y la falta de acceso a una educación en cuanto a todo lo relacionado a la educación sexual y en especial a las enfermedades de transmisión sexual incluyendo principalmente el VIH.

6. LISTA DE REFERENCIAS

Gonzales R, Pincinini C. (julio 2007). Aspectos psicológicos del embarazo y de la maternidad en el contexto de infección por VIH/sida. *Psicología USP*, vol.18, 113-142. Recuperado de: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-65642007000300007&script=sci_abstract&tlng=es

Dos Santos, C. (2007). Estado de embarazo y VIH: experiencias de mujeres que acuden a centro de referencia de las Naciones Unidas para el VIH / SIDA, Belo horizonte 2007. 12 DE JUNIO 2013, de UNFPA Recuperado de: http://www.unfpa.org.br/Arquivos/apresentacao_seminario_neilane_espanhol.pdf

Villamarin, L. (2014). *Superación personal. Tesoro de la sabiduría*. Recuperado de: https://books.google.com.co/books?id=0WITCgAAQBAJ&pg=PA69&dq=EL+AMOR+D+E+UNA+MADRE+NO+CONTEMPLA+LO+IMPOSIBLE&hl=es-419&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q=EL%20AMOR%20DE%20UNA%20MADRE%20ONO%20CONTEMPLA%20LO%20IMPOSIBLE&f=false

Pietrani, M (2010). *Maternidad en mujeres VIH positivo*. Universidad Abierta Iberoamericana. Recuperado de: <http://imgbiblio.vaneduc.edu.ar/fulltext/files/TC099617.pdf>

Peterson, G. (2010). *Femmes en flagrant délit d' indépendance*. Recuperado de: <http://tahin-party.org/textes/pheterson.pdf>

Lafaurie, M., Gomez, P., Bernal, A., Gualteros, M., Hassan, V., Lozano, J. & Tovar, C. (2008). *Embarazo en mujeres en situación de prostitución: Autocuidado y prácticas de riesgo. Estudio cualitativo. Bogotá, Colombia 2006*. Revista colombiana de Obstetricia y Ginecología. Vol.59. No4. Pp. 285-296. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v59n4/v59n4a04.pdf>

ONUSIDA 2010. Informe de ONUSIDA sobre la epidemia mundial de sida 2010. Recuperado de: http://www.unaids.org/globalreport/Global_report_es.htm

Kerrigan, D., Wirtz, A., Semini, I., N'jie, D., Stanciole, A., Butler, J., Oelrichs, R., Beyrer, C. (2013). *The global HIV epidemics among sex workers*. Recuperado de: https://books.google.com.co/books?hl=es&lr=&id=f60h4OyZu_QC&oi=fnd&pg=PP1&dq=The+Global+HIV+Epidemics+among+Sex+Workers+%28Washington&ots=W19XIZ5fQa&sig=Jq5K_4GLxO0hDa0pCHJ-cxen-M4&redir_esc=y#v=onepage&q=The%20Global%20HIV%20Epidemics%20among%20Sex%20Workers%20%20%28Washington&f=true

ONUSIDA (2005). *Situación de epidemia de SIDA. Diciembre 2005*. Recuperado de: http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub06/epi_update2005_es.pdf

Ministerio de la protección social (1983 a 2009). *Resumen de situación de la epidemia por VIH/SIDA en Colombia*. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/resumen%20situacion%20epidemia%20VIH%20SIDA%201983%20-%202009.pdf>

Organización Mundial de la Salud (2010). *VIH/ SIDA*. Recuperado de: http://www.who.int/topics/hiv_aids/es/

Definición ABC. *Definición de embarazo*. Recuperado de: <http://www.definicionabc.com/salud/embarazo.php#ixzz2zaDoEZfT>

Ferreyyra, L. *Trabajadora sexual*. Recuperado de: <http://www.generacion.com/magazine/1176/trabajadora-sexual>

Romero, A. (2012). *Vivencias en el embarazo de mujeres con diagnosticos de VIH en el segundo semestre del 2012*. Pontificia Universidad Javeriana. Recuperado de: <http://repository.javeriana.edu.co/bitstream/10554/13746/1/RomeroOrozcoAngelica2012.pdf>

