

**VIVENCIAS EN EL EMBARAZO DE MUJERES CON DIAGNÓSTICO DE VIH EN
EL SEGUNDO SEMESTRE DE 2012**

ANGELICA ROMERO OROZCO

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
BOGOTÁ D.C.
2012**

**VIVENCIAS EN EL EMBARAZO DE MUJERES CON DIAGNÓSTICO DE VIH EN
EL SEGUNDO SEMESTRE DE 2012**

ANGELICA ROMERO OROZCO

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

**Asesor:
Daniel Gonzalo Eslava Albarracín
Enf. MsC. PhD.**

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
BOGOTÁ D.C.
2012**

NOTA DE ACEPTACIÓN

Firma del presidente del jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

Bogotá (15, 11, 2012).

AGRADECIMIENTOS

A Dios por darme la sabiduría necesaria y claridad en mis ideas para plasmarlas en mi investigación y culminar exitosamente otra etapa de vida.

A mis familiares, mi mamá, hermana y novio, que gracias a su apoyo incondicional, su fortaleza, su paciencia y entusiasmo me llenaron de energía para dar cada paso en este camino.

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

A las mujeres que participaron en mi investigación sin su apoyo no hubiera sido posible realizar la investigación.

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

SI NO HABLAMOS DE LO QUE PASA, DEJAMOS QUE PASE

VIVENCIAS EN EL EMBARAZO DE MUJERES CON DIAGNÓSTICO DE VIH EN EL SEGUNDO SEMESTRE DE 2012

RESUMEN

El presente estudio fue realizado con 6 mujeres con diagnóstico de VIH durante el embarazo, que asistieron al programa de VIH de una institución hospitalaria de tercer nivel de la ciudad de Bogotá D.C, durante los meses de julio a octubre de 2012. Esta investigación busca identificar las vivencias en el embarazo de mujeres con diagnóstico de VIH. En este sentido, se realizó un estudio exploratorio de tipo cualitativo fenomenológico mediante entrevista semi-estructurada que comprendía tres momentos a saber: “antes” de conocer el diagnóstico, “durante” el embarazo con diagnóstico de VIH y “después” de vivir la experiencia.

Los resultados evidenciaron desconocimiento de las mujeres sobre el VIH, las prácticas de sexo seguro relacionadas con el uso del preservativo no se aplican en las relaciones de pareja. Asimismo, cuando se realiza el diagnóstico de VIH durante el embarazo la perspectiva de vida cambia considerablemente en las mujeres puesto que ven la muerte como algo cercano, los hijos de estas mujeres se convierten en su fortaleza y motivación para seguir adelante. Esta experiencia ratifica la necesidad de realizar un acompañamiento constante por parte de los profesionales de enfermería a estas mujeres, generando la motivación de continuar con el tratamiento y de no desfallecer frente a la nueva realidad en sus vidas.

Palabras clave: VIH, Mujeres, Embarazo, Vivencia.

EXPERIENCES IN PREGNANT WOMEN DIAGNOSED WITH HIV IN THE SECOND HALF OF 2012

ABSTRACT

This study was conducted with six women diagnosed with HIV during pregnancy, which attended the HIV program of a hospital of third level in the Bogotá DC city, during the months of July to October 2012. This research seeks to identify the experiences in pregnancy of women diagnosed with HIV. In this regard, we conducted an exploratory study using phenomenological qualitative semi-structured interview that included three stages: "Before" knowing the diagnosis, "during" pregnancy diagnosed with HIV and "after" the experience.

The results showed women lack of knowledge on HIV and the no application of safe sex practices through the use of condoms.

Also, when these pregnant women are diagnosed with HIV, their life expectancy varies considerably because they see death as something close, is when their babies become strength and motivation to keep going.

This women condition confirms the need for a constant accompaniment by nurses, generating motivation to continue treatment and not falter against the new reality in their lives.

Keywords: HIV, Women, Pregnancy, Experience.

NOTA DE ADVERTENCIA

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

TABLA DE CONTENIDO

	pág.
INTRODUCCIÓN.....	19
1. SITUACIÓN PROBLEMA.....	22
2. DEFINICIÓN DE TERMINOS	23
2.1 VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH):.....	23
2.2 EMBARAZO.....	23
2.3 VIVENCIAS.....	23
3. JUSTIFICACIÓN.....	27
4. OBJETIVOS.....	30
4.1 OBJETIVO GENERAL	30
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	30
5. PROPÓSITOS	31
6. MARCO DE REFERENCIA.....	32
6.1 PANORAMA MUNDIAL	32
6.2 EL PANORAMA NACIONAL.....	34
6.3 VULNERABILIDAD DE LA MUJER	39
7. DISEÑO METODOLÓGICO.....	42
7.1 TIPO DE ESTUDIO.....	42
7.2 PARTICIPANTES	42
7.3 CONTACTO CON LAS PARTICIPANTES.....	42
7.4 DIFICULTADES CON LA UBICACIÓN DE LAS PARTICIPANTES.....	43
7.5 INSTRUMENTO.....	44
7.6 ANALISIS DE LOS RESULTADOS	44
7.7 ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	45
8. RESULTADOS.....	46
8.1 INFORMACIÓN GENERAL DE LAS PARTICIPANTES	46
8.1.1 Características Sociodemográficas.....	46
8.1.2 Características obstétricas y diagnóstico de VIH	47

8.2. ANTES.....	48
8.2.1 SABERES.....	48
<i>“Entre lo básico y lo mínimo”</i>	48
8.2.2 PENSARES.....	51
<i>“Entre la indiferencia y el pesar”</i>	51
8.2.3 HACERES.....	53
<i>“Sin protección por fidelidad”</i>	53
8.3 DURANTES.....	56
8.3.1 SENTIRES.....	56
<i>“Miedo y desesperanza”</i>	56
8.3.2 ACTUARES.....	58
<i>“Negación y Aceptación”</i>	58
8.3.3 PADECERES.....	60
<i>“Entre el estigma social y el tratamiento”</i>	60
8.4 DESPUES.....	62
8.4.1 APREHENDERES.....	62
<i>“Entre la desconfianza y el valor de ser mujer”</i>	62
8.4.2 ACONSEJARES.....	64
<i>“El uso del preservativo no es una opción es una condición”</i>	64
8.4.3 PROYECTARES.....	65
<i>“El futuro y el presente son mis hijos no la enfermedad”</i>	65
9. CONCLUSIONES.....	66
10. RECOMENDACIONES.....	68
BIBLIOGRAFÍA.....	69

LISTA DE CUADROS

	pág.
Cuadro 1. Momentos y categorías en función del tiempo	25
Cuadro 2. Vivencias en el embarazo en mujeres con diagnóstico de VIH.....	25

LISTA DE TABLAS

pág.

Tabla 1. Gestantes tamizadas para VIH y porcentaje de seropositividad. Colombia 2003 a 2010.....	35
Tabla 2. Número de gestantes con diagnóstico de VIH. Distribución por entidad territorial de salud y año. Colombia 2003 a 2010.....	36
Tabla 3. Porcentaje de transmisión materno infantil de VIH. Colombia 2003 a 2010	38

LISTA DE ANEXOS

	pág.
Anexo a. Consentimiento dirigido a las mujeres con diagnóstico de VIH	73
Anexo b. Estructura entrevista semiestructura.....	76

INTRODUCCIÓN

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) es considerada por el acuerdo 217 de 2001 del consejo de seguridad social en salud como una enfermedad de alto costo social ya que requiere una alta complejidad técnica en su manejo y tratamiento, por tal razón representa un gran compromiso por parte de los aseguradores.

El VIH es una realidad que afronta el país la cual lo lleva a tener una inestabilidad marcada en la salud de toda la población y refleja que las estrategias adoptadas e implementadas para contrarrestarlo no están siendo efectivas, dando como resultado una notable feminización de la epidemia y deja en riesgo directo al binomio madre e hijo. Son estas evidencias y realidades las que deben concientizar a las mujeres a llevar una vida sexual con responsabilidad y proteger la integridad de sus vidas y la de sus hijos.

Durante varios años se han realizado diversos estudios de reconocido valor y avance científico a nivel mundial y nacional, los cuales profundizan en temas técnicos y científicos para encontrar soluciones y respuestas sobre: cómo evitar el contagio vertical, importancia y riesgo del uso de anti-retrovirales durante el embarazo, técnicas para evitar el contagio durante el parto, entre otras, dejando de lado los sentimientos y vivencias de las mujeres durante el proceso del embarazo con diagnóstico VIH.

Teniendo en cuenta lo anterior, es de vital importancia abordar el tema de vivencias en el embarazo de mujeres con diagnóstico de VIH, con el fin de indagar sobre las vivencias antes desconocidas, al igual determinar cuál es el papel que debe desempeñar el profesional de enfermería frente a estos casos vs realidades.

La recopilación de la información no fue fácil, teniendo en cuenta que es una enfermedad que anualmente deja un número considerable de muertos en Colombia y en el mundo, sumado a los esfuerzos del gobierno y las diferentes Organizaciones No Gubernamentales (**ONG**) en educar y concientizar a la población sobre el riesgo inminente que conlleva la enfermedad, las Empresas Promotoras de Salud (**EPS**) y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (**IPS**) tienen una barrera de acceso para llegar a estas personas, por tanto, el escuchar sus realidades y sentir es limitado y restrictivo en algunos casos.

En ese sentido, el presente trabajo tiene como objetivo principal describir las vivencias del embarazo en mujeres con diagnóstico de VIH en Bogotá, D.C. La recolección de información se realizó mediante la aplicación de una entrevista semi-estructurada en relación a los sentimientos, emociones, reflexiones y resultado de las vivencias de mujeres con diagnóstico de VIH durante el embarazo; a una muestra de seis mujeres bajo los principios de privacidad e intimidad durante el periodo comprendido entre julio – octubre de 2012.

La información obtenida se analizó en tres momentos a saber:

El Antes, etapa donde se busca identificar los saberes, pensares y haceres antes de conocer el diagnóstico de VIH,

El Durante, etapa donde se describen los sentirs, actuares y padeceres, los cuales evidencian el proceso durante el embarazo.

El Después, etapa donde se obtienen los resultados de la experiencia a partir de los aprehenderes, aconsejares y proyectares.

El análisis de los resultados demostró que el vivir con VIH no sólo las afecta a la mujeres sino que también afecta su entorno, sus familias y a sus hijos; en particular es la ruptura de las relaciones de pareja, que se presenta como consecuencia del dolor y la desconfianza que genera la confirmación del

diagnóstico y asumir que su pareja es el responsable del contagio. Así mismo, se identificó que las mujeres ven a sus hijos como seres indefensos y ajenos a la problemática que están afrontando, depende de la oportunidad que tenga la mujer con diagnóstico de VIH para acceder al tratamiento disminuye el riesgo del contagio vertical.

Las mujeres resaltan la importancia de trabajar fuertemente en la prevención de la enfermedad, aferrándose a que el uso del preservativo es la opción más segura y confiable para evitar ser contagiadas con VIH o con otra enfermedad de transmisión sexual, de igual manera, consideran que deben hacer respetar sus valores ante los hombres al exigir la protección en cada uno de los encuentros sexuales aún cuando sea su pareja estable, a fin de disminuir el riesgo de enfermar a causa de las malas decisiones de los demás.