Rocha, A. (2013) *viviendo con VIH, Vivencias del embarazo en mujeres diagnosticadas con VIH en Barrancabermeja (magdalena)*. Pontificia Universidad Javeriana. Recuperado de: <http://repository.javeriana.edu.co/bitstream/10554/13758/1/RochaGarciaAngelaRaquel2013.pdf>

Molina, B. (27 de noviembre de 2013). A 30 años del origen del sida, ¿cuál es la situación? 07 de septiembre 2014, de EFE:SALUD. Recuperado de: <http://www.efesalud.com/noticias/a-30-anos-del-origen-del-sida-cual-es-la-situacion/>

ONUSIDA (2014), *comunicado de prensa*. Recuperado de: http://www.unaids.org/sites/default/files/web_story//20140716_PR_GapReport_es.pdf

Organización de las Naciones Unidas (2013). *Objetivos de desarrollo del Milenio*. Recuperado de: http://www.zaragoza.es/contenidos/medioambiente/onu/149_spa_ed2013_mdg_report.pdf

ONUSIDA (2013). *El SIDA en cifras*. Recuperado: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2571_AIDS_by_the_numbers_es_1.pdf

WIKIPEDIA (2015), *embarazo humano*. Recuperado de: https://es.wikipedia.org/wiki/Embarazo_humano

Bora, K. (2011). Triple-Antiretroviral Prophylaxis to Prevent Mother-To-Child HIV Transmission through Breastfeeding—The Kisumu Breastfeeding Study, Kenya: A Clinical Trial. 06 DE NOVIEMBRE DE 2014, de NCBI. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3066129/>

DANE (2005). *CENSO GENERAL 2005*. Recuperado de: <http://www.dane.gov.co/index.php/esp/poblacion-y-registros-vitales/censos/censo-2005>

Secretaría de la Mujer, *7 mil mujeres ejercen prostitución en Bogotá*, el nuevo siglo, recuperado de: <http://www.elnuevosiglo.com.co/articulos/6-2015-7-mil-mujeres-ejercen-prostituci%C3%B3n-en-bogot%C3%A1.html>

Herrera, C. (2009). *SIDA, ahora una enfermedad controlable*. Universidad Nacional de Colombia. Recuperado de: <http://historico.unperiodico.unal.edu.co/Ediciones/109/09.html>

Ministerio de Salud y Protección Social. *Resumen de situación de la epidemia por VIH/SIDA en Colombia 1983 a 2011*. 25 de mayo 2012. República de Colombia. Recuperado de: https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/observatorio_vih/documentos/monitoreo_evaluacion/1_vigilancia_salud_publica/a_situacion_epidemiologica/RESUMEN%20EPIDEMIA%20VIH%20FINAL%2021%20mayo_2012.pdf

Diario del Huila. *Se dispara el VIH en el Huila*. 4 de mayo de 2014. Recuperado de: <http://www.diariodelhuila.com/dominical/%E2%80%8Bse-dispara-el-vih-en-el-huila-cdgint20140504074048115>

Contraloría de Bogotá D.C. *Estudio sectorial “la prostitución como problemática social en el distrito capital”* plan anual de estudios PAE Diciembre de 2004. Recuperado de: <http://www.contraloriabogota.gov.co/intranet/contenido/informes/Sectoriales/Direccion%20Sector%20Salud%20e%20Integracion%20Social/%20La%20Prostitucion%20como%20Problemativa%20Social%20en%20el%20Distrito%20Capital.pdf>

Rodríguez, J. 22 de septiembre de 2013, *Estrategia Para La Eliminación de la Transmisión Materno Infantil del VIH y de la sífilis congénita*. Recuperado de: <http://janethrodriguez.weebly.com/pensar.html>

Soto, J.2002. *VIH/SIDA materno-infantil, es posible erradicar la infección neonatal*. Revista chilena de obstetricia y ginecología V.67 n.1. Recuperado de: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=s0717-75262002000100016&script=sci_arttext
Dirección General de Salud Pública. Ministerio de la Protección Social. Colombia 2011 – 2015. *Plan estratégico para la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH y la*

sífilis congénita. Recuperado de:
<https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/PLAN%20ESTRATEGICO%20ELIMINACION%20TRANSMISION%20MATERN0%20INFANTIL%20%20VIH%20-%20SIFILIS%202011.pdf>

República de Colombia Ministerio de salud. Resolución N° 008430 de 1993 4 de octubre de 1993. *Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación.* Recuperado de:
<http://www.unisabana.edu.co/fileadmin/Documentos/Investigacion/comite de etica/Res 8430 1993 - Salud.pdf>