Para finalizar, con base en los resultados obtenidos, se realizaron las conclusiones y se emitieron algunas recomendaciones, con el fin de ampliar la mirada del profesional de enfermería, en el acompañamiento y entendimiento a este grupo poblacional, específicamente a mujeres con diagnóstico de VIH durante el embarazo, brindando una orientación basada en la evidencia acerca de sus necesidades reales, sentires y vivencias.

1. SITUACIÓN PROBLEMA

¿Cuáles son las vivencias en el embarazo en mujeres con diagnóstico de VIH en Bogotá, D.C. entre julio y octubre de 2012?

2. DEFINICIÓN DE TERMINOS

2.1 VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH): un agente parasitario en la sangre, semen y fluidos vaginales que destruye los linfocitos, (células circulantes del sistema inmunitario que reaccionan frente a materiales extraños y son de alta jerarquía en el sistema inmunitario, principalmente encargadas de la inmunidad específica o adquirida.). El contagio de la infección por VIH está dado por varias vías de transmisión (relaciones sexuales sin protección, administración de productos hematológicos contaminados, compartir agujas y jeringas contaminadas en personas fuente positiva, o transmisión de una madre infectada a su hijo *in útero* o al amamantarlo); se caracteriza por el deterioro gradual de la función inmunológica, el cual puede progresar al *Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida* (SIDA). El diagnóstico de la infección por VIH es estigmatizante y puede producir considerable estrés emocional y ostracismo social, se dispone de orientación en que se proporciona al individuo guía, consejo e información sobre temas relacionados con la infección por VIH y el SIDA, incluyendo el manejo de la mirada de problemas psicológicos y sociales asociados¹.

2.2 EMBARAZO: estado de la mujeres que porta un embrión en desarrollo, que normalmente dura 256 días desde la concepción hasta el nacimiento del bebe. El desarrollo embrionario ocurre normalmente dentro del útero, pero en ocasiones puede ser extrauterino².

2.3 VIVENCIAS: proviene de la palabra “Erlebris” que significa vivencias. Se define como una experiencia personal adquirida durante el paso del tiempo de un suceso o acontecimiento ya vivido y del cual se adquiere experiencia para afrontar situaciones similares a aprender de determinadas situaciones³.

¹ NUÑEZ, H.J Diccionario conciso de psicología, (trad.), México, Manual Moderno. (APA, 2009)

² *Ibid.* pág. 164

³ DICCIONARIOS DE LA REAL ACADEMIA ESPAÑOLA. [online]. 2000. [citado septiembre 2012]. Disponible en Internet: <<http://lema.rae.es/drae/?val=vivencia>>

Para efectos de este trabajo se tomaron las vivencias de mujeres con diagnóstico de VIH durante el embarazo, donde hacen referencia de situaciones particulares en esta etapa, identificando núcleos comunes en las participantes. En tres momentos específicos: antes (saber, pensar y hacer), durante (sentir, actuar y padecer), y después (aprender, aconsejar y proyectar), relacionados al entorno que rodea a las mujeres.

Cuadro 1. Momentos y categorías en función del tiempo

MOMENTOS	EN FUNCIÓN DEL TIEMPO		
	ANTES <i>(Describe pensamientos y acciones que tiene el entrevistado sobre la experiencia en cuestión).</i>	DURANTE <i>(Describe sentimientos y acciones que generó en el entrevistado la experiencia vivida).</i>	DESPUES <i>(Describe aprendizajes, proyecciones y consejos que el entrevistado puede hacer en base a la experiencia vivida).</i>
CATEGORÍAS	EN FUNCIÓN DE LOS COMPONENTES DE LA EXPERIENCIA VIVIDA		
	SABERES PENSARES HACERES	SENTIRES ACTUARES PADECERES	PROYECTARES ACONSEJARES PROPONERES APREHENDERES

Cuadro 2. Vivencias en el embarazo en mujeres con diagnóstico de VIH

VIVENCIAS EN EL EMBARAZO EN MUJERES CON DIAGNÓSTICO DE VIH			
MOMENTOS	COMPONENTES		ASPECTOS A INDAGAR
ANTES	<i>“Entre lo básico y lo mínimo”</i>	Hace referencia a los conocimientos, pensamientos y acciones que tenían las mujeres antes conocer el	Conocimiento que tenía sobre el VIH.
Saberes Pensares Haceres	<i>“Entre la indiferencia y el pesar”</i>		Que pensaba acerca del VIH.

	<i>“Sin protección por fidelidad”</i>	diagnostico	Que hacia ante el fenómeno del VIH.
DURANTE Sentires Actuares Padeceres	<i>“Miedo y desesperanza”</i> <i>“Negación y aceptación”</i> <i>“Entre el estigma social y el tratamiento”</i>	Hace referencia a los sentimientos, comportamiento y dificultades que genera estar embarazada y ser VIH positiva.	Sentimientos que despertó esta vivencia. Como se cuidaba durante el embarazo. Que ha sido lo más difícil de esta vivencia.
DESPUES Aprehenderes Aconsejares Proyectares	<i>“Entre la desconfianza y el valor de ser mujer”</i> <i>“El uso del preservativo no es una opción es una condición”</i> <i>“El futuro y el presente son mis hijos no la enfermedad”</i>	Hace referencia a la enseñanza de vida que surgió desde la vivencia de cada una de las mujeres	Que le deja haber vivido todo este proceso. Que aconseja a las mujeres que puedan vivir una vivencia similar. Como se ve en el futuro.

3. JUSTIFICACIÓN

En el año de 1983 en Colombia, se reportó el primer caso de VIH en una mujer trabajadora sexual de la ciudad de Cartagena, departamento de Bolívar, quién adquirió el virus a través de un marinero infectado. El VIH representa una de las problemáticas de salud pública más importantes en Colombia, la cual puede afectar a su población y ubicarla como una de las enfermedades que más reporta muertes en los últimos años.

Debido a su alto potencial epidémico el VIH está considerado como una prioridad de salud pública y por el alto costo que implica su atención, todas las actividades de diagnóstico, tratamiento, seguimiento y control están contempladas en el Plan Obligatorio de Salud (POS) tanto para el régimen contributivo, como el régimen subsidiado (POSS) y regímenes de excepción.

No obstante el VIH no es una realidad para la población colombiana debido a que las personas no tiene presente que es una enfermedad que puede llegar en cualquier momento de la vida y no se implementan estrategias de protección para evitar la trasmisión, esto se evidencia al tener relaciones sexuales inseguras dado por el no uso del condón, aumento del número de los compañeros sexuales en periodos cortos de tiempo, el machismo presente en la población en donde el hombre es quien toma las decisiones en los encuentros con su pareja evadiendo en uso del preservativo, esto deja como resultado aumentos de los casos de enfermedades de transmisión sexual entre ellas en VIH.

La tendencia general es de incremento en la frecuencia de casos notificados que puede deberse a factores como el crecimiento de casos de infecciones recientemente adquiridas, mayor acceso a la realización de la prueba voluntaria, disminución de las barreras administrativas para autorizaciones de servicios y la toma de la prueba a las gestante en el país que se encuentra en la Resolución 412

de 2000, que se fortalece con la estrategia para la reducción de la transmisión perinatal del VIH y la sífilis congénita.

Según estudios realizados por el Ministerio de la Protección Social “Plan estratégico para la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH y de la sífilis congénita”: Informa que entre los años 2003 y 2010 se han diagnosticado 3.194 gestantes con infección por VIH, los tres departamentos con más casos reportados son: Valle – 502 casos, Bogotá – 339 casos y Antioquia – 307 casos. Estas cifras dejan ver lo expuestas que se encuentran las mujeres a adquirir el virus aun cuando llevan una relación estable con su pareja.

En el país la tendencia a la feminización del virus es evidente al revelar un aumento constante en mujeres embarazadas con VIH, este diagnóstico se realiza en la mayoría de los casos en mujeres en edad fértil (15 a 44 años) las cuales se diagnostican con el virus del VIH a través de la prueba tamiz ELISA, ordenada en el control prenatal, sin embargo, esta prueba se realiza con el consentimiento de la gestante en la cual se explica las razones favorables y desfavorables para realizarse este examen, no obstante, a pesar de la consejería hay mujeres que deciden no realizarse este test por temor al resultado de la misma o por falta de información que ayude a despejar sus dudas sobre la prueba.

Como parte de la estrategia para la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH en el año 2010, se tamizaron 553.528 gestantes alcanzando una cobertura del 60% respecto a las gestantes estimadas (928.306). Para el 2011, “a corte del 30 de septiembre, se tamizaron 414.456 gestantes, alcanzando una cobertura del 45%” como Informe mundial de avances en la lucha contra el Sida.

Según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010, el porcentaje de mujeres gestantes a quienes se les ofreció y aceptaron hacerse la prueba de VIH

durante atención prenatal fue del 83.5% del total de la población gestante en el país.

Una vez se realiza la prueba tamiz y si su resultado es positivo se debe realizar el test Western blot que consiste en la toma de una muestra de sangre la cual confirma el diagnóstico definitivo y se debe hacer la correspondiente notificación a la secretaria de salud para reportar el caso. Al realizar un diagnóstico oportuno se puede dar tratamiento y seguimiento a las gestantes para disminuir la probabilidad de infección vertical y tener niños sanos.

Ante esta perspectiva, durante las sesiones de la clase, me llamó la atención que el número creciente de casos reportados de mujeres con VIH en estado de gestación en el país es alarmante y que existe una marcada feminización de la epidemia, por lo cual, me surgió la búsqueda profunda sobre investigaciones que traten esta problemática, encontrando que la gran mayoría o porque no decirlo, en casi todos los estudios realizados, existe el vacío en relación a los sentimientos, emociones y vivencias de las mujeres durante la gestación, en tanto, se reconoce la necesidad de conocer las vivencias de las mujeres embarazadas con diagnóstico de VIH.

Se espera aportar elementos de afrontamiento para que el profesional de enfermería tome voz activa en esta problemática y permitir el diseño de estrategias de intervención al reconocer las implicaciones que traen consigo la confirmación del diagnóstico para la mujer gestante, la relación directa con su vida social y familiar al ser conscientes de las necesidades que tienen y por las que deben pasar como el aislamiento y la sensación de rechazo de quienes le rodean así como, el trabajo para mejorar la calidad de vida y el respeto de sus derechos.

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

Describir las vivencias en el embarazo en mujeres con diagnóstico de VIH en una institución hospitalaria de tercer nivel de la ciudad de Bogotá D.C. entre julio y octubre de 2012.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar los conocimientos, pensamientos y acciones antes de conocer el diagnóstico de VIH.
- Describir los sentimientos, comportamientos y padecimientos de las mujeres con diagnóstico de VIH durante la gestación.
- Identificar los aprendizajes, los consejos y los proyectos de las mujeres después de la vivencia.

5. PROPÓSITOS

- Dar voz a las mujeres con VIH para que puedan exteriorizar sus sentimientos, pensamientos y opiniones acerca de sus vivencias y tener una mirada amplia de su realidad.
- Sensibilizar al profesional de enfermería frente a las vivencias de las gestantes con VIH para brindar un servicio humanizado y con calidades.
- Aportar elementos que sirvan de base al profesional de enfermería para otras investigaciones sobre VIH y embarazo.
- Dar continuidad a la línea de investigación sobre el VIH-SIDA que se desarrolla en la Facultad de Enfermería de la Pontificia Universidad Javeriana.

6. MARCO DE REFERENCIA

6.1 PANORAMA MUNDIAL

El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) ha sido considerado en el mundo como una pandemia altamente letal. El primer caso conocido del virus VIH, se remonta al año 1959, que corresponde a un hombre del Congo. Años más tarde en 1981 se habló por primera vez del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. Al inicio el mayor número de casos reportados fue en las comunidades homosexuales, en pacientes hemofílicos receptores de transfusión de sangre y fármaco-dependientes, Estas personas se encontraba en alto riesgo de desarrollar SIDA, De acuerdo a lo anterior llegaron a la conclusión que se trataba de una infección y se transmitía por medio de la sangre.

Al cabo de un periodo de tiempo se identifico, que la infección era producida por un retrovirus humano, al cual se llamo VIH (virus inmunodeficiencia humana), del que se han identificado dos tipos de virus llamados “VIH-1 (se considera que es el responsable de la pandemia ya que es altamente virulento) y VIH-2 (es endémico del África Oriental este es menos virulento)”⁴.

En la década de los 70 inicia la aparición de la pandemia, en jóvenes hombres homosexuales saludables los cuales empiezan a ser diagnosticados con enfermedades oportunistas y otras enfermedades raras para la época. “El 1982 el CDC (Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades) reporta la presencia de la enfermedad en haitianos y hemofílicos”, se concluye que el síndrome es transmitido por agente infeccioso y deciden llamarlo SIDA, el cual

⁴ VIH Y SIDA [online]. 2000. [citado septiembre 2012]. Disponible en Internet: <<http://www.ctv.es/USERS/fpardo/vihvarge.htm>>.

comienza a ser considerada como una enfermedad heterosexual y no exclusiva de homosexuales⁵.

En el “año 2001 existían en el mundo 28,6 millones de personas que vivían con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), en el año 2010 cerca de 34 millones de personas tenían VIH, de los cuales se estima que cerca de 3,4 millones eran niños, lo que evidencia un incremento del 17% frente al año 2001”. Vale la pena resaltar que el continente que presenta mayor número de personas infectadas por el virus VIH es África subsahariana con 22,9 millones de personas VIH-positivo que equivale al 68% del total de población mundial que tiene el virus⁶.

En “2010 se reportaron 2,7 millones de nuevos casos de infección con el virus del VIH, incluidos 390.000 niños”⁷. Las mujeres infectadas con el virus representan el 50% del total de personas infectadas, aunque en África subsahariana las mujeres representan un 59% de las personas que viven con el virus. Hasta el año 2010 se calcula que 30 millones de personas han perdido la vida por este virus, 1.8 millones de personas mueren anualmente en el mundo por causas relacionadas con el sida y en África el número de muertes por año asciende al millón de personas.

Los antirretrovirales, son medicamentos para el tratamiento de la infección por VIH, Existen diferentes antirretrovirales que actúan en varias etapas del ciclo vital del VIH. Estos antirretrovirales empezaron a ser utilizados de modo experimental desde 1984 y en 1987 la Agencia de Alimentos y Medicamentos (**FDA**) aprobó su uso en pacientes con sida. Existen 5 clases de Antirretrovirales, La "terapia

⁵ MEDICOS ECUADOR. Historia del virus VIH/SIDA.- origen y evolución.- del Mono al Hombre [online]. 2004. [citado septiembre 2012]. Disponible en Internet: <<http://www.medicosecuador.com/espanol/articulos/403.htm>>.

⁶ EMPRESA EDITORA EL COMERCIO. VIH: más de 34 millones de personas están infectadas en el mundo, 22 de noviembre de 2011, Lima –Perú. Hombre [online]. 2004. [citado septiembre 2012]. Disponible en Internet: <<http://elcomercio.pe/mundo/1337102/noticia-vih-mas-34-millones-personas-estan-infectadas-mundo>>.

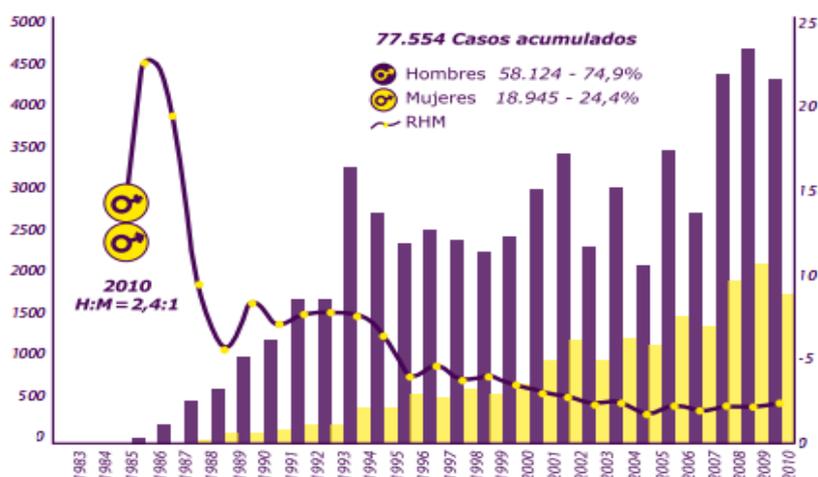
⁷ Ibíd.

antirretroviral altamente activa" es una combinación de al menos tres de las cinco clases y esta terapia reduce la carga viral disminuyendo el nivel del virus en la sangre. En los países en vía de desarrollo se ha incrementado la cobertura de antirretrovirales, ya que a finales de 2010 cerca de 6,65 millones de personas fueron tratadas. Adicionalmente, en cuanto a las mujeres embarazadas con diagnóstico de VIH-positivo se aconseja que todas deben ser tratadas con fármacos antirretrovirales, sin embargo, hay que tener en cuenta que este tratamiento no elimina en un 100% el riesgo de infección vertical y no existe una forma de determinar si el bebe es portador del virus hasta que nazca.

6.2 EL PANORAMA NACIONAL

El primer caso reportado en Colombia fue en 1983, donde una trabajadora sexual en la ciudad de Cartagena adquirió el VIH de un marinero infectado. Desde 1983 hasta el 2010 se han reportado 77.554 casos.

Gráfica 1. Casos notificados de VIH/SIDA/muertes. Distribución anual por sexo y razón hombre: mujer. Colombia 1983 a 2010



Fuente: INSTITUTO NACIONAL DE SALUD – MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL. Base de datos Sivigila Procesamiento: Observatorio nacional de gestión en VIH/SIDA. Enero de 2011 Los datos de 2010 corresponden a los acumulados hasta la semana epidemiológica 49.

En la gráfica 1 se incluye infección por VIH, casos de sida y personas fallecidas. Se observa una participación del 74.9% para hombres, 24.4% para mujeres y 0.7% de registros sin dato de sexo. También se puede observar que existe un incremento anual de los casos tanto para hombres como para mujeres. Entre los años 2003 y 2010 se han diagnosticado 3.194 gestantes con infección por VIH.

Tabla 1. Gestantes tamizadas para VIH y porcentaje de seropositividad. Colombia 2003 a 2010

Año	Gestantes tamizadas	Casos nuevos con diagnóstico de infección por VIH	% de seropositividad en casos nuevos de VIH	Gestantes con diagnóstico de VIH antes del embarazo actual	Total gestantes captadas con VIH
2003	33.751	82	0,24%	7	89
2004	126.690	208	0,16%	20	228
2005	207.658	445	0,21%	46	491
2006	66.172	203	0,31%	30	233
2007	145.404	284	0,20%	33	317
2008	316.179	538	0,17%	99	637
2009	423.393	525	0,12%	116	641
2010	366.237	476	0,13%	82	558
Total	1.685.484	2.761	0,16%	433	3.194

Fuente: MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL: Estrategia para la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH y de la sífilis congénita. INS- Sivigila.*Datos con corte a tercer trimestre de 2010

La tabla anterior muestra la cantidad de mujeres gestantes con VIH por año desde 2003 hasta 2010, se puede observar que el porcentaje más alto de nuevos casos de gestantes seropositivas se presenta en el año 2006 con un 0.31% que equivale a 203 mujeres, seguido por los años 2003, 2005 y 2007 con 0.24% - 82 mujeres, 0.21% - 445 mujeres y 0.20% - 284 mujeres respectivamente.

Los casos reportados se encuentran a lo largo y ancho de la geografía colombiana. Las regiones en Colombia en las cuales se presenta el mayor número de casos reportados con el fin de adoptar medidas para evitar un contagio masivo en dicha región.

Tabla 2. Número de gestantes con diagnóstico de VIH. Distribución por entidad territorial de salud y año. Colombia 2003 a 2010

Nº	Entidad territorial	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010*	Total gestantes
1	Amazonas	0	2	1	1	4	3	1	0	12
2	Antioquia	5	22	61	39	19	41	61	59	307
3	Arauca	0	0	0	0	1	2	0	0	3
4	Atlántico	4	2	10	1	14	22	16	17	86
5	Barranquilla	6	10	30	10	13	18	48	26	161
6	Bogotá D.C.	6	18	55	12	34	93	64	57	339
7	Bolívar	6	4	7	3	11	14	9	12	66
8	Boyacá	0	1	2	2	10	7	6	12	40
9	Caldas	4	4	10	2	1	13	11	5	50
10	Caquetá	1	0	4	2	7	7	8	10	39
11	Cartagena	0	4	8	3	2	16	29	13	75
12	Casanare	0	0	4	0	0	5	10	7	26
13	Cauca	0	2	5	4	5	14	7	9	46
14	Cesar	0	4	16	10	17	14	15	28	104
15	Choco	0	1	3	1	3	9	15	7	39
16	Córdoba	4	19	32	9	21	25	28	39	177
17	Cundinamarca	0	6	5	5	8	14	10	11	59
18	Guainía	0	0	1	0	0	1	0	0	2
19	Guaviare	0	0	3	0	0	5	1	0	9
20	Huila	1	4	10	5	8	19	12	15	74
21	La Guajira	5	3	12	9	15	20	6	13	83
22	Magdalena	1	1	5	9	15	22	23	13	89
23	Meta	6	12	9	15	9	24	14	15	104
24	Nariño	1	4	16	3	3	17	16	17	77
25	Nte de Santander	5	13	24	11	7	13	20	7	100
26	Putumayo	0	0	2	0	1	6	4	2	15
27	Quindío	4	10	11	1	2	7	10	7	52
28	Risaralda	7	8	16	4	7	15	8	9	74
29	San Andrés	0	0	1	0	0	0	1	4	6
20	Santa Marta	1	12	15	6	10	21	31	17	113
31	Santander	3	8	11	2	8	10	26	13	81
32	Sucre	7	7	20	7	7	15	15	26	104
33	Tolima	2	9	7	9	6	16	14	11	74
34	Valle	10	38	74	48	49	107	101	75	502
35	Vaupés	0	0	0	0	0	0	0	1	1
36	Vichada	0	0	1	0	0	2	1	1	5
	TOTAL	89	228	491	233	317	637	641	558	3.194

Fuente: MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL: Estrategia para la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH y de la sífilis congénita. INS: Sivigila. *Datos con corte a tercer trimestre de 2010.