Uribe, A. Valderrama, L. Sanabria, A. Orcasita, L y Vergara, T. Pensamiento Psicológico, Vol. 5, N°12, 2009, pp. 29-44 *Descripción de los conocimientos, actitudes, susceptibilidad y autoeficacia frente al VIH/SIDA en un grupo de adolescentes colombianos.* Pontificia Universidad Javeriana. Recuperado de:
http://portales.puj.edu.co/psicorevista/components/com_joomlib/ebooks/PS12-2.pdf

Pedrosa, L (2004). *Saberse infectadas. Repercusiones de la detección de VIH e mujeres diagnosticadas durante el embarazo.* Redalyc.org 2004 pp 148-170, núm. 16. Recuperado de:
http://www.researchgate.net/publication/235978380_Saberse_infectadas._Repercusiones_de_la_deteccion_de_VIH_en_mujeres_diagnosticadas_durante_el_embarazo

ONUSIDA, trabajo sexual y VIH/SIDA. Marzo de 2003. Recuperado de:
http://data.unaids.org/publications/irc-pub02/jc705-sexwork-tu_es.pdf

Gonçalves Sh, Castellá J, Carlotto MS. (2007) *Predictores de Conductas Sexuales de Riesgo entre Adolescentes.* Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology Vol. 41, Num. 2 pp. 161-166 Recuperado de:
<http://www.psicorip.org/Resumos/PerP/RIP/RIP041a5/RIP04117.pdf>.

FUNDACIÓN HUÉSPED en acción contra el sida. *Abordaje psicológico de personas con VIH. Sistematización de la experiencia de atención psicosocial de Fundación Huésped.* (NOVIEMBRE DE 2014). Recuperado de: <http://www.huesped.org.ar/wp-content/uploads/2014/11/Abordaje-psicol%C3%B3gico-de-personas-con-VIH.pdf>

García, G. (2009). *Cuerpo y narrativa: una aproximación etnográfica al proceso de atención del embarazo, parto y puerperio de mujeres viviendo con VIH en la ciudad de Buenos Aires*. Horizontes antropológicos. vol.15 no.32 Porto Alegre. Recuperado de: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-71832009000200011

Tosoli, A. Pinto, E. Olivera, D. mayo y junio de 2011. Representaciones sociales del SIDA para personas que viven con HIV y sus interfaces cotidianas. Rev. Latino-Am. Enfermagem. Recuperado de: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n3/es_06.pdf

Profamilia Colombia. 2003 material promocional. *El condón lo cargo yo*. Recuperado de: http://www.profamilia.org.co/index.php?option=com_content&view=article&id=291:el-condon-lo-cargo-yo&catid=29&Itemid=243

7. ANEXO

ANEXO 1. FICHA SOCIODEMOGRAFICA

FICHA SOCIODEMOGRAFICA PARA LA POBLACION A ESTUDIO

Conteste la siguiente información de acuerdo al enunciado, teniendo presente que en algunos ítem puede costar solamente marcando una X, esta información es con fines académicos para poder contextualizar la entrevista a realizar.

Edad: _____

Lugar de residencia:

Estrato socioeconómico: _____

Convivencia:

- Padres _____
- Hermanos _____
- Hijos _____
- Compañero sentimental _____
- Otros cuál? _____

Estado Civil:

- Soltera _____
- Casada _____
- Unión libre _____
- Divorciada _____
- Viuda _____

Nivel educativo:

- Básico _____
- Bachiller _____
- Técnico _____
- Tecnológico _____
- Universitario _____

Situación laboral al momento

- Ama de casa _____
- Trabajadora estable _____
- prestación de servicios _____

Seguridad social

- EPS subsidiada _____
- EPS Contributiva _____

Información obstétrica

Número de hijos antes del diagnóstico:

Número de hijos después del diagnóstico:

El diagnóstico de 0 positivo para VIH

Fue reportado:

- Antes del embarazo _____
- Durante los controles prenatales _____
- El día del parto _____
- Después del parto _____

El inicio del tratamiento fue:

- Antes del embarazo _____
- Durante el embarazo _____
- Después del parto _____
- No recibió tratamiento _____

Actualmente alguno de sus hijos vive con VIH a causa de la transmisión vertical (madre-hijo)

Si _____

No _____