La tabla 2 muestra el número de mujeres gestantes con VIH por región desde el año 2003 hasta 2010. Las cinco regiones con mayor número de gestantes seropositivas son; Valle – 502 casos, Bogotá – 339casos, Antioquia – 307casos, Córdoba – 177 casos y Barranquilla – 161casos. Adicionalmente, se observa que

todas las regiones muestran un aumento significativo en el periodo comprendido entre 2008 y 2010.

Es importante conocer el porcentaje de niños que fueron contagiados de forma vertical entre los años 2003 y 2010, el 8% corresponde a niños con diagnóstico de VIH adquirido por transmisión vertical esto quiere decir que la madre es quien contagia al niño ya sea en el embarazo (a través de la placenta), al momento del parto o en la lactancia.

Tabla 3. Porcentaje de transmisión materno infantil de VIH. Colombia 2003 a 2010

Año de nacimiento	Nº nacidos vivos	Nº niños (as) con diagnóstico de VIH < 2 años	% de transmisión perinatal
2003	60	4	6,7%
2004	178	11	6,2%
2005	432	14	3,2%
2006	204	16	7,8%
2007	284	18	6,3%
2008	416	24	5,8%
2009	434	18	4,1%
2010*	304	16	5,3%
TOTAL	2.312	121	

Fuente: MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL: Estrategia para la eliminación de la transmisión materna infantil del VIH y de la sífilis congénita. *Datos con corte a tercer trimestre de 2010.

La OPS (Organización Panamericana de la Salud) en aras de mitigar la prevalencia de madres con VIH que puedan transmitir el virus a sus hijos establece que “el porcentaje de niños y niñas expuestos al VIH debe ser igual o inferior al 2% para América Latina y el Caribe”⁸.

⁸ MINISTERIO DE SALUD [online]. Plan estratégico para la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH y de la sífilis congénita 2010. [citado octubre 2012]. Disponible en Internet: <http://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/observatorio_vih/documentos/prevencion/promocion_prevencion/promocion_de_la_SSR/c.plan_intersectorial_respuesta/4.%20PLAN%20SIFILIS.pdf>.

6.3 VULNERABILIDAD DE LA MUJER

Fisiológicamente las mujeres están más expuestas a contraer el virus del VIH que los hombres, “las investigaciones muestran que el riesgo de infectarse por el VIH durante una relación sexual vaginal no protegida, es 2 a 4 veces más alto para la mujer que para el hombre.”⁹, debido a que la mujer sufre micro lesiones durante la relación sexual y su mucosa vaginal es altamente vascularizada (lo que la hace más permeable) favoreciendo la entrada del virus, adicionalmente se ha “comprobado que el liquido preseminal y el semen contiene concentraciones más elevadas del virus que las secreciones vaginales”¹⁰.

En relación a los métodos de protección de barrera como el preservativo, se evidencia que está siendo controlado por los hombres, quienes manifiestan en diversas entrevistas que cuando se utiliza el preservativo se disminuyen las sensaciones y se hacen menos placenteras las relaciones sexuales, bajo este panorama las mujeres se encuentran en desventaja frente a los hombre en cuanto a la negociación del sexo seguro y así mismo aumentan el riesgo de ser infectadas por el VIH en cada relación sexual que sostienen.

Es importante mencionar que al vivir en una sociedad en la cual prima el machismo entendido como “la actitud de prepotencia de los hombres respecto de las mujeres”¹¹, El machismo es también considerado como un tipo de violencia que discrimina a la mujer, generando en ella una condición de sumisión aceptando los deseos de su pareja sin la posibilidad de negarse o de negociar las decisiones. Esto se debe a que las mujeres “han sido educadas

⁹ VIÑAS MARTÍNEZ, Arturo Luis *et al.* Las mujeres y el VIH/SIDA: ¿por qué un problema? En: Revista Habanera de Ciencias Médicas. Vol. 8, No. 5 (2009); p. 113-120

¹⁰ CENTROS PARA EL CONTROL Y PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES [online]. La transmisión del VIH 2011. [citado octubre 2012]. Disponible en Internet: <<http://www.cdc.gov/hiv/spanish/resources/qa/transmission.htm>>.

¹¹ Op cit. REAL ACADEMIA ESPAÑOLA

históricamente para una sexualidad en función del goce masculino”¹², como consecuencia de esta perspectiva se presenta el aumento continuo de los casos de infección por VIH en mujeres. Crece continuamente ya que la protección no depende de ellas sino en la mayoría de los casos depende exclusivamente de su compañero.

6.4 EMBARAZO Y VIH

El VIH es una enfermedad que puede llegar en cualquier momento, uno de esos momentos es durante el embarazo, en el cual se puede diagnosticar durante el control prenatal, que es el “conjunto de acciones y actividades que se realizan en la mujer embarazada con el objetivo de lograr una buena salud materna, el desarrollo normal del feto y la obtención de un recién nacido en óptimas condiciones desde el punto de vista físico, mental y emocional”¹³. En el cual se busca identificar alteraciones tempranas en la gestación, para esto se ordenan una serie de exámenes a la gestante dentro de los cuales se encuentra la prueba tamiz llamada (ELISA), muestra que se toma únicamente con el consentimiento de la gestante previa asesoría dada por el profesional de la salud que esté a cargo.

Si el reporte del test (Elisa) es positivo, se debe realizar el test confirmatorio Western Blot, Lo ideal es realizar el diagnóstico durante el primer trimestre del embarazo, con el fin de “tener más tiempo para decidir cuál es la forma eficaz de proteger su salud y de prevenir la transmisión materno infantil del VIH”¹⁴. Si ocurre, que una mujer gestante se encuentra en trabajo de parto y no se

¹² Op cit. VIÑAS MARTÍNEZ, Arturo Luis *et al.*

¹³ SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD [online]. Guía para la atención materno infantil. [citado octubre 2012]. Disponible en Internet:

<<http://www.saludcapital.gov.co/Publicaciones/Desarrollo%20de%20Servicios/Gu%C3%ADas%20para%20la%20atenci%C3%B3n%20Materno%20Perinatal/GUIA%201.%20%20CONTROL%20PRENATAL%20Y%20FACTORES%20DE%20RIESGO.pdf>>guía de la Secretaria de Salud.

¹⁴ INFOSIDA [online]. Información sobre tratamiento, prevención e investigación VIH/SIDA [citado octubre 2012]. Disponible en Internet: <http://infosida.nih.gov/contentfiles/EIVIHYEIEmbarazo_FS_sp.pdf

INFOSIDA >.

le realizó el ELISA, se realiza una evaluación para definir conductas del parto. “La posibilidad de transmisión sin intervención es del 35 – 45% Vs 1 – 2% con intervención”¹⁵ y de esta forma poder evitar la transmisión vertical, cabe resaltar que dicha transmisión puede ocurrir in-útero, en el momento del parto o a través de la lactancia materna.

¹⁵ MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL [online]. Proyecto de reducción madre hijo del VIH [citado octubre 2012]. Disponible en Internet: <<http://es.scribd.com/doc/23260230/Protocolo-Manejo-VIH-Embarazo>>.

7. DISEÑO METODOLÓGICO

7.1 TIPO DE ESTUDIO

El diseño para dar respuesta al interrogante planteado en el presente trabajo fue la investigación exploratorio de tipo cualitativo fenomenológico, mediante entrevista semi- estructurada a un grupo de 6 mujeres con diagnóstico de VIH durante el embarazo.

7.2 PARTICIPANTES

En el estudio participaron 6 usuarios con diagnóstico de VIH durante el embarazo, vinculados al programa de VIH de una Institución Hospitalaria de tercer nivel de la ciudad de Bogotá durante un periodo de tiempo de julio a octubre de 2012.

La selección de las participantes se realizó por medio de una base de datos proporcionada por la institución, de la cual se seleccionó 15 mujeres que fueron contactadas vía telefónica explicándoles los objetivos y propósitos de la investigación, teniendo en cuenta los criterios éticos requeridos para este tipo de estudio. De las 15 mujeres seleccionadas aceptaron participar voluntariamente 6 de ellas con quienes se acordó día, lugar y hora de encuentro para realizar la entrevista semi-estructurada.

7.3 CONTACTO CON LAS PARTICIPANTES

Con las 6 mujeres que aceptaron participar libremente en la investigación, se acordó realizar encuentros en dos lugares según conveniencia de las participantes como: su residencia e instalaciones de la institución.

En el encuentro se les explicó nuevamente los objetivos y propósitos de la investigación, se entregó el consentimiento informado el cual leyeron

detenidamente, se aclararon dudas y posterior a esto se firmó, se inicia la entrevista y con su autorización se graba en audio el diálogo.

Al tener la entrevista en audio se procede a realizar la transcripción textual de lo referido por las mujeres y se ubica en la matriz para realizar la lectura correspondiente y obtener los núcleos comunes.

7.4 DIFICULTADES CON LA UBICACIÓN DE LAS PARTICIPANTES

Las razones argumentadas por las 9 mujeres restantes que no desearon participar en el estudio fueron:

- No contaba con el tiempo requerido para la aplicación de la entrevista, aun cuando se le ofreció diferentes alternativas de encuentro, ninguna se ajusto a sus necesidades.
- En el momento que se explicó el propósito de la investigación una de las mujeres deseaba una retribución económica por su participación en el estudio.
- Tres mujeres refirieron temor de revelar su identidad y pudieran ser señaladas por las demás personas.
- Otra de las mujeres señalo que su experiencia no había sido nada fácil y recordar todo lo que vivió podía traerle un mal momento y dejar heridas abiertas que deseaba sellar para siempre.
- Las demás no argumentaron su decisión de no participar en el estudio

Vale la pena mencionar que esta institución no fue la única con la que se busco contacto para localizar a más mujeres que pudieran participar en el estudio, se realizó contacto (por medio correos, llamadas telefónicas y contacto presencial) con seis fundaciones y una asociación de las cuales no se recibió el apoyo

esperado y en una de ellas se evidenció un interés diferente a los fines académicos.

También se realizó la gestión en otra institución de cuarto nivel con la unidad de infectología que maneja el programa de VIH, en la cual exigía como requisito un documento con información acerca de la investigación, el cual fue entregado conforme a sus requerimiento y del cual no se obtuvo respuesta a pesar de la constante comunicación con dicha institución (correos, llamadas telefónicas y contacto presencial).

7.5 INSTRUMENTO

El instrumento aplicado para este estudio fue una entrevista semi-estructurada dirigida a mujeres con VIH durante el embarazo, esta entrevista contenía 27 ítems agrupados en los siguientes momentos:

- Antes: se indagó sobre los conocimientos, pensamientos y acciones acerca del VIH antes de conocer el diagnóstico.
- Durante: se indagó los pensamientos, comportamiento y padecimientos del embarazo siendo VIH positivas.
- Después: se preguntó sobre sus proyectos personales, los consejos para otras mujeres y el aprendizaje que le dejó toda esta vivencia

7.6 ANALISIS DE LOS RESULTADOS

Para un mejor análisis y comprensión se agruparon los datos obtenidos 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; de dicha matriz, se realizó una lectura vertical y otra horizontal para identificar núcleos comunes, y de esta forma se identificó las unidades de sentido.

Una vez realizada la clasificación, y análisis de los datos, se procedió a realizar una descripción clara, a través de unidades o categorías comunes a la mayoría de las mujeres participantes.

7.7 ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN

La investigación tuvo en cuenta los aspectos éticos establecidos en la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de la República de Colombia, hoy Ministerio de la Protección Social, por la cual se definen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Este trabajo de grado apuntó a proteger los derechos, el bienestar y el respeto de la dignidad de los participantes estipulados en el Artículo quinto de la mencionada norma; se comprometió a proteger la privacidad de las personas sujetos de la investigación, según el Artículo octavo; teniendo en cuenta el Artículo onceavo, esta investigación es sin riesgo, ya que no se realiza ninguna intervención intencionada orientada a modificar las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los participantes en el estudio; además se respondió el Artículo catorce, que contempla el consentimiento informado por escrito que autoriza la participación voluntaria en la investigación

8. RESULTADOS

A partir del contexto antes mencionado se analizarán las vivencias de mujeres con VIH durante el embarazo, en tres momentos específicos que son: Antes, Durante y Después.

8.1 INFORMACIÓN GENERAL DE LAS PARTICIPANTES

La información sobre los participantes comprende dos aspectos. El primero, hace referencia a las características sociodemográficas. El segundo, corresponde a características obstétricas y diagnóstico de VIH.

8.1.1 Características Sociodemográficas

La edad promedio de las participantes está entre los 18 – 35 años de edad. El lugar de residencia de las participantes está distribuido de la siguiente manera: Cuatro de las participantes viven en la localidad de Ciudad Bolívar, Una de las participantes vive en la localidad de Usme y una de las participantes viven fuera de Bogotá. La estratificación socioeconómica se encuentra entre medio bajo y bajo, estratos 1 y 3. La convivencia familiar de las mujeres está determinada así: Una de las participantes convive con sus padres y su hija. Una de las participantes convive con sus padres, su hijo, sus hermanos, cuñado y sobrinos. Dos de las participantes conviven con sus esposos y sus hijos y Dos de las participantes convive solo con sus hijos.

Los estados civiles presentes en este estudio son: Tres de las participantes son solteras, dos de las participantes viven en unión libre y una de las participantes es casada. Por otra parte el nivel educativo fue el siguiente: Una de las participantes tiene hasta 5 de primaria. Una de las participantes tiene hasta 9 de bachillerato.

Una de las participantes tiene hasta 9 de bachillerato. Una de las participantes tiene hasta 10 de bachillerato. Una de las participantes es bachiller y una de las participantes tiene un técnico. La situación laboral de las participantes al momento del estudio fue: De las 6 participantes 2 tiene trabajo estable y 4 se dedican al hogar. En cuanto a la seguridad social la situación era: De las 6 participantes 4 tiene EPS subsidiada y 2 tiene EPS contributivo.

8.1.2 Características obstétricas y diagnóstico de VIH

El número de hijos de las participantes antes del diagnóstico fue: Dos de las participantes tenía dos hijos, Una participante tenía un hijo y tres de las participantes no tenían hijos. El diagnóstico de VIH fue reportado de la siguiente manera: A cinco de las participantes se les dio el diagnóstico durante los controles prenatales y una de las participantes recibió el diagnóstico el día del parto por medio de una muestra rápida para VIH. El inicio del tratamiento durante el embarazo se dio así: Cuatro de las participantes recibieron tratamiento durante el embarazo. Una de las participantes no recibió tratamiento por problemas administrativos en su EPS y Una de las participantes solo recibió tratamiento durante el parto. La transmisión vertical entre las participantes fue: De los 6 recién nacido uno es portador del VIH, la participante no recibió tratamiento durante el embarazo y llegó en expulsivo al hospital. El tiempo promedio de haber sido diagnosticadas Vs la fecha del estudio está en el rango de 2 meses a los 3 años.

8.2. ANTES

8.2.1 SABERES

“Entre lo básico y lo mínimo”

Al dar una mirada externa sobre la importancia que se le da en nuestra sociedad al difundir los conocimientos básicos que se deben tener sobre la pandemia del VIH para evitar su crecimiento rápido y progresivo, es evidente que no está siendo bien difundida y que a pesar de que se lleven 30 años de aplicación de estrategias para disminuir los casos de contagio por VIH, se sigue presentando una marcada desinformación referida por las participantes:

“No, yo no sabía casi nada” (E2).

“Yo no sabía nada, ni sabía que eso existía” (E6).

Según un estudio realizado por Onusida en el cual se escuchan las voces de adolescentes revelo que a pesar de los esfuerzos realizados para educar a la población sobre el VIH un no se alcanza a obtener una información básica, y los saberes con los que se cuentan son mínimos, los cuales no cubren ni muestran a la población la magnitud de esta enfermedad; haciendo que las probabilidades de contraer el virus aumenten desmedidamente por desconocimiento. “Como jóvenes de hoy, oímos la palabra SIDA con demasiada frecuencia. También oímos hablar sobre sexo, preservativos y la necesidad de prácticas sexuales seguras, pero hay mucha confusión y desinformación acerca de estas cuestiones”¹⁶.

No obstante, es el colegio donde se reciben los primeros conocimientos básicos acerca del VIH, un estudio en Paraguay sostiene que “La fuente de información

¹⁶ ONUSIDA [online]. El VIH/SIDA y los jóvenes: la esperanza del mañana. ONUSIDA/03.40S (Versión española, septiembre de 2003 [citado octubre 2012]. Disponible en Internet: <http://data.unaids.org/publications/irc-pub06/jc785-youngpeople_es.pdf >.

citada con más frecuencia y la más importante fue la escuela”.¹⁷, quien puede cambiar la realidad de los adolescentes al educarlos eficazmente y así lograr disminuir los casos de VIH en el mundo, pero la realidad que se vive es diferente al identificar que la población joven desconoce los alcances de la enfermedad en la vida de las personas.

“En el colegio sabía solamente que era una enfermedad, no más” (E1).

“Algo escuche en el colegio sobre el sida pero no me acuerdo” (E2).

“En el Colegio a veces iba gente a dar charlas, pero no ponía mucha atención”
(E3).

“Una buena comunicación sobre el VIH puede ayudar a los jóvenes a revisar las metáforas y los estigmas y a idear nuevos proyectos para la prevención del virus. Por lo tanto, las campañas de sensibilización respaldadas por actividades de educación y el acceso a las fuentes de información son esenciales para reducir la prevalencia del VIH entre los jóvenes”. La educación es el tratamiento con mayor efectividad para contrarrestar el impacto que tiene la enfermedad en toda la población¹⁸. UNESCO

“En el colegio tenía una clase de educación sexual hay hablaban del VIH” (E5).

Dado el impacto social, económico y político que tiene el VIH sobre las personas, desde finales del siglo XX, se ha convertido este fenómeno en un tema de investigación tanto para las ciencias biomédicas, así como para las ciencias sociales. “En Latinoamérica en los últimos años se ha incrementado considerablemente el número de estudios orientados al análisis de los factores

¹⁷ MACCHI, ML, *et al.* Conocimientos, actitudes y prácticas acerca del VIH/SIDA en jóvenes de nivel medio de educación del área metropolitana, Paraguay. *En:* Arch Pediatr Urug. Vol. 79, No. 3 (2008); p. 253-263.

¹⁸ UNESCO [online]. Construir la paz en la mente de los hombres y de las mujeres [citado octubre 2012]. Disponible en Internet: <<http://www.unesco.org/new/es/communication-and-information/crosscutting-priorities/hiv-and-aids/>>.

causales de la epidemia y a los programas de prevención”. En el estudio de Buela-Casal (2001),

La baja escolaridad es un factor de riesgo para la población femenina al convertirla en seres vulnerables y favorece el contagio del virus de VIH, al tener un contacto mínimo con fuentes de conocimiento que les permita tener empoderamiento de la salud personal y velar por su protección.

“Yo solo estude hasta quinto de primaria y en el pueblo nunca se escucha nada sobre esta enfermedad” (E6).

“Desde el punto de vista socio-cultural, por su condición social desigual, las mujeres tienen más peligro de contraer la infección por el VIH. Socialmente, las mujeres del tercer mundo siguen teniendo menor acceso a la educación y al ingreso, lo que las vuelve más dependientes de los hombres y con escasas posibilidades de acceder a información y servicios adecuados de salud”.¹⁹

Una menor porción de las mujeres refirieron otras fuentes de información como son Internet y las EPS:

“En internet una vez mire” (E1).

“En la EPS habían carteles” (E4).

A pesar del acceso a otras formas de información antes descritas, es evidente una escasa calidad y especificidad de la información ofrecida, a tal punto que en las referencias, las mujeres refieren conocen muy poco, o nada acerca de esta enfermedad.

“No sabí casi nada” (E1).

“Las charlas e información que le daba a uno, información mínima” (E4).

¹⁹ Op cit. VIÑAS MARTÍNEZ, Arturo Luis *et al.*

La información sobre el VIH que manejaban las participantes, se destaca: las formas de contagio y métodos de prevención, conocimientos que no alcanzan a mostrar la realidad del VIH y la importancia que se merece es anulada por el desconocimiento.

“como se muy contagiosa no más” (E3).

“Infección que se trasmítia por relaciones sexuales” (E4).

“que si se utiliza condón no le da a uno” (E5).

En general, los conocimientos que manejan las mujeres son mínimos y las ubica en una situación de riesgo al no contar con la información necesaria para hacer reflexiones personales sobre el riesgo al que se está expuesta al tener relaciones sexuales sin protección y no identificar que el VIH es una realidad y está presente en la vida de la población.

8.2.2 PENSARES

“Entre la indiferencia y el pesar”

La indiferencia hace referencia al “estado de ánimo en que una persona no siente inclinación ni rechazo hacia otro sujeto, un objeto o un asunto determinado”²⁰, relacionado con el VIH marca un sendero inespecífico para la vida de las personas, lo cual lo ubica en una línea delgada y frágil, ya que al no tener un criterio bien establecido sobre el VIH en su vida puede llegar sin darse cuenta. La posición de las mujeres entrevistadas demuestra esta perspectiva al referir:

“En este momento no se me pasaba por la cabeza” (E1).

²⁰ DEFINICIÓN [online]. [citado octubre 2012]. Disponible en Internet: <<http://definicion.de/indiferencia/>>.

“Esta enfermedad nunca pasaba por mi cabeza” (E3).

“Eso no lo pensaba nunca, eso no estaba dentro de mi vida” (E5).

La realidad para las mujeres en relación con el VIH es creciente “En el 2009 se produjeron 7.000 infecciones de sida por día, el 51% en el sexo femenino. Si nos limitamos a América Latina, más de 600.000 mujeres viven hoy con VIH”²¹. El impacto que se está presentando con la Feminización del VIH no permite una postura pasiva de las mujeres si no que por el contrario revela la necesidad de incentivar a la población femenina a tener una información clara y precisa sobre el VIH aplicable en sus vidas.

“Yo andaba relajada.” (E1).

“Yo vivía la vida sin preocupaciones” (E3).

Al tener una escasa información sobre el VIH los conceptos que se tienen son errados acerca de las personas que conviven con esta enfermedad, la red de promotores de Acción Médica Cristiana (AMC), dice “no es la enfermedad la que nos está matando, es la indiferencia, la discriminación de los vecinos y la estigmatización que se tiene sobre quienes convivimos con el VIH”. Lo que refleja en muchas ocasiones la tendencia a victimizar a las personas con VIH sin tener un conocimiento claro al hablar sobre la enfermedad generando exclusión, lo que ubica aun al VIH como un tabú dentro de la sociedad. Al realizar una lectura de los pensamientos de las participantes sobre lo que ellas pensaban de una persona con VIH antes de que ellas conocieran su diagnóstico respondieron:

“ufff, yo decía pues... pobre gente” (E1).

“Yo decía pobrecitos debe ser duro” (E2).

²¹ Op cit. ONUSIDA

“Que eso era por tener muchas relaciones con diferentes hombres sin cuidarse (E5).

Además, la mirada de la población hacia las personas que conviven con VIH demuestra un notorio pesar y lástima, situación que no es grata, la cual genera sentimientos de discriminación por parte de la sociedad, al verlos incapaces de seguir adelante con su vida y obstaculizando su libre desarrollo. “Esta discriminación, además de ser una lesión social, constituye una violación a la dignidad y a los derechos fundamentales de quienes se encuentran afectados por el virus, al negar, restringir o suspender los derechos que tiene todo ser humano”

“Me daba miedo que me contagiaran” (E1).

“Un amigo tenía VIH, yo lo veía raro, no me gustaba ir a su casa” (E3).

8.2.3 HACERES

“Sin protección por fidelidad”

A pesar de las múltiples estrategias creadas para la concientización de la población acerca de la magnitud del VIH y el acelerado crecimiento de los casos reportados en población joven, “Estamos hablando de personas que están entre los 15 años hasta los 49 años, donde se concentra el 90 por ciento de la epidemia en el país. Los grupos más afectados son los grupos de 15 a 34 años, pero llama la atención de una tendencia cada vez más creciente en el grupo de 15 a 24 años”, reveló Luis Ángel Moreno, coordinador para Colombia de ONUSIDA. En donde se evidencia la indiferencia por parte de la población joven de protegerse en cada una de sus relaciones sexuales, poniéndolos en un riesgo constante ya que en esta edad es donde se presenta el mayor número de encuentros sexuales,

relacionados por los cambios hormonales que experimentan los adolescentes que los hacen vulnerables a adquirir el virus del VIH.

“Con él con el muchacho que estoy nunca nos cuidamos” (E2).

“Yo tenía mi novio y solo fue con él, sin protección” (E4).

“A él nunca le gusto utilizar el condón” (E5).

Otro factor muy influyente en el contagio del VIH se da por que la población en general no utiliza el preservativo, al sentir que el VIH está muy lejos de sus vidas. Esto se relaciona con la estabilidad en sus relaciones sentimentales lo cual crea un sentimiento de confianza y la protección con el preservativo no existe. En muchos de los casos de mujeres con VIH su pareja estable es quien les trasmite el virus. “Cada día son más las mujeres que adquieren el VIH, debido, no solo a relaciones fortuitas y desprotegidas, sino también como consecuencia de relaciones estables, lo cual significa que pueden ser infestadas por sus propios esposos y novios”²².

“Yo le tenía mucha confianza” (E2).

“Llevo 12 años viviendo con él, nunca utilizamos condón” (E3).

“Nosotros no nos cuidábamos supuestamente porque éramos fieles” (E5).

Es importante resaltar la importancia que tiene del preservativo para evitar la transmisión de VIH en la población información que no es aplicada por la población “esta situación se presenta, porque no existe una conciencia en los colombianos sobre el uso del condón en las relaciones sexuales y porque aun así tampoco hay una preocupación en cada quien sobre la posibilidad de estar

²² Op cit. VIÑAS MARTÍNEZ, Arturo Luis *et al.*

infectado con el virus”²³. Al realizar esta investigación se logra identificar la inadecuada utilización del preservativo, mostrándolo como método para evitar los embarazos no deseados, ya que al momento que preguntar ¿usted utilizaba algún tipo de protección?, Las mujeres lo relacionaban como métodos de planificación mas no como un medio para protegerse de enfermedades de transmisión sexual entre ellas el VIH.

“Yo siempre era la que me cuidaba, con pastas o con la inyección” (E3).

“Si, con pastas o inyección” (E4).

“Eso si él nunca utilizaba el condón, y yo me cuidaba con la inyección.” (E6).

También se demuestra que la mujeres representa un papel de vulnerabilidad en las relaciones de pareja, ubicándola en una posición muy inferior a la del hombre, generando en ellas sumisión y cerrando la opción de dialogo con su compañero sobre sus relaciones sexuales y formas de protección.

“Yo jamás hable de eso con mi pareja porque esos temas son muy difíciles y nunca los tocamos” (E5).

“No que tal hablar uno de esos temas con el marido eso jamás” (E6).

En términos generales se demuestra que las mujeres tienen un papel poco valorado en las relaciones sentimentales que las convierte en seres vulnerables, aumentando la posibilidad de adquirir VIH, afectando directamente su integridad como persona y provocando cambios no planeados para su vida.

²³ Ibíd. ONUSIDA

8.3 DURANTES

8.3.1 SENTIRES

“Miedo y desesperanza”

El miedo es la alteración emocional que se presenta con más frecuencia al conocer el diagnóstico de VIH, desencadenando en las mujeres una serie de interrogantes sobre el bienestar del bebe y generando incertidumbres por el riesgo de tener bebes portadores del virus, situación que genera en ellas un alto temor y las lleva a buscar posibles soluciones para evitar este desenlace.

“Me dio re-duro yo tenía miedo por el bebe” (E1).

“Se me bajo la moral hasta el piso, yo pensaba que me había muerto en vida” (E2).

“Yo si pensé en abortarla, yo tenía mucho miedo” (E3).

“yo me asuste mucho por mi salud del niño y la mía” (E5).

Otra de las representaciones del miedo en mujeres embarazadas con diagnóstico de VIH es ser juzgadas por la sociedad, el señalamiento y los juicios denigrantes de los cuales son objeto estas mujeres, disminuyen su autoestima generando aislamiento social, todo esto sucede por la desinformación que predomina en la población la cual ve el VIH como un tabú. Sobre esta realidad habla Mercedes quien convive con VIH hace más de 20 años, ella comparte sus vivencias a través de medio masivos de comunicación, en un periódico local refiere: "El paciente ha perdido el miedo a la muerte pero tiene miedo a la muerte social porque la sociedad ha cambiado muy poco"²⁴

²⁴ EL MUNDO ES [online]. Seis años después, una madre con VIH y una hija sana 2012 [citado octubre 2012]. Disponible en Internet: <<http://www.elmundo.es/elmundosalud/2011/11/30/hepatitissida/1322676597.html>>

“Mi hermana le conto al esposo y él le conto a todo el barrio, decía que yo quien sabe con quién me acosté” (E2).

“Solo saben mis papa ellos no me juzgan” (E3).

“Mi suegra dice que yo soy una mala mujer por tener VIH” (E6).

Manyi Izquierdo, directora de la Fundación Eudes, señaló que pocas veces se piensa en la situación que vive una mujer contagiada con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana y muchas veces sufren de desprecio, soledad, discriminación, además del malestar físico que desgasta al paciente que ve cercana su muerte²⁵.

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, pero al tener en cuenta que son mujeres gestantes no solo piensan en su vida sino también en la de sus bebe lo que genera tensiones y alto estrés emocional.

“Sentí que ya no quería nada, se me derrumbo la vida” (E1).

“Me aparte de todo me quería morir” (E3).

“Yo pensé que me iba a morir rápido” (E5).

“Todo se acabo en mi vida” (E6)

²⁵ NOTICIAS PV. COM. Proyecto Apoyado por INMUJERES Eleva Autoestima de Mujeres con VIH/SIDA, 2008. [citado octubre 2012]. Disponible en Internet: < <http://www.noticiaspv.com/archivo/16263>>

8.3.2 ACTUARES

“Negación y Aceptación”

La negación es el primer proceso emocional por el cual pasan las mujeres al ser diagnosticadas con VIH, ya que este es un mecanismo de defensa el cual permite enfrentarse a los problemas negando su existencia, permitiéndole a la persona buscar formas de adaptación, en muchos casos las personas pueden quedarse en esta etapa de negación y nunca llegar a aceptar la realidad.

“Esto no me puede pasar a mí” (E1).

“Yo no lo podía creer, era como una pesadilla” (E3).

“Como él me fue hacer algo así a mí” (E5).

Una de las características más importantes en la etapa de la negación es la incredulidad, ansiedad y desesperanza de las personas que han sido diagnosticadas con VIH en especial las mujeres por su marcado sentimentalismo que las identifica, y este es aun más marcado cuando se sienten utilizadas por su pareja.

“Yo dije ellos me están haciendo es como una broma” (E2).

“Ese día casi me vuelvo loca, en urgencias me tuvieron que amarrar” (E3).

“Yo en lo único que podía pensar era en morirme” (E5).

Un elemento importante es el apoyo brindado por los equipos de salud esto es parte esencial para la correcta aceptación de la enfermedad ya que son los primeros en dar el acompañamiento a la madre, y quienes ofrecen la mayor cantidad de información para evitar la interrupción voluntaria del embarazo y brindan las alternativas más apropiadas para continuar con la gestación y tener recién nacidos sanos.

“Mi mama me ayuda a salir adelante con esto” (E2).

“Yo sé que si me tomo los medicamentos voy a estar bien eso es lo importante” (E5).

“Poder tener a mi gordo sano me pone feliz” (E6).

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”²⁶

“Después de ir al médico me aclarar muchas de mis dudas y decidí salir adelante con mi niño” (E3).

“El doctor y la enfermera fueron los que me explicaron que podía tener a mi bebe bien” (E5)

Otro factor primordial al saber cómo actuar frente a un embarazo siendo portador del VIH es el apoyo familiar con el que se cuente en este momento, el acompañamiento que ofrecen los padres de estas mujeres es en cierta medida la motivación para seguir adelante, ellos también participan de forma activa en el cuidado del embarazo al aumentar la cuidados que se le brinda a la mujer en gestación siendo una compañía incondicional, donde procuran mejora las condiciones de alimentación, apoyo con el tratamiento ayudando que los efectos secundarios de los mismos no se conviertan en una barrera para continuar y la compañía para ir a sus controles médicos.

“Mi mama y mi papa siempre me apoyaron desde el principio” (E1).

“Mis padres nunca me han dejado sola” (E2).

“Mi mama me da bienestar para que suba de peso por el bebe” (E4).

²⁶ Op cit. MINISTERO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL.

“Mi papa es el que me saca las citas de control y me lleva” (E5).

8.3.3 PADECERES

“Entre el estigma social y el tratamiento”

A pesar de que el VIH es una problemática a nivel mundial y se han realizado innumerables estrategias para que la población lo acepte y no discrimine a las personas que conviven con esta enfermedad, se hace evidente la estigmatización que aun se tiene al saber que una persona convive con VIH ya que los excluyen de sus entornos laborales, familiares y sociales, los cuales realizan juicios acusatorios los que denigran la integridad de todo ser humano. El VIH es una enfermedad que ha dado lugar a mucho estigma por estar relacionada con “comportamientos sexuales o de consumo de drogas”²⁷.

“Yo me sentí señalada por la familia de mi esposo” (E3).

“No quiero que nadie sepa de tengo VIH” (E5).

“Todo el mundo piensa que soy desordenada con mi vida” (E6).

Los servicios de salud en muchas ocasiones se encargan de que las personas eludan el ingreso a sus servicios por miedo de sentirse señalados por sus profesionales, lo que evidencia que no se brinda una atención bajo los lineamientos éticos de confidencialidad y privacidad del diagnóstico, generando en las personas pérdida de la credibilidad y confianza en la atención. Si se realiza una mirada global los profesionales de la salud son las personas con mayor propiedad para abordar a las personas con VIH. Esta situación genera que “se alejen de los servicios de salud las personas infectadas por el VIH, por temor a

²⁷ FHI. El estigma relacionado con el VIH, 2011. [citado octubre 2012]. Disponible en Internet: <<http://www.fhi360.org/sp/Topics/Stigma+and+HIV+topic+page.htm>>

que el personal que proporciona dichos servicios divulgue la condición del paciente en el lugar de trabajo o en el lugar donde vive”²⁸.

“un día estaba hospitalizada y el doctor dijo la que tiene VIH y me señalo, me sentí muy mal” (E3).

Otra de las situaciones que representa para las participantes más tensión es el hecho de tener la posibilidad de transmitirle el virus a sus hijos estando en gestación o después de ella. “La infección del recién nacido por el VIH supone la adquisición de un padecimiento crónico que potencialmente acorta la esperanza de vida”²⁹. Lo que genera un padecimiento porque no solo se debe pensar en la enfermedad de madre sino en el cuidado que se le debe brindar al bebe que es portador o al bebe sano. También en relación a los hijos surge otro padecimiento y es como decirles que “su mama tiene VIH” situación que esperan con el tiempo saber manejar una vez sus hijos estén grandes y puedan comprender esta realidad.

“Uy mi hija... ella nació con VIH saber que ella va a crecer y me va a preguntar” (E3).

“Algo que pienso mucho es cuando la niña este grande como le voy a decir que tengo VIH” (E5).

“tener a los niños en tantos exámenes para saber si ellos también tiene esa enfermedad” (E6).

Llevar una vida con VIH significa llevar una vida llena de cambios y de procesos difíciles que requieren un alto grado de decisión para continuar y no desfallecer, un claro ejemplo se da con el tratamiento que deben tomar día a día con efectos devastadores en su estado físico y emocional de las personas que lo debe consumir, es por ello que esto se convierte una de las tareas más difíciles de

²⁸ El SIDA no es igual a DISCRIMINACIÓN, 2011. [citado octubre 2012]. Disponible en Internet: <http://www.conevyt.org.mx/cursos/cursos/sex_juv/contenido/revista/sxj_24.htm >

²⁹ Op cit. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL.

cumplir al sentir continuamente malestares que derrumban cualquier deseo de mejorar. Esta situación puede poner en riesgo la adherencia al tratamiento. “La adherencia a la medicación antirretroviral es un elemento clave para que se pueda abordar con éxito el tratamiento del VIH”.

“Lo más difícil para mí es sentir los efectos de esos medicamentos que me quietan la energía” (E5).

“Tomarme esos medicamentos que me ponen tan mal” (E6).

Situaciones que son superadas gracias a ese esfuerzo incansable que realizan estas mujeres como madres al querer ver a sus hijos grandes y con una estabilidad, que pueden valerse por sí solos y sean capaces de hacer una vida sin su compañía.

“Lucho por mis hijos” (E3).

“Así me toque duro con el tratamiento y los malestares primero está el bebe” (E5).

8.4 DESPUES

8.4.1 APREHENDERES

“Entre la desconfianza y el valor de ser mujer”

Las mujeres al vivir una experiencia que tiene tanto impacto en su proyecto personal las convierte en seres mucho más reflexivas ante las situaciones que se presentan en el diario vivir. Esto les permite tener una postura diferente y las vuelve personas más fuertes y determinadas en su actuar. Para ellas la desconfianza que les representa su pareja y en términos generales todos los hombres las lleva a mostrar frente a ellos un temperamento duro y poco flexible a sus deseos, para las mujeres el aprehender que el uso del preservativo puede

cambiar la vida de las personas lo toman como una lección de vida y lo convierten en su mayor arma de protección.

“Que siempre se debe cuidar uno con condón” (E2).

“Cuidarnos con responsabilidad” (E3).

“Siempre cuidarse uno con el condón así a ellos no les guste” (E5).

Al hablar de relaciones de pareja donde ya no existe confianza en la persona con la que se comparten momentos de la vida buenos y malos, se crea en las mujeres la necesidad de demostrar cuáles son sus valores y hacerlos valer ante los hombre haciéndose ver con autoridad y tomando sus propias decisiones.

“Para darme cuenta la clase de hombre que tenía a mi lado y volverme dura con él” (E3).

“A valorarme más como mujer y hacer valer mis derechos ante los hombres” (E4).

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.

“Que no voy a descansar hasta que mis niñas estén grandes y puedan valerse por sí mismas. Así me sienta mal yo las tengo que dejar” (E3).

“Yo soy mama y papa a la vez y voy a sacar adelante a mi bebe” (E4).

8.4.2 ACONSEJARES

“El uso del preservativo no es una opción es una condición”

Desde el momento en que se decide iniciar la actividad sexual se abre la puerta del riesgo no solo para la transmisión del VIH sino también para la entrada de otras enfermedades de transmisión sexual, para lo cual se deben buscar medidas de protección las cuales disminuyan la posibilidad adquirir una de estas enfermedades, siendo el método más efectivo es el uso del preservativo, al cual nunca se le ha dado la importancia que requiere. Una campaña de prevención en Brasil señala que "Respetar las diferencias es tan importante como usar un condón".

Al ver esta realidad las mujeres que son portadoras del virus del VIH aconsejan el uso incondicional del preservativo como método de protección en todos los encuentros sexuales siendo esta la forma más eficaz de prevenir el contagio. “El preservativo masculino de látex es la tecnología individual disponible más eficaz para reducir la transmisión sexual del VIH y otras infecciones de transmisión sexual”³⁰. Vale la pena mencionar que no solo se debe utilizar en encuentros con hombres desconocidos sino como condición a todo tipo de relación sexual así sea con la pareja estable en la cual se confía.

“Que se cuiden, con el condón, que no crean en la palabra de los hombres,” (E2).

“Que se cuiden, que no tengan diferentes tipos de relaciones, que no tengan tantos hombres” (E3).

³⁰ Op cit. ONUSIDA

8.4.3 PROYECTARES

“El futuro y el presente son mis hijos no la enfermedad”

La motivación de las mujeres son sus hijos, los ven como el motor de sus vidas y su mayor anhelo es verlos grandes para que se puedan valer por si solos, cuando ellas falten. Aunque la mirada hacia el futuro de todas las participantes es con una buena salud y sin quebrantos, en todas sus expresiones se refleja la muerte como algo muy lejano pero que está presente en sus proyectos de vida.

“Bien por mis gordos, yo los tengo que sacar adelante” (E2).

“Bien yo me veo bien a pesar de que a veces tengo mis bajonazos y como que si me desilusiono mucho,, pero no, yo me veo bien” (E3).

“Estable, fuerte. Yo no me veo” (E6).

El deseo de superación personal es visto como un proyecto de vidas que debe cumplir paso a paso, para ellas de forma apresurada por la inestabilidad que siente en su vida representada por el VIH y al ver crecer a sus hijos los cuales tiene necesidades diferentes que ellas como madres deben suplir.

Es importante mencionar que el deseo de mejorar su calidad de vida las lleva a querer tener oportunidades de empleo y estudio como una forma de mejorar su nivel económico y garantizarle de este modo un futuro estable y con mejores recursos para sus hijos,

“Quiero seguir estudiando una carrera poder hacer algo, Quiero dejarles a mis hijas donde meter la cabeza”.

“A mí me gusta mucho las ventas y si me gustaría trabajar en algo así” (E3).

“Espero estudiar y terminar mis estudios y salir adelante” (E4).

9. CONCLUSIONES

Existe un notable desconocimiento de la enfermedad, lo cual es un factor de riesgo para la juventud al no tener conceptos claros sobre; que es el VIH, como se transmite y cual es método de protección más efectivo para evitar el contagio de enfermedad de transmisión sexual, entre las que se encuentra el VIH.

La investigación corrobora que la información que se recibe en el colegio sobre las enfermedades de transmisión sexual, es información que no se pone en práctica, ya sea por desinterés o por la poca importancia que se le da al tema, debido a esa desinformación es que los jóvenes utilizan el preservativo como método de planificación para prevenir embarazos no deseados y no como método de protección. Adicionalmente el VIH es algo que ven muy lejano y poco probable en sus vidas.

Un factor común en estos casos, es la negación al recibir el diagnóstico de VIH positivo y es uno de los procesos más difíciles de afrontar por parte de las mujeres, quienes sienten su vida derrumbada frente a un panorama poco alentador, la desesperanza las invade y lo más próximo que ven es la muerte. Durante este proceso de aceptación de la enfermedad llega a estas mujeres la posibilidad de interrumpir el embarazo por miedo que sus hijos puedan nacer portadores del virus del VIH, no obstante el acompañamiento que realizan las familias de las mujeres forjan en ellas las motivaciones necesarias para continuar y ver un futuro estable a pesar de las difíciles condiciones que las rodean.

Posterior a la etapa de aceptación de la enfermedad, queda en ellas grandes aprendizajes los cuales fortalecen a otras mujeres que pueden llegar a vivir una experiencia similar a la de ellas, expresando que el uso del preservativo es el arma más poderosa para evitar que lleguen a la vida enfermedades tan complejas como el VIH las cuales pueden poner en riesgo no sola la vida de ellas sino la de

sus hijos. También destacan que a pesar de tener una relación estable donde día a día se forjan lazos de confianza, es el uso del preservativo el mejor seguro en sus vidas.

Un punto importante en el cual se debe trabajar en general con todas las mujeres, es la importancia de hacer respetar sus valores frente a los hombres y ser partícipes de las decisiones que se toman en pareja, esto fortalece a la mujer y la hace menos vulnerable frente a los deseos de los hombres. El poder hablar de sexualidad en pareja abre la mente y se fomenta el autocuidado y disminuye el riesgo de transmisión de VIH.

10. RECOMENDACIONES

Se recomienda a los profesionales de la salud que sean parte activa en el cambio del trato hacia las mujeres embarazadas con diagnóstico de VIH positivo, brindándoles un trato más humanizado y siendo un apoyo constante durante el proceso.

El personal de enfermería se debe convertir en parte fundamental para el acompañamiento de estas mujeres, para que se concienticen de la importancia de tomar el tratamiento, el cual les ayuda a tener una mejor calidad de vida para ellas y sus hijos.

El personal de enfermería está llamado a generar estrategias de educación que vinculen a la población en un trato digno a las personas portadoras del virus VIH.

BIBLIOGRAFÍA

CENTROS PARA EL CONTROL Y PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES [online]. La transmisión del VIH 2011. [citado octubre 2012]. Disponible en Internet: <<http://www.cdc.gov/hiv/spanish/resources/qa/transmission.htm>>.

DEFINICIÓN [online]. [citado octubre 2012]. Disponible en Internet: <<http://definicion.de/indiferencia/>>.

DICCIONARIOS DE LA REAL ACADEMIA ESPAÑOLA. [online]. 2000. [citado septiembre 2012]. Disponible en Internet: <<http://lema.rae.es/drae/?val=vivencia>>

EL MUNDO ES [online]. Seis años después, una madre con VIH y una hija sana 2022 [citado octubre 2012]. Disponible en Internet: <<http://www.elmundo.es/elmundosalud/2011/11/30/hepatitissida/1322676597.htm>>

El SIDA no es igual a DISCRIMINACIÓN, 2011. [citado octubre 2012]. Disponible en Internet: <http://www.conevyt.org.mx/cursos/cursos/sex_juv/contenido/revista/sxj_24.htm>

EMPRESA EDITORA EL COMERCIO. VIH: más de 34 millones de personas están infectadas en el mundo, 22 de noviembre de 2011, Lima –Perú. Hombre [online]. 2004. [citado septiembre 2012]. Disponible en Internet: <<http://elcomercio.pe/mundo/1337102/noticia-vih-mas-34-millones-personas-estan-infectadas-mundo>>.

FHI. El estigma relacionado con el VIH, 2011. [citado octubre 2012]. Disponible en Internet: <<http://www.fhi360.org/sp/Topics/Stigma+and+HIV+topic+page.htm>>

INFOSIDA [online]. Información sobre tratamiento, prevención e investigación VIH/SIDA [citado octubre 2012]. Disponible en Internet: <http://infosida.nih.gov/contentfiles/EIVIHYEIEmbarazo_FS_sp.pdf INFOSIDA >.

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD – MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL. Base de datos Sivigila Procesamiento: Observatorio nacional de gestión en VIH/SIDA. Enero de 2011 Los datos de 2010 corresponden a los acumulados hasta la semana epidemiológica 49.

MACCHI, ML, *et al.* Conocimientos, actitudes y prácticas acerca del VIH/SIDA en jóvenes de nivel medio de educación del área metropolitana, Paraguay. En: Arch Pediatr Urug. Vol. 79, No. 3 (2008); p. 253-263.

MEDICOS ECUADOR. Historia del virus VIH/SIDA.- origen y evolución.- del Mono al Hombre [online]. 2004. [citado septiembre 2012]. Disponible en Internet: <http://www.medicosecuador.com/espanol/articulos/403.htm>

MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL: Estrategia para la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH y de la sífilis congénita. INS- Sivigila.*Datos con corte a tercer trimestre de 2010

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL [online]. Proyecto de reducción madre hijo del VIH [citado octubre 2012]. Disponible en Internet: <<http://es.scribd.com/doc/23260230/Protocolo-Manejo-VIH-Embarazo>>.

MINISTERIO DE SALUD [online]. Plan estratégico para la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH y de la sífilis congénita 2010. [citado octubre 2012]. Disponible en Internet:

<http://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/observatorio_vih/documentos/prevencion/promocion_prevenccion/promocion_de_la_SSR/c.plan_intersectorial_respuesta/4.%20PLAN%20SIFILIS.pdf>.

NOTICIAS PV. COM. Proyecto Apoyado por INMUJERES Eleva Autoestima de Mujeres con VIH/SIDA, 2008. [citado octubre 2012]. Disponible en Internet: <<http://www.noticiaspv.com/archivo/16263>>

NUÑEZ, H.J Diccionario conciso de psicología, (trad.), México, Manual Moderno. (APA, 2009)

ONUSIDA [online]. El VIH/SIDA y los jóvenes: la esperanza del mañana. ONUSIDA/03.40S (Versión española, septiembre de 2003 [citado octubre 2012]. Disponible en Internet: <http://data.unaids.org/publications/irc-pub06/jc785-youngpeople_es.pdf >.

SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD [online]. Guía para la atención materno infantil. [citado octubre 2012]. Disponible en Internet: <<http://www.saludcapital.gov.co/Publicaciones/Desarrollo%20de%20Servicios/Gu%C3%ADas%20para%20la%20atenci%C3%B3n%20Materno%20Perinatal/GUIA%201.%20%20CONTROL%20PRENATAL%20Y%20FACTORES%20DE%20RIESGO.pdf>>guía de la Secretaria de Salud>

UNESCO [online]. Construir la paz en la mente de los hombres y de las mujeres [citado octubre 2012]. Disponible en Internet: <<http://www.unesco.org/new/es/communication-and-information/crosscutting-priorities/hiv-and-aids/>>.

VIH Y SIDA [online]. 2000. [citado septiembre 2012]. Disponible en Internet: <<http://www.ctv.es/USERS/fpardo/vihvarge.htm>>.

VIÑAS MARTÍNEZ, Arturo Luis *et al.* Las mujeres y el VIH/SIDA: ¿por qué un problema? En: Revista Habanera de Ciencias Médicas. Vol. 8, No. 5 (2009); p. 113-120

ANEXO A. CONSENTIMIENTO DIRIGIDO A LAS MUJERES CON DIAGNÓSTICO DE VIH



**CONSENTIMIENTO INFORMADO
PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA
FACULTAD DE ENFERMERIA
DEPARTAMENTO DE SALUD COLECTIVA**

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA MUJERES CON DIAGNÓSTICO DE VIH DURANTE EL EMBARAZO

Título de la investigación:

Vivencias en el embarazo de mujeres con diagnóstico de VIH.

Objetivo de la investigación:

Describir las vivencias en el embarazo en mujeres con diagnóstico de VIH.

¿Qué se propone en este estudio?

- Identificar los conocimientos, pensamientos y acciones antes de conocer el diagnóstico de VIH.
- Describir los sentimientos, comportamientos y padecimientos de las mujeres con diagnóstico de VIH durante la gestación.
- Identificar los aprendizajes, los consejos y los proyectos de las mujeres después de la vivencia.

Tiempo requerido:

Se realizará una entrevista semiestructurada, fundamentada en preguntas orientadoras, las cuales se realizarán en tiempo de 45 minutos.

Riesgos y beneficios:

Este estudio presenta como riesgo la posibilidad de recordar momentos difíciles que en la actualidad no estén bien superados. Las participantes se beneficiarán a través de la introspección que realicen sobre sus historias de vida, al identificar sus fortalezas y habilidades, que les permitan continuar desarrollándose en lo personal.

Compensación:

No se dará ninguna compensación económica por participar.

Confidencialidad:

Se garantiza a las participantes, la total confidencialidad tanto de su información privada, así como de sus experiencias personales. El nombre de las participantes no será utilizado en ningún informe de esta investigación.

Participación voluntaria:

La participación en este estudio solo será voluntaria, y se realizará una vez sea firmado este consentimiento informado.

Derecho de retirarse del estudio:

La participante tendrá derecho a retirarse de esta investigación cuando ella lo desee. No habrá por ello ningún tipo de sanción o de represalia.

Asesor:

Esta investigación es orientada por el docente Daniel Eslava de la Facultad de Enfermería.

A quién contactar en caso de preguntas:

Angélica Romero Orozco (Investigadora PUJ) – Cel: 321 343 49 49.

Angélica Romero Orozco.

Pontificia Universidad Javeriana.

Facultad de Enfermería.

AUTORIZACION

He leído el procedimiento descrito arriba. La investigadora me ha explicado el estudio y ha contestado mis preguntas. Voluntariamente doy mi consentimiento para participar en el estudio de Angélica Romero Orozco sobre “Experiencia durante el embarazo en mujeres con diagnóstico de VIH”.

Firma Participante.

Fecha

ANEXO B. ESTRUCTURA ENTREVISTA SEMIESTRUCTURA

VIVENCIAS	MOMENTOS	COMPONENTES	PREGUNTAS COMPLEMENTARIAS
<p align="center">¿Cuénteme como fue la experiencia de estar embarazada y saber que es VIH positivo desde el inicio?</p>	ANTES	<p>Saberes ¿Qué información tenía sobre el VIH?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ¿De dónde consiguió esa información? • ¿Conocía algo sobre el VIH?
		<p>Pensares ¿Qué pensaba usted acerca de esta enfermedad?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué pensaba de las personas con VIH? • ¿Qué pensaba de un embarazo con VIH? • En relación con usted que pensaba del VIH?
		<p>Haceres ¿Como era su vida sexual?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Hablaba con su pareja acerca del VIH? • ¿Utilizaba algún tipo de protección? • ¿Se sentía en riesgo en adquirir el VIH?
	DURANTE	<p>Sentires ¿Qué sentimientos le genero la experiencia de estar en embarazo y ser VIH positivo?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué sintió cuando le dijeran que era portadora del VIH? • ¿Qué sentimientos tenía hacia su pareja? • ¿Cuáles eran los sentimientos frente al embarazo?
		<p>Actuares ¿Cómo actuó frente a la noticia de su embarazo en el momento de estar diagnosticada con VIH?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Que hizo para el cuidado de su salud y del embarazo? • ¿Qué hizo usted durante el embarazo para cuidar a su bebe? • ¿De qué personas recibió apoyo?
		<p>Padeceres ¿Cuál fue la experiencia que mas la marco durante todo este proceso?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué ha sido lo más difícil para usted? • ¿Qué significó esta experiencia para usted?

	DESPUES	Aprenderes ¿Cuál fue la enseñanza que le dejó esta experiencia?	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuál es su reflexión de toda esta experiencia vivida? • ¿De qué le sirvió haber vivido esta experiencia?
		Aconsejares ¿A partir de su experiencia que les aconsejaría a las mujeres que están embarazadas y son VIH positivas?	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuál sería su mensaje para mujeres que puedan vivir una experiencia similar a la suya? • ¿Qué les puede decir a las mujeres que están en riesgo de adquirir VIH?
		Proyectares ¿Cómo está su vida ahora y como se ve en el futuro?	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cómo se ven usted en el futuro? • ¿Cómo ve su vida familiar en el futuro? • ¿Cómo espera que este su salud en el futuro